

DÉCEMBRE 2025
ÉTUDES ET ENQUÊTES



**Baromètre de Santé publique France :
résultats de l'édition 2024**

SOMMAIRE

3 ÉDITORIAL Caroline Semaille	99 ÉPISODES DÉPRESSIFS : PRÉVALENCE ET RECOURS AUX SOINS Christophe Léon, Laëtitia Perrin, Ingrid Gillaizeau, Alexandra Papadopoulos
4 INTRODUCTION Dorothée Grange, Jean-Baptiste Richard	111 TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ : PRÉVALENCE ET RECOURS AUX SOINS Jonathan Roux, Laëtitia Perrin, Christophe Léon
7 MÉTHODE DE L'ENQUÊTE Noémie Soullier, Dorothée Grange, Leïla Saboni, Jean-Baptiste Richard	121 CONDUITES SUICIDAIRES : PRÉVALENCES DES PENSÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE Philippe Pirard, Christophe Léon, Laëtitia Perrin
15 SANTÉ GÉNÉRALE : SANTÉ PERÇUE ET LIMITATIONS D'ACTIVITÉ Hana Lahbib, Joël Coste, Laurence Guldner	133 HYPERTENSION ARTÉRIELLE : PRÉVALENCE DÉCLARÉE, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT Grégoire Lailler, Clémence Grave
21 TABAGISME : USAGE, ENVIE D'ARRÊTER ET TENTATIVES D'ARRÊT Anne Pasquereau, Romain Guignard, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh	143 DIABÈTE : PRÉVALENCE ET PLACE DES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES DANS SON TRAITEMENT Paul Dupire, Clara Piffaretti, Sandrine Fosse-Edorh
31 TABAGISME : EFFICACITÉ COMPORTEMENTALE DE MOIS SANS TABAC 2023 Romain Guignard, Anne Pasquereau, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh	151 VACCINATION : ÉTAT DES LIEUX DE L'ADHÉSION ET DESCRIPTION DES RÉTICENCES Oriane Nassany, Sandrine Randriamampianina
37 VAPOTAGE : USAGE ET ÉVOLUTIONS RÉCENTES Anne Pasquereau, Romain Guignard, Raphaël Andler, Viêt Nguyen-Thanh	157 RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES : PRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES GÉNÉRALES Marion Opatowski, Sophie Fegueux, Sandrine Randriamampianina
45 CONSOMMATION D'ALCOOL : DÉPASSEMENT DES REPÈRES À MOINDRE RISQUE Raphaël Andler, Guillemette Quatremère, Viêt Nguyen-Thanh	165 PIQÛRES DE TIQUES ET BORRÉLIOSE DE LYME : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES Julie Figoni, Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Sophie Raguet, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent, Alexandra Septfons
51 SÉDENTARITÉ : PRÉVALENCE ET CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS Hélène Escalon, Charlotte Verdot	173 CHANGEMENT CLIMATIQUE : IMPACT DES ÉVÉNEMENTS CLIMATIQUES EXTRêMES SUR LA SANTÉ Mathilde Pascal, Arnaud Mathieu, Karine Laaidi, Aude d'Arco
59 ACTIVITÉ PHYSIQUE : PRATIQUES ET CONNAISSANCE DE LA RECOMMANDATION Charlotte Verdot, Hélène Escalon	181 PRÉVENTION « CANICULE » : EXPOSITION AUX MESSAGES DE PRÉVENTION ET CONNAISSANCES Agnès Verrier
69 CHUTES, ACCIDENTS ET TRAUMATISMES CRÂNIENS : ANALYSES DESCRIPTIVES Louis-Marie Paget, Emma Eonet, Joël Coste, Laurence Guldner, Marion J. Torres, Marie-Prisca Chaffard Luçon	187 INÉGALITÉS DE SANTÉ : LE POIDS DES DÉTERMINANTS SOCIAUX Stéphanie Vandentorren, Aude Mondeilh
81 SOMMEIL : TEMPS MOYEN SUR 24 HEURES ET PLAINE D'INSOMNIE Arnaud Gautier, Christophe Léon, Raphaël Andler, Damien Léger	
91 BIEN-ÊTRE : SCORE DE SATISFACTION DE VIE Clément Mertens, Christophe Léon, Ingrid Gillaizeau	

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Dorothée Grange, Jean-Baptiste Richard

VALIDATION SCIENTIFIQUE

Yann Le Strat

ÉQUIPE PROJET « BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE »

Pour la conception de l'édition 2024

Noémie Soullier, Jean-Baptiste Richard, Arnaud Gautier, Axelle Quiviger

Pour la collecte des données

Leïla Saboni, Maria El Haddad, Arnaud Gautier

Pour le traitement des données

Leïla Saboni, Noémie Soullier, Axelle Quiviger, Aude D'Arco

Pour l'appui méthodologique et la relecture des chapitres

Dorothée Grange, Noémie Soullier, Aude D'Arco, Jean-Baptiste Richard

DÉCLINAISON EN RÉGION

Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Franck Golliot

SUIVI D'ÉDITION

Vincent Fournier

REMERCIEMENTS

- Aux participants à l'enquête
- Aux équipes ayant assuré la réalisation de cette enquête : l'institut IPSOS Observer, l'ensemble des enquêtrices et enquêteurs ainsi que les équipes travaillant sur le plateau téléphonique de Plérin et veillant au suivi du terrain à distance
- Aux collègues de Santé publique France pour la conception du questionnaire et l'articulation avec les exploitations régionales
- Au comité de conception et de suivi de l'enquête au sein de Santé publique France
- Au comité de pilotage de l'enquête
- Aux collègues de l'Insee, de l'Ined et de la Drees pour les échanges sur la refonte de l'enquête et la mise en place de l'édition 2024

ÉDITORIAL

BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2024 : ÉCLAIRER LES INÉGALITÉS POUR MIEUX AGIR

Depuis plus de trente ans, le Baromètre de Santé publique France est un outil indispensable pour comprendre les comportements, les perceptions et les déterminants de santé des personnes vivant en France. Avec plus de 35 000 personnes interrogées, cette enquête permet de compléter les systèmes de surveillance existants en recueillant des données sur l'adhésion vaccinale, la consommation de tabac ou d'alcool, les pensées suicidaires ou encore la santé perçue, etc. Ces données guident nos politiques de prévention et nous aident à réduire les inégalités.

L'édition 2024 franchit une nouvelle étape en intégrant des modules inédits sur l'insécurité alimentaire et les discriminations, renforçant ainsi notre capacité à mesurer l'impact des déterminants sociaux – âge, sexe, origine migratoire, éducation, emploi, ressources financières – sur la santé. Les données mettent en lumière des situations alarmantes et trop souvent invisibles : près d'un quart des 18-29 ans déclarent avoir subi des discriminations ces cinq dernières années, tandis que 15 % des adultes en situation financière précaire ont connu la faim. Les femmes restent plus touchées par les troubles anxieux et dépressifs, tandis que les jeunes adultes cumulent des facteurs de vulnérabilité.

Pourtant, ces inégalités ne sont pas une fatalité. La lutte contre le tabagisme, par exemple, a permis de réduire de 4 millions le nombre de fumeurs en dix ans. Preuve que des politiques ciblées, des actions de prévention fondées sur des données solides fonctionnent.

Face aux défis démographiques et climatiques, Santé publique France agit à tous les niveaux : outils digitaux personnalisés, campagnes de sensibilisation ou partenariats avec les collectivités locales. Notre objectif est clair : rendre les environnements plus favorables à la santé, pour tous et partout. Et les données régionales produites par ce Baromètre sont un levier précieux pour adapter les réponses au plus près des besoins des territoires.

La prévention est un levier indispensable pour préserver notre système de santé et il est urgent de renforcer les actions de prévention. Et nous savons qu'investir dans la prévention est rentable : un euro investi dans l'opération *Mois Sans Tabac*, c'est 7 euros d'économie dans les dépenses de santé.

Ces résultats vont éclairer les décideurs, les professionnels de santé, mais aussi chaque citoyen. La santé se construit aussi au quotidien, dans les choix individuels et en complément des actions publiques.

La santé est un bien commun. À nous d'agir, ensemble, pour une société plus équitable. ●

Caroline Semaille
Directrice générale de Santé publique France

INTRODUCTION

L'histoire du Baromètre de Santé publique France remonte à 1992, lorsque le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) lance la première enquête nationale sur les comportements de santé des Français. En 2002, le CFES devient l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui reprend cette enquête. L'Inpes est ensuite intégré au sein de Santé publique France en 2016, l'enquête est alors rebaptisée « Baromètre de Santé publique France ». Depuis plus de trente ans, cette enquête permet ainsi de suivre l'évolution des principaux comportements de santé et de leurs déterminants. Elle éclaire les enjeux de santé publique, oriente les décisions politiques et enrichit les connaissances sur l'état de santé de la population résidant en France.

En complément des systèmes de surveillance pilotés par l'Agence, des bases de données médico-administratives (BDMA) et des enquêtes menées auprès de populations spécifiques, le Baromètre de Santé publique France fait partie du dispositif d'observation et de suivi de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants. Cet outil, reposant sur des données déclaratives individuelles, permet en effet de disposer d'informations impossibles à recueillir par ailleurs, qu'il s'agisse de comportements individuels, d'opinions, de connaissances, ou encore d'événements de santé qui ne sont pas enregistrés dans les BDMA. Il offre également l'opportunité de mettre en regard ces différentes données, aidant ainsi à définir et adapter des dispositifs de prévention ou à évaluer des politiques publiques.

Les résultats présentés dans ce document s'appuient sur la 15^e édition de cette enquête, menée en 2024 auprès de la population générale adulte âgée de 18 à 79 ans et résidant en France hexagonale et dans les DROM (hors Mayotte). Ils offrent une vue d'ensemble des thèmes abordés dans cette édition, au niveau national et régional, et par groupes de population.

La diversité des thèmes abordés en 2024 est importante. Avec cette nouvelle édition sont actualisées les données épidémiologiques caractérisant l'état de santé perçu, le bien-être, la santé mentale (épisodes dépressifs caractérisés, troubles anxieux généralisés, conduites suicidaires), le temps moyen de sommeil et les plaintes d'insomnie, les traumatismes (chutes, accidents, traumatismes crâniens), autant de sujets en lien étroit avec la

qualité de vie et l'état de santé. Cette édition permet également de mettre à jour l'estimation de la prévalence du diabète déclaré, en incluant la part non traitée pharmaco-logiquement, et d'apporter un éclairage nouveau sur le recours aux mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du diabète. Elle met aussi à jour l'estimation de la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) déclarée, tout en estimant le taux de dépistage et de traitement médicamenteux de la HTA. Une nouvelle estimation de la proportion de fumeurs est en outre disponible, indispensable élément de suivi du troisième Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027, accompagnée d'éléments sur le vapotage et sur l'efficacité comportementale de la campagne *Mois sans tabac*. La consommation d'alcool est évaluée au regard du dépassement des repères de consommation à moindre risque. La mise à jour des connaissances et du suivi par la population des recommandations concernant la sédentarité et son interruption, ainsi que l'activité physique, diffusées au grand public via des campagnes médias, brochures et sur le site mangerbouger.fr, participera quant à elle au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS). Les connaissances et pratiques sont abordées sur des sujets comme la canicule ou les piqûres de tiques et la Borréliose de Lyme. La connaissance des adultes concernant la résistance aux antibiotiques est de nouveau évaluée, en lien avec les campagnes de prévention contre l'antibiorésistance qui ont été organisées en France et la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance mise en place en France depuis 2022. Ces données offrent également une nouvelle estimation pour le suivi de l'adhésion vaccinale, effectué depuis 2000 en France hexagonale, suivi qui s'inscrit plus globalement depuis 2010 dans la mesure de l'acceptabilité de la population face aux évolutions majeures des politiques vaccinales en France. En outre, alors que la plupart des thèmes de l'enquête étaient inclus dans de précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France, des résultats inédits concernent l'impact ressenti des événements climatiques extrêmes sur la santé physique et mentale.

Cette édition est la concrétisation d'un important travail de refonte méthodologique engagé depuis 2022, visant à assurer la qualité statistique des résultats diffusés. Le Baromètre de Santé publique France est une enquête menée tous les deux ans à partir de 2024, interrogeant un échantillon d'individus tirés au sort dans les fichiers démographiques sur les logements et les individus, et mobilisant un protocole incluant une collecte par internet et par téléphone. Cette enquête a obtenu le label

d'intérêt général et de qualité statistique délivré par le comité du label. Certaines précautions d'interprétations concernant l'impact de ce changement méthodologique sont détaillées dans la synthèse méthodologique.

Avec près de 35 000 participants et un échantillon construit pour permettre la diffusion d'estimations au sein de chaque région française (sauf Mayotte), cette édition de l'enquête permet de présenter les spécificités régionales au travers de déclinaisons dédiées qui accompagnent les résultats nationaux.

Enfin, cette taille d'échantillon permet d'analyser les données selon des groupes de population et de mettre en évidence ceux qui ont des besoins spécifiques en matière de prévention. Afin de mieux documenter les inégalités sociales, cette édition recueille des données sur les déterminants sociaux (âge, sexe, éducation, emploi et ressources financières) et comprend deux modules de questions complémentaires sur l'insécurité alimentaire et sur les discriminations. Au sein de chaque thème, les indicateurs sont décrits selon les déterminants sociaux et une vue transversale du poids de ces déterminants est proposée. ●

AUTEURS

Dorothée Grange¹, Jean-Baptiste Richard¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Méthode de l'enquête

POINTS CLÉS

- Le Baromètre de Santé publique France est une enquête répétée **sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances en lien avec la santé**.
- **En 2024, la méthode de l'enquête a changé**, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Elle a été reconnue d'intérêt général et de **qualité statistique**.
- L'enquête interroge par internet et par téléphone les **adultes âgés de 18 à 79 ans** résidant en **France hexagonale, Guadeloupe, Guyane, Martinique et à La Réunion** et vivant en logement ordinaire.
- En 2024, **34 940 personnes** ont répondu au questionnaire de 38 minutes en moyenne, soit un taux de réponse de 56,6 %.
- Les analyses décrivent les **premiers résultats** de l'enquête, en fonction de caractéristiques démographiques, socio-économiques et géographiques, afin notamment de caractériser les **inégalités sociales et territoriales de santé**.

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'enquête Baromètre de Santé publique France a été initiée en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et reprise par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2003, puis par Santé publique France depuis 2016. Cette enquête répétée permet de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux comportements à risque et à l'état de santé de la population résidant en France. En explorant les comportements de santé et la perception des risques qui y sont associés, elle révèle les tendances sanitaires et sociales du moment et fournit des données indispensables à l'élaboration et l'évaluation de politiques de santé publique.

Ainsi, le Baromètre de Santé publique France a pour objectifs de :

- suivre les comportements de santé de la population résidant en France et leurs déterminants, avec une attention particulière accordée aux comportements modifiables et aux analyses des inégalités sociales et territoriales, notamment en produisant des estimations au niveau régional ;
- documenter des enjeux de santé publique ou orienter les décisions politiques, notamment via l'interrogation des connaissances et des opinions de la population en vue de la mise en place ou de l'évaluation d'actions de prévention ou de politiques publiques ;
- enrichir les connaissances sur l'état de santé de la population résidant en France, pour des indicateurs non couverts par d'autres enquêtes ou par d'autres systèmes de surveillance.

A partir de 2024, l'enquête est répétée tous les deux ans.

FONDEMENT LÉGAL

L'enquête et les traitements de données associés ont été autorisés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil – délibération n° 2023-127 du 7 décembre 2023). Une analyse d'impact relative à la protection des données a été produite et enregistrée au registre de Santé publique France.

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique et à caractère obligatoire.

Santé publique France et son prestataire de collecte Ipsos Observer ont été habilités par le comité du Secret Statistique (décisions du 3 octobre et du 7 novembre 2023) à accéder aux données des fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli, millésime 2022 – Insee et Ministère des Finances), afin de réaliser la collecte des données et les traitements statistiques associés.

CHAMP DE L'ENQUÊTE

Le champ de l'enquête est constitué des personnes âgées de 18 à 79 ans au 1^{er} janvier 2024, résidant en logement ordinaire, en France hexagonale ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) hors Mayotte : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion. Les personnes résidant en communauté, c'est-à-dire dans un lieu géré par un même organisme et possédant un espace commun (maisons de retraite, casernes, établissements pénitentiaires, foyers de travailleurs ou d'étudiants, etc.), sont exclues du champ.

ÉCHANTILLONNAGE

Les individus ont été tirés au sort par l'Insee dans les fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli, millésime 2022), qui constituent une liste exhaustive des logements et de leurs occupants [1]. Il s'agit d'un tirage aléatoire d'individus à un degré, stratifié à probabilités inégales. Le plan de sondage est stratifié afin de surreprésenter dans l'échantillon tiré au sort les régions les moins peuplées et les catégories de population les moins enclines à répondre (jeunes et déciles de niveau de vie les plus faibles), dans le but d'assurer la production d'estimations par région et pour ces catégories. Un seul individu par logement a été tiré au sort.

La taille de l'échantillon tiré au sort est de 69 866 individus. Elle a été définie pour répondre aux objectifs de précision des estimations régionales et nationales, sur la base d'hypothèses de taux de réponse par strate estimés à partir de l'enquête pilote réalisée en 2023.

PROTOCOLE DE COLLECTE

La collecte des données a été réalisée par l'institut Ipsos Observer.

Le terrain de l'enquête s'est déroulé du 12 février au 27 mai en France hexagonale (15 semaines) et du 19 février au 27 mai dans les DROM (14 semaines). La date de démarrage de la collecte a été définie afin d'éviter que les indicateurs de consommation d'alcool au cours des sept derniers jours soient impactés par le défi de janvier ou « janvier sobre » (« Dry January »), invitant à ne pas boire d'alcool au mois de janvier et afin que la période de carnaval dans les DROM soit terminée, facilitant la participation à l'enquête dès le démarrage.

Le protocole de collecte était un protocole multimode qui incluait la possibilité de répondre par internet ou téléphone. Pendant les cinq premières semaines de collecte (quatre pour les DROM), la réponse au questionnaire était proposée uniquement par internet puis, après cette période, la réponse était possible par téléphone ou par internet jusqu'à la fin du terrain de l'enquête. Au début du terrain, un courrier d'invitation à participer était envoyé aux personnes sélectionnées (doublé d'un email lorsqu'une adresse email était disponible), puis jusqu'à trois relances postales et onze relances email étaient prévues pour les personnes n'ayant pas participé. Lors de la troisième semaine, une phase d'incitation téléphonique à répondre par internet a été réalisée (trois appels maximum). Le nombre moyen d'appels nécessaires pour une interview téléphonique était de cinq. Un message SMS était déposé suite au premier et au cinquième appel non décroché (si numéro de portable disponible) et un message répondeur suite au deuxième appel non décroché.

QUESTIONNAIRE

Les thématiques du questionnaire étaient : santé générale, bien-être, consommations d'alcool et de tabac, évaluation de *Mois sans tabac*, vapotage, santé mentale (épisode dépressif caractérisé, conduites suicidaires, trouble anxieux généralisé, recours aux soins), sédentarité, adhésion à la vaccination et pratiques vaccinales, antibiorésistance, changement climatique, prévention « canicule », tiques et Borréliose de Lyme, diabète, hypertension artérielle, alimentation, activité physique, accidents, chutes, traumatisme crânien, sommeil, information et perception du risque, télétravail, inégalités sociales de santé (discriminations, profession et

catégorie socioprofessionnelle (PCS), statut migratoire, insécurité alimentaire, etc.).

Le même questionnaire était posé à tous, quel que soit le mode de réponse (internet ou téléphone). Certaines parties du questionnaire n'ont pas été posées pour les DROM :

- le module abordant les tiques et la maladie de Lyme, du fait que ce vecteur et cette maladie ne sont pas présents dans ces territoires ;
- le module relatif à la prévention « canicule », dans la mesure où les campagnes de prévention dans ce domaine n'ont pas été déployées dans ces territoires ;
- les questions relatives aux traumatismes crâniens, à certaines pratiques à risque d'accidents, à l'évaluation de *Mois sans Tabac*, à l'arrêt du tabac et à l'aide de l'e-cigarette à l'arrêt, et à la possession d'un appareil pour mesurer la pression artérielle, du fait d'effectifs attendus insuffisants pour fournir des estimations de qualité pour ces territoires.

La durée de passation du questionnaire s'est élevée en moyenne à 38 minutes, 37 minutes pour les questionnaires remplis par internet et 43 minutes pour ceux réalisés par téléphone, 37 minutes pour les personnes résidant en France hexagonale et 42 minutes pour celles résidant dans les DROM.

Chaque écran contenait peu de questions (une seule dans la plupart des cas) et le répondant devait cliquer sur un bouton pour passer à la question suivante. Il était possible de répondre au questionnaire en plusieurs fois. La même interface était utilisée par les enquêteurs et enquêtrices par téléphone.

Toutes les questions étaient obligatoires. Des modalités « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre » étaient proposées. Pour la plupart des questions, ces modalités étaient cachées et apparaissaient si le répondant essayait de passer à la question suivante sans répondre, afin de limiter la non-réponse partielle, en particulier par internet. Pour les questions sensibles ou difficiles, elles étaient en revanche affichées dès le début et incluses avec les autres modalités de réponse, afin d'éviter des abandons de questionnaire. Pour les questions de connaissance, la modalité « Ne sait pas » était une réponse signifiante et était donc également affichée dès le début.

L'ergonomie du questionnaire a été adaptée à une passation sur smartphone. Le questionnaire a ainsi été

développé sur un logiciel conçu pour fonctionner de manière optimale sur les smartphones (« smartphone native »), permettant notamment l'adaptation automatique à la taille de l'écran. Afin de faciliter la réponse sur smartphone, les modalités étaient cliquables, le défilement horizontal n'était pas nécessaire pour répondre aux questions et les questions en tableaux ont été présentées sous la forme d'accordéons dynamiques [2-4]. Enfin, les couleurs et la taille de la police ont été définies dans un souci d'accessibilité [5].

PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

Un questionnaire a été considéré comme complet lorsque la dernière question du questionnaire a été renseignée.

Parmi ces questionnaires complets, des questionnaires ont été exclus car considérés comme inexploitables. Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- la complétude du questionnaire était insuffisante, c'est-à-dire que le questionnaire comportait au moins 20 % de non-réponse sur les 46 questions posées à tous (non filtrées) et pour lesquelles les modalités « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre » étaient cachées ;
- la personne ayant rempli le questionnaire a été identifiée comme hors du champ de l'enquête (n'ayant pas l'âge requis, résidant hors du champ géographique de l'enquête, ne résidant pas en logement ordinaire ou décédée), via le questionnaire, l'assistance téléphonique (numéro vert) ou lors de l'appel d'un enquêteur ;
- le questionnaire a été rempli par une autre personne que la personne tirée au sort.

Au global, 34 940 questionnaires ont été considérés exploitables, correspondant aux individus identifiés comme « répondants » à l'enquête. Parmi ces répondants, 86,1 % ont répondu par internet et 13,9 % par téléphone. Ces proportions diffèrent peu selon le sexe et l'âge. En revanche, la proportion de réponses par internet est plus faible dans les DROM (Tableau 1).

Le taux de réponse à l'enquête est de 56,6 % au global ; il tient compte de la proportion estimée d'individus hors du champ de l'enquête parmi les individus non joints (taux de réponse 3 selon les définitions de l'AAPOR) [6]. Il a été pondéré par le poids de sondage pour tenir compte du plan

TABLEAU 1 | Participation à l'enquête et mode de réponse, selon le sexe, l'âge et la région de résidence

	Effectif de répondants	Taux de réponse ¹	Part de réponses par internet
			%
Sexe			
Homme	16 046	54,1	85,6
Femme	18 894	59,1	86,5
Âge			
18-29 ans	6 152	49,9	86,2
30-39 ans	5 794	56,1	86,4
40-49 ans	6 234	59,4	87,2
50-59 ans	6 559	56,2	86,7
60-69 ans	6 116	61,2	85,9
70-79 ans	4 085	53,6	82,8
Région			
Auvergne-Rhône-Alpes	3 044	58,0	89,9
Bourgogne-Franche-Comté	1 554	56,8	88,1
Bretagne	1 856	60,0	89,0
Centre-Val de Loire	1 482	54,9	87,0
Corse	1 460	44,2	84,9
Grand Est	2 401	57,4	88,9
Guadeloupe	1 491	43,4	74,9
Guyane	1 298	32,9	72,9
Hauts-de-France	2 538	57,4	86,5
Île-de-France	3 884	54,7	87,7
La Réunion	1 568	55,3	81,9
Martinique	1 364	42,4	77,3
Normandie	1 672	55,6	88,8
Nouvelle-Aquitaine	2 577	58,3	87,5
Occitanie	2 575	57,9	87,5
Pays de la Loire	2 027	61,3	89,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 149	53,1	87,5
Total	34 940	56,6	86,1

1. Taux de réponse AAPOR RR3, pondéré par le poids de sondage.

Note de lecture : Parmi les hommes invités à participer à l'enquête, 16 046 ont répondu, soit un taux de réponse de 54,1 %. Parmi les hommes qui ont répondu, 85,6 % l'ont fait par internet.

de sondage qui sur-représente certains groupes de population moins enclins à répondre. Les hommes et les plus jeunes (18-29 ans) ont moins bien participé à l'enquête. Le taux de réponse diffère également selon la région de résidence : il varie de 44,2 % en Corse à 61,3 % en Pays de la Loire pour la France hexagonale, et de 32,9 % en Guyane à 55,3 % à La Réunion pour les DROM.

TRAITEMENTS POST-COLLECTE

Correction de la non-réponse totale

La correction de la non-réponse totale a été réalisée par repondération ; le principe est d'augmenter les poids des répondants pour compenser le biais introduit par les non-répondants [7]. Le traitement de la non-réponse totale a été effectué en deux temps, avec une modélisation de la probabilité d'être joint et de répondre à l'enquête puis un calage sur marges. Les traitements ont été réalisés sur l'ensemble des individus de l'échantillon, après exclusion des individus hors champ, et séparément pour la France hexagonale et pour les DROM, puisque les facteurs associés à la probabilité d'être joint et de répondre à l'enquête étaient supposés différents entre ces zones géographiques.

La modélisation de la participation s'est appuyée sur un modèle logistique ; les variables explicatives ont été sélectionnées parmi les variables de la base de sondage et de la base de gestion de la collecte¹ associées à la fois à la participation à l'enquête et aux variables d'intérêt (22 indicateurs sélectionnés, représentant l'ensemble des thématiques de l'enquête). À partir des probabilités prédites, des groupes de réponse homogènes ont été constitués pour chaque région [8] : dans chaque groupe, les poids de sondage des répondants ont été multipliés par l'inverse du taux de réponse observé dans le groupe. Les poids corrigés ainsi obtenus ont ensuite été tronqués au 99^e percentile, et re-répartis aléatoirement entre le 97^e percentile et le 99^e, afin de limiter la dispersion des poids.

Enfin, un calage sur marges a été réalisé [9, 10], afin de faire correspondre la structure de l'échantillon pondéré à celle de la population ; la population de référence est issue du recensement de la population (projections de population au 1^{er} janvier 2024, Insee) et de l'Enquête Emploi en Continu (Insee, 2023). Les marges de calage sont les suivantes : le sexe croisé avec l'âge et la région de résidence, le diplôme, la taille d'unité urbaine de la commune de résidence, la taille du foyer, la situation professionnelle et le pays de naissance. Pour réaliser ce calage, une imputation par donneur² a été réalisée pour corriger la non-réponse partielle (cf. paragraphe suivant) pour les variables taille d'unité urbaine, taille du foyer et pays de naissance.

1. Base de données produite par le prestataire de collecte contenant les informations sur le déroulement de la collecte (type de coordonnées disponibles, dates et résultats des contacts...).
2. Imputation à la médiane des 5 plus proches voisins ; les proches voisins sont déterminés selon une distance calculée sur une sélection de variables associées à la variable à imputer (hot-deck métrique avec distance de Gower).

Correction de la non-réponse partielle

La non-réponse partielle³ a été traitée par imputation, pour l'ensemble des variables socio-démographiques et pour les indicateurs thématiques lorsque le pourcentage brut de données manquantes dépassait 5 %. Le principe est de remplacer les valeurs manquantes par des valeurs plausibles [11]. La méthode d'imputation utilisée est une imputation par donneur⁴. Les variables imputées utilisées dans les analyses thématiques sont :

- des variables socio-démographiques et décrivant les inégalités sociales : diplôme (<1 % de données manquantes), situation financière perçue (<1 %), type de ménage (<1 %), insécurité alimentaire (<1 %), taille du foyer (1 %), profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (2 %), pays de naissance (3 %), caractéristiques de la commune de résidence (taille et type d'unité urbaine, densité) (5 %) ;
- des indicateurs thématiques : sommeil (5 % avec au moins une valeur manquante), conduites suicidaires (7 %), satisfaction de vie (10 %).

Codage des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

Le codage des PCS a été réalisé par le pôle d'expertise et de reprise de la PCS de l'Insee à partir des libellés de professions recueillis dans le questionnaire. La PCS a été codée en 4 positions de la nomenclature PCS 2020 (niveau le plus fin), en utilisant des outils de codification déterministes (Sicore et Cobra) et probabilistes (Aspic) puis une reprise manuelle par les gestionnaires de l'Insee.

ANALYSES

Toutes les analyses sont pondérées. Les estimations sont présentées avec un intervalle de confiance à 95 %.

Pour l'ensemble des analyses nationales (hors évolutions et analyses sur des modules filtrés), le dénominateur correspond aux personnes âgées de 18 à 79 ans et inclut l'ensemble des régions couvertes par l'enquête, c'est-à-dire la France hexagonale et les DROM : Guadeloupe,

3. La non-réponse partielle regroupe, selon les cas, les réponses « Ne sait pas », « Ne souhaite pas répondre », les incohérences recodées en manquant, les réponses non codées dans les nomenclatures.

4. Imputation par proche(s) voisin(s) déterminé(s) selon une distance calculée sur une sélection de variables associées à la variable à imputer (hot-deck métrique avec distance de Gower). Imputation à la médiane des 5 plus proches voisins pour chaque variable sociodémographique ; imputation par le plus proche voisin pour chaque thématique.

Guyane, Martinique et La Réunion. Pour les modules portant sur la prévention « canicule », les tiques et la Borréliose de Lyme, l'évaluation de *Mois sans tabac* et les traumatismes crâniens, le dénominateur porte sur la France hexagonale.

Croisements

Les analyses sont déclinées selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques suivantes, connues pour être des déterminants sociaux de la santé : le sexe, l'âge (6 classes d'âge décennal), le niveau de diplôme (3 modalités), la situation financière perçue (4 modalités) et la profession et catégorie socio-professionnelle (PCS, 5 modalités, parmi les personnes ayant déjà travaillé). Les analyses par sexe permettent de révéler des inégalités de genre, dans la mesure où les caractéristiques des femmes et des hommes ne sont pas que biologiques, mais sont aussi déterminées par des facteurs socio-culturels. Le diplôme permet d'approcher le niveau d'éducation, qui est un bon prédicteur de la trajectoire sociale. La situation financière perçue est une mesure indirecte des ressources financières, qui permet de tenir compte de la variabilité du coût de la vie et des salaires selon les territoires, et a l'avantage de contenir peu de données manquantes (contrairement au revenu déclaré). La PCS est la classification de référence usuelle pour décrire les emplois et contextualiser les situations sociales. En raison du faible effectif d'agriculteurs, ces derniers ont été regroupés avec les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Des croisements complémentaires sont présentés pour certaines thématiques, notamment avec la situation professionnelle, le type de ménage ou la densité de la commune de résidence.

Des analyses bivariées ont été effectuées. Des tests du chi2 avec correction de Rao Scott (pour les variables en classes) et des tests de Wald des coefficients de la régression linéaire simple associée (pour les variables numériques) ont été utilisés, avec un seuil unique de significativité ($p < 0,05$).

Estimations régionales

Les analyses sont déclinées selon la région de résidence, afin de mettre en évidence les disparités territoriales. La région est définie selon la division administrative du 1^{er} janvier 2016, sauf pour la thématique « tiques et Borréliose de Lyme » pour laquelle les indicateurs sont déclinés

selon la division antérieure, car cette problématique présente des variations locales marquées qui nécessitent une analyse à une échelle plus fine. Les différences régionales sont analysées en comparant chaque région avec l'ensemble des autres régions incluses dans l'enquête (exceptée la région considérée), avec une standardisation sur le sexe croisé avec l'âge (selon les données du recensement de la population ayant servi au calage sur marges, projections de population au 1^{er} janvier 2024, Insee) et sur le mode de collecte (proportion pondérée de questionnaires complétés dans chaque mode, soit 86,1 % par internet et 13,9 % par téléphone), pour tenir compte des différences de taux de réponse par internet selon les territoires.

Évolutions

Certaines thématiques, présentes dans de précédentes éditions de l'enquête, ont fait l'objet d'analyses d'évolution sur le champ commun entre les éditions en termes de territoire et de tranche d'âge. La méthode de l'enquête ayant changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet, les évolutions doivent être interprétées avec précaution (cf. encadré « Changement de mode de collecte et interprétation des évolutions »).

Seuil de diffusion

Compte tenu de la précision de l'enquête, seuls les résultats portés par un nombre de répondants supérieur ou égal à trente sont présentés. Une mention « SD » (pour « seuil de diffusion ») signale un résultat non diffusé pour cause d'effectif de répondants inférieur à ce seuil. ●

CHANGEMENT DE MODE DE COLLECTE ET INTERPRÉTATION DES ÉVOLUTIONS

Avant l'édition 2024, le Baromètre de Santé publique France était collecté uniquement par téléphone, avec l'assistance d'une enquêtrice ou d'un enquêteur. À partir de l'édition 2024, l'enquête est collectée à la fois par internet (auto-administré) et par téléphone. L'ajout d'un mode de collecte supplémentaire par internet permet de lever des freins à la participation liés à un mode unique de collecte téléphonique [12, 13]. L'utilisation de plusieurs modes de collecte combinés (multimode) permet ainsi d'augmenter la participation à l'enquête et de diminuer le biais de sélection des répondants [14]. En ce sens, le nouveau protocole multimode de l'enquête permet d'améliorer la qualité des estimations.

En revanche, le mode de collecte n'est pas neutre quant aux réponses données : un même individu peut ne pas donner la même réponse à une même question sur différents modes de collecte (effet de mesure). En particulier, les réponses peuvent différer selon que la collecte est réalisée avec ou sans enquêteur, ou selon que le mode de collecte est visuel ou oral, en lien avec des biais documentés dans la littérature : biais de satisficing¹ dans le mode de collecte par internet, biais de désirabilité sociale² ou biais d'approbation³ dans le mode de collecte par téléphone [15-17].

Dans l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France, un sous-échantillon de répondants a été interrogé uniquement par téléphone, afin de pouvoir observer d'éventuelles différences avec l'échantillon multimode qui impacteraient les analyses d'évolutions avec les éditions antérieures de l'enquête. Les dates et durées du terrain étaient identiques à l'échantillon principal multimode. Le protocole de contact comprenait un courrier d'invitation envoyé en début de terrain puis jusqu'à deux relances postales et neuf relances email pour les personnes n'ayant pas participé. Le nombre moyen d'appels nécessaires pour une interview téléphonique était de cinq, un message SMS était déposé suite au premier et au cinquième appel non décroché (si un numéro de portable était disponible) et un message répondeur suite au deuxième appel non décroché. Parmi les 7751 individus tirés au sort pour ce sous-échantillon, 3332 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 48,6 % (taux de réponse 3 selon les définitions de l'AAPOR).

Les différences constatées sont présentées dans le Tableau 2.

Au-delà du changement de mode de collecte, la méthode d'enquête a également été modifiée en ce qui concerne le tirage au sort des individus invités à participer (base de sondage, plan de sondage), le protocole de contact des individus (courrier d'invitation envoyé à tous, mentionnant le caractère obligatoire de l'enquête 2024 notamment) et les traitements post-collecte (correction de la non-réponse totale utilisant les données de la nouvelle base de sondage). Ces changements, ainsi que l'ajout du mode de collecte par internet, ont permis d'améliorer la participation à l'enquête et d'obtenir des estimations de meilleure qualité mais invitent à interpréter avec précaution les évolutions.

TABLEAU 2 | Effets du mode de collecte sur la mesure et impact sur les analyses d'évolution, selon le type de question

Type de question	Effet de mesure lié au mode de collecte	Analyses d'évolution	Exemples de thématiques concernées
Questions sensibles ou complexes (avec affichage direct des modalités « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre »)	Proportion plus importante de non-réponse partielle par internet	Analyse avec traitement de la non-réponse partielle par imputation	Conduites suicidaires
Questions de connaissance (avec affichage direct des modalités « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre »)	Proportion plus importante de non-réponse partielle par internet	Analyse regroupant la non-réponse partielle avec les mauvaises réponses	Antibiorésistance
Perception de la santé	Perception déclarée plus mauvaise par internet	Pas d'analyse	Santé perçue
Échelles d'accord (« tout à fait » – « pas du tout »)	Réponses positives extrêmes (« tout à fait d'accord ») plus souvent sélectionnées par téléphone	Analyse regroupant les réponses positives (« tout à fait » + « plutôt »)	Adhésion à la vaccination
Questions factuelles	Pas d'impact du mode de collecte	Analyse sans traitement particulier	Hypertension artérielle

1. Lorsque l'effort nécessaire pour donner la réponse exacte lui paraît trop important, l'enquêté donne un résultat qu'il juge satisfaisant (mais sous-optimal) afin de limiter son effort à un seuil acceptable pour lui.

2. Dans les modes de collecte administrés par une enquêtrice ou un enquêteur, l'enquêté fournit une réponse donnant une image valorisante de lui-même ou dont il croit qu'elle satisfait les attentes normatives.

3. Dans les modes de collecte administrés par une enquêtrice ou un enquêteur, les répondants ont tendance à être plus souvent d'accord et à plus souvent donner la réponse positive extrême.

RÉFÉRENCES

- [1] Lamarche P, Lollivier S. Fidéli, l'intégration des sources fiscales dans les données sociales. *Courrier des statistiques* (Insee). 2021;6:28-46
- [2] Antoun C, Katz J, Argueta J, Wang L. Design Heuristics for Effective Smartphone Questionnaires. *Social Science Computer Review*. 2018;36(5):557-74
- [3]. Vehovar V, Couper MP, Čehovin G. Alternative Layouts for Grid Questions in PC and Mobile Web Surveys: An Experimental Evaluation Using Response Quality Indicators and Survey Estimates. *Social Science Computer Review*. 2022;41(6):1-23.
- [4] Wang L, Antoun C, Falcone B, Feuer S, Figueroa I, Nichols E, et al. Proposed Standards and Guidelines for Mobile Survey Instrument Design. U.S. Census Bureau; 2022
- [5] Ruel J, Allaire C, Moreau A, Kassi B, Brumagne A, Delample A, et al. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice; 2018
- [6] The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 10th edition. AAPOR. 2023
- [7] Deroyon T. La correction de la non-réponse par repondération. Insee; 2017
- [8] Haziza D, Beaumont J-F. On the Construction of Imputation Classes in Surveys. *International Statistical Review*. 2007;75(1):25-43
- [9] Deville J-C, Särndal C-E. Calibration Estimators in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*. 1992;87(418):376-82
- [10] Deville J-C, Särndal C-E, Sautory O. Generalized Raking Procedures in Survey Sampling. *Journal of the American Statistical Association*. 1993;88(423):1013-20
- [11] Deroyon T, Favre-Martinoz C. La correction de la non-réponse par imputation. Insee; 2017
- [12] De Leeuw ED. Mixed-Mode: Past, Present, and Future. *Survey Research Methods*. 2018;12(2):75-89
- [13] Dillman DA. The promise and challenge of pushing respondents to the Web in mixed-mode surveys. *Statistics Canada*. 2017;43(1)
- [14] Beck F, Castell L, Legleye S, Schreiber A. Le multimode dans les enquêtes auprès des ménages : une collecte modernisée, un processus complexifié. *Courrier des statistiques* (Insee). 2022;7:7-28
- [15] Krosnick JA. Response Strategies for Coping with the Cognitive Demands of Attitude Measures in Surveys. *Applied Cognitive Psychology*. 1991;5(3):213-36
- [16] Campanelli P, Nicolaas G, Jäckle A, Lynn P, Hope S, Blake M, et al. A classification of question characteristics relevant to measurement (error) and consequently important for mixed mode questionnaire design. Royal Statistical Society; 11 October 2011; London (UK). Group : Questionnaire2011
- [17] Lipps O, Monsch G-A. Effects of Question Characteristics on Item Nonresponse in Telephone and Web Survey Modes. *Field Methods*. 2022;34(4):318-33

Baromètre de Santé publique France 2024. Questionnaire. Saint-Maurice : Santé publique France : 2024. 38 p.

AUTEURS

Noémie Soullier¹, Dorothée Grange¹, Leïla Saboni¹, Jean-Baptiste Richard¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Santé générale : santé perçue et limitations d'activité

POINTS CLÉS

- **En 2024, 68,0 % des adultes âgés de 18 à 79 ans** déclarent avoir une « bonne » ou « très bonne » santé générale.
- **26,0 % des adultes déclarent être limités ou fortement limités** dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois.
- **De fortes disparités socio-économiques et régionales** sont observées pour ces deux indicateurs.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'enquête inclut le Mini-module Européen [2], composé d'un ensemble de 3 questions qui permet le recueil de l'indicateur de santé perçue et l'indicateur de limitations d'activité (1 question par indicateur). La question sur la santé perçue était la suivante : « Comment est votre état de santé en général ? » avec 5 modalités de réponses (Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très Mauvais). La question sur les limitations d'activité était la suivante « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » avec 3 modalités de réponses (Oui, fortement limité (e) / Oui, limité (e) mais pas fortement / Non, pas limité (e) du tout). Les modalités ont été regroupées en deux classes, en « Très bon / Bon » contre « Assez Bon / Mauvais / Très Mauvais » pour l'indicateur de santé perçue, et en « Oui, fortement limité (e) / Oui, limité (e) mais pas fortement » contre « Non, pas limité (e) du tout » pour l'indicateur de limitations d'activité. Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses (< 1 %).

Évolutions : Ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. Toutefois, la méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Les estimations des indicateurs présentés sont associées au mode de collecte : les répondants déclarent généralement une santé perçue plus mauvaise par internet que par téléphone, en raison notamment d'un biais de désirabilité sociale associé au mode de recueil par téléphone (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Par conséquent, les évolutions des indicateurs de santé perçue et de limitation d'activité par rapport aux éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France ne sont pas présentées dans cet article.

CONTEXTE

La surveillance de la santé perçue et de la qualité de vie dans la population générale représente un enjeu important, en raison de leurs associations avec des événements négatifs (morbilité, mortalité), comme l'a souligné le Haut Conseil de la Santé Publique [1]. Pour cette surveillance, l'indicateur de santé perçue ainsi que l'indicateur global de limitations d'activité (GALI (Global Activity Limitations Indicator)), du Mini-Module Européen (MME), [2] sont largement utilisés. L'indicateur de santé perçue permet d'évaluer à travers une seule question simple la santé générale des individus. Une santé perçue déclarée comme « moins que bonne », est associée à des limitations fonctionnelles, un déclin cognitif et à la mortalité [3-5]. Le GALI permet d'évaluer, également à travers une seule question, les personnes qui identifient des restrictions liées à la santé dans leurs activités quotidiennes, en particulier parmi les personnes âgées. Le GALI, qui est utilisé par Eurostat pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, est également un prédicteur de mortalité et des coûts de santé [6].

Depuis 2017, la France a traversé plusieurs crises sociales ainsi que la crise sanitaire du Covid-19, et une dégradation de la santé générale de la population française entre 2017 et 2021 a été observée, notamment chez les jeunes adultes, dans toutes les catégories socioprofessionnelles et dans toutes les régions de France hexagonale [7]. L'objectif principal de cette synthèse est d'estimer la proportion d'individus déclarant une « bonne » ou « très bonne » santé perçue d'une part, et la proportion d'individus déclarant une limitation d'activité (forte ou non) d'autre part, en 2024 ; et de décrire les variations de ces indicateurs selon le sexe, l'âge et les variables socio-économiques.

RÉSULTATS

DEUX ADULTES SUR TROIS DÉCLARENT AVOIR UNE « BONNE » OU « TRÈS BONNE » SANTÉ PERÇUE

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant avoir une santé perçue « bonne » (B) ou « très bonne » (TB) est de 68,0 % (intervalle de confiance 95 % : [67,3 % - 68,6 %]). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (70,3 % [69,4 % - 71,2 %]) que chez les femmes (65,8 % [64,9 % - 66,6 %]), et elle diminue de façon régulière avec l'âge, dans les deux sexes. En effet, les plus jeunes individus (18 - 29 ans) présentent la proportion de santé

perçue TB/B la plus élevée (82,2 % [81,0 % - 83,4 %]), et les plus âgés (70-79 ans) présentent, quant à eux, la proportion la plus basse (50,2 % [48,3 % - 52,1 %]). Par ailleurs, plus le niveau de diplôme est élevé, plus la proportion d'individus présentant une santé perçue TB/B est élevée : 77,6 % [76,8 % - 78,4 %] pour les individus avec un diplôme supérieur au Baccalauréat, contre 58,0 % [56,8 % - 59,1 %] pour les individus avec un diplôme inférieur au Baccalauréat. De même, pour la situation financière perçue, les individus qui affirment être à l'aise financièrement, déclarent plus fréquemment une santé perçue TB/B (82,5 % [81,1 % - 83,8 %]), contre 50,4 % [48,6 % - 52,2 %] pour les individus déclarant une situation financière difficile. Enfin, on observe que la catégorie socioprofessionnelle (PCS) la plus élevée (cadres et professions intellectuelles supérieures) présente la proportion de santé perçue TB/B la plus élevée (77,9 % [76,7 % - 79,0 %]) et inversement, la PCS la plus modeste (ouvriers) présente la proportion de santé perçue TB/B la plus basse (61,7 % [60,1 % - 63,3 %]). Ces gradients sont également observés dans les deux sexes avec des niveaux similaires pour les PCS supérieures, (77,7 % [76,2 % - 79,3 %] chez les hommes, et 78,1 % [76,3 % - 79,9 %] chez les femmes). Cependant, pour les PCS plus modestes (telles que les ouvriers), on observe douze points de différence entre les hommes (64,6 % [62,8 % - 66,4 %]) et les femmes (52,2 % [48,8 % - 55,6 %]) (Tableau 1).

PLUS D'UN QUART DES ADULTES DÉCLARENT ÊTRE LIMITÉS DANS LEURS ACTIVITÉS HABITUELLES DEPUIS AU MOINS 6 MOIS

En 2024, 26,0 % [25,4 % - 26,6 %] des adultes de 18-79 ans déclarent être limités (fortement ou non) dans leurs activités habituelles. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (27,3 % [26,5 % - 28,1 %]) que chez les hommes (24,6 % [23,8 % - 25,4 %]). Elle augmente de façon régulière avec l'âge, passant de 13,7 % [12,6 % - 14,8 %] chez les jeunes de 18-29 ans, à 40,2 % [38,4 % - 42,1 %] chez les plus âgés de 70-79 ans. Cette tendance à l'augmentation selon l'âge est également retrouvée dans les deux sexes. De même que pour l'indicateur de santé perçue, des différences dans la déclaration de limitations d'activités sont observées selon les variables socioprofessionnelles. En effet, plus le niveau de diplôme est élevé, plus la proportion d'individus déclarant des limitations d'activité est basse : 19,4 % [18,6 % - 20,1 %] pour un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat contre 33,4 % [32,3 % - 34,4 %] pour un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat. De la même façon, les individus avec une meilleure situation financière perçue déclarent moins de limitations d'activité (16,3 % [15,1 % - 17,6 %]) que les individus avec une situation

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « bonne » ou « très bonne »

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	4 991	82,2	[81,0 - 83,4]	85,5	[83,8 - 87,1]	78,9	[77,1 - 80,6]
30-39 ans	4 535	79,4	[78,1 - 80,7]	81,9	[80,0 - 83,7]	77,1	[75,2 - 78,9]
40-49 ans	4 386	70,0	[68,5 - 71,4]	72,5	[70,3 - 74,5]	67,6	[65,5 - 69,6]
50-59 ans	4 197	63,0	[61,5 - 64,5]	65,6	[63,5 - 67,7]	60,5	[58,5 - 62,6]
60-69 ans	3 647	58,2	[56,6 - 59,8]	59,6	[57,3 - 61,8]	57,0	[54,8 - 59,1]
70-79 ans	2 115	50,2	[48,3 - 52,1]	49,2	[46,5 - 52,0]	51,0	[48,4 - 53,6]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	6 781	58,0	[56,8 - 59,1]	61,3	[59,7 - 62,8]	54,5	[52,9 - 56,1]
Bac	5 863	71,6	[70,4 - 72,7]	73,9	[72,2 - 75,5]	69,5	[67,8 - 71,1]
Supérieur au Bac	11 227	77,6	[76,8 - 78,4]	79,9	[78,8 - 81,1]	75,7	[74,5 - 76,7]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 733	68,1	[65,8 - 70,4]	69,6	[66,7 - 72,3]	65,3	[61,3 - 69,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 296	77,9	[76,7 - 79,0]	77,7	[76,2 - 79,3]	78,1	[76,3 - 79,9]
Professions intermédiaires	6 389	71,1	[69,9 - 72,2]	70,9	[69,0 - 72,6]	71,2	[69,7 - 72,7]
Employés	5 412	62,0	[60,7 - 63,3]	66,7	[63,8 - 69,4]	60,8	[59,3 - 62,2]
Ouvriers	3 292	61,7	[60,1 - 63,3]	64,6	[62,8 - 66,4]	52,2	[48,8 - 55,6]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 020	82,5	[81,1 - 83,8]	82,9	[80,9 - 84,7]	82,1	[80,2 - 84,0]
Ça va	9 348	74,5	[73,6 - 75,4]	76,6	[75,3 - 77,9]	72,6	[71,2 - 73,9]
C'est juste	7 753	64,1	[63,0 - 65,2]	66,5	[64,9 - 68,0]	61,9	[60,4 - 63,4]
C'est difficile, endetté	2 750	50,4	[48,6 - 52,2]	53,9	[51,2 - 56,5]	47,2	[44,9 - 49,6]
Total	23 871	68,0	[67,3 - 68,6]	70,3	[69,4 - 71,2]	65,8	[64,9 - 66,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à $p < 0,05$ (test du chi2).

Note de lecture : 82,2 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent une santé perçue « bonne » ou « très bonne ».

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

financière perçue difficile (40,1 % [38,4 % - 41,9 %]). Enfin, on retrouve dans les PCS supérieures une moindre proportion de limitations d'activité (19,9 %), contrairement aux PCS plus modestes (30,9 % chez les ouvriers). On retrouve ces mêmes gradients dans les deux sexes (Tableau 2).

DISPARITÉS RÉGIONALES

Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 mettent en évidence des disparités régionales en termes de santé perçue (TB/B). Les proportions de personnes déclarant une santé perçue TB/B sont très inférieures dans les quatre départements et régions d'outre-mer, à savoir la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion (Mayotte n'est pas inclus dans l'enquête), comparées à la moyenne des autres régions, avec respectivement des proportions¹ de : 52,4 % [48,7 % -

56,1 %], 53,4 % [49,8 % - 57,0 %], 61,8 % [57,4 % - 66,1 %], 56,2 % [52,8 % - 59,5 %]. Les régions Hauts-de-France et Grand Est présentent également, dans une moindre mesure, des proportions inférieures à la moyenne des autres régions (respectivement 65,0 % [62,9 % - 67,1 %], et 65,4 % [63,2 % - 67,6 %]). Enfin, les régions Pays de la Loire et Bretagne sont les régions présentant les proportions de déclarants de santé perçue TB/B les plus élevées (71,0 %) et supérieures à la moyenne des autres régions (Tableau 3).

Concernant le GALI, les régions présentant les proportions les plus faibles d'individus déclarant une limitation d'activité sont l'Île-de-France, la Bretagne et les Pays de la Loire (respectivement : 21,8 % [20,3 % - 23,4 %], 23,6 % [21,5 % - 25,7 %], 23,9 % [21,9 % - 26,0 %]), inférieures à la moyenne des autres régions. À l'inverse, les Hauts-de-France et la Corse présentent des proportions supérieures à la moyenne des autres régions (respectivement 28,0 % [26,1 % - 30,1 %], 30,2 % [27,1 % - 33,4 %]) (Tableau 4).

1. Les proportions présentées peuvent refléter des structures démographiques régionales différentes, mais les disparités mises en avant sont significatives à structure de sexe et d'âge équivalente.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une limitation d'activité (forte ou non)

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	812	13,7	[12,6 - 14,8]	12,4	[10,9 - 14,0]	15,0	[13,5 - 16,7]
30-39 ans	980	17,1	[15,9 - 18,4]	15,6	[13,9 - 17,4]	18,6	[17,0 - 20,4]
40-49 ans	1 435	23,7	[22,4 - 25,1]	21,0	[19,1 - 22,9]	26,4	[24,5 - 28,3]
50-59 ans	1 926	31,0	[29,6 - 32,4]	29,3	[27,2 - 31,4]	32,6	[30,7 - 34,7]
60-69 ans	1 987	33,9	[32,4 - 35,4]	33,2	[31,1 - 35,4]	34,5	[32,4 - 36,6]
70-79 ans	1 596	40,2	[38,4 - 42,1]	42,3	[39,6 - 45,1]	38,5	[36,0 - 41,1]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	3 912	33,4	[32,3 - 34,4]	31,7	[30,2 - 33,2]	35,1	[33,5 - 36,6]
Bac	1 883	22,5	[21,4 - 23,6]	20,7	[19,2 - 22,3]	24,2	[22,7 - 25,8]
Supérieur au Bac	2 941	19,4	[18,6 - 20,1]	17,6	[16,5 - 18,7]	20,8	[19,8 - 21,9]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	682	26,8	[24,7 - 29,0]	26,3	[23,7 - 29,1]	27,8	[24,2 - 31,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 391	19,9	[18,8 - 21,1]	20,3	[18,8 - 21,8]	19,5	[17,8 - 21,2]
Professions intermédiaires	2 156	23,9	[22,8 - 24,9]	22,7	[21,1 - 24,4]	24,8	[23,4 - 26,2]
Employés	2 481	29,1	[27,9 - 30,3]	26,1	[23,6 - 28,8]	29,9	[28,5 - 31,2]
Ouvriers	1 604	30,9	[29,4 - 32,5]	28,9	[27,2 - 30,7]	37,4	[34,1 - 40,8]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	784	16,3	[15,1 - 17,6]	16,1	[14,4 - 18,0]	16,5	[14,7 - 18,3]
Ça va	2 529	20,7	[19,8 - 21,5]	19,8	[18,6 - 21,0]	21,5	[20,3 - 22,7]
C'est juste	3 274	28,4	[27,4 - 29,4]	26,9	[25,5 - 28,4]	29,8	[28,4 - 31,2]
C'est difficile, endetté	2 149	40,1	[38,4 - 41,9]	37,4	[34,8 - 40,0]	42,6	[40,2 - 45,0]
Total	8 736	26,0	[25,4 - 26,6]	24,6	[23,8 - 25,4]	27,3	[26,5 - 28,1]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à $p < 0,05$ (test du chi2).

Note de lecture : 13,7 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent une limitation d'activité (forte ou non).

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne » selon la région

	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	2 186	69,3	[67,4 - 71,2]
Bourgogne-Franche-Comté	1 066	65,7	[62,9 - 68,4]
Bretagne	1 326	71,0*	[68,8 - 73,2]
Centre-Val de Loire	1 018	66,7	[63,9 - 69,4]
Corse	990	68,4	[65,5 - 71,2]
Grand Est	1 627	65,4*	[63,2 - 67,6]
Guadeloupe	868	53,4*	[49,8 - 57,0]
Guyane	851	61,8*	[57,4 - 66,1]
Hauts-de-France	1 691	65,0*	[62,9 - 67,1]
Île-de-France	2 863	71,0	[69,3 - 72,7]
La Réunion	932	56,2*	[52,8 - 59,5]
Martinique	763	52,4*	[48,7 - 56,1]
Normandie	1 150	67,7	[65,1 - 70,2]
Nouvelle-Aquitaine	1 754	66,3	[64,2 - 68,3]
Occitanie	1 812	68,5	[66,4 - 70,5]
Pays de la Loire	1 472	71,0*	[68,7 - 73,2]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 502	68,1	[65,8 - 70,3]
Total	23 871	68,0	[67,3 - 68,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 71,0 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bretagne déclarent une santé perçue « très bonne » ou « bonne ». À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

TABLEAU 4 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une limitation d'activité (forte ou non) selon la région

	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	719	25,4	[23,6 - 27,2]
Bourgogne-Franche-Comté	400	27,7	[25,1 - 30,3]
Bretagne	441	23,6*	[21,5 - 25,7]
Centre-Val de Loire	365	25,8	[23,3 - 28,5]
Corse	434	30,2*	[27,1 - 33,4]
Grand Est	634	28,1	[26,1 - 30,3]
Guadeloupe	392	30,5	[27,2 - 34,0]
Guyane	270	26,4	[22,2 - 30,8]
Hauts-de-France	673	28,0*	[26,1 - 30,1]
Île-de-France	759	21,8*	[20,3 - 23,4]
La Réunion	406	27,0	[24,1 - 30,1]
Martinique	370	30,6	[27,1 - 34,3]
Normandie	419	25,4	[23,1 - 27,8]
Nouvelle-Aquitaine	704	28,7	[26,7 - 30,7]
Occitanie	700	28,1	[26,1 - 30,1]
Pays de la Loire	473	23,9*	[21,9 - 26,0]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	577	28,0	[25,9 - 30,2]
Total	8736	26,0	[25,4 - 26,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 23,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bretagne déclarent une limitation d'activité (forte ou non). À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

l'indicateur de santé perçue, avec les mêmes gradients liés au sexe, à l'âge et aux facteurs socioprofessionnels.

On retrouve également pour ces deux indicateurs des disparités régionales, avec une proportion plus élevée d'individus déclarant une santé perçue TB/B dans les régions de l'ouest (telles que la Bretagne et les Pays de la Loire), et une proportion moins élevée d'individus déclarant une limitation d'activité dans ces régions et en Île-de-France par rapport à la moyenne des autres régions.

Les gradients observés sont similaires à ceux relevés pour les années 2017, 2019, 2020 et 2021 (sauf pour les gradients liés à l'âge qui ont eu tendance à s'effacer en 2020 et 2021 chez les jeunes adultes) [7]. Cependant, du fait du changement du mode de passation du questionnaire du Baromètre de Santé publique France en 2024 (passant d'une enquête téléphonique à une enquête téléphonique et sur internet), les comparaisons directes des résultats à ceux des années antérieures sont déconseillées. En effet, les deux indicateurs de santé perçue et de limitation d'activités sont sensibles au mode de collecte, du fait notamment du biais de désirabilité lors d'un mode de passation en présence d'un enquêteur. L'analyse longitudinale de ces indicateurs ne sera possible qu'à la prochaine édition du Baromètre de Santé publique France utilisant la même méthode. ●

DISCUSSION

En 2024, la proportion d'individus déclarant une « très bonne » ou « bonne » santé perçue ou une limitation d'activité diffère fortement selon le sexe, l'âge et la position socio-économique, en adéquation avec les gradients connus, à savoir : une proportion plus élevée d'individus déclarant une santé perçue TB/B, et une proportion moins élevée d'individus déclarant une limitation des activités, chez les hommes que chez les femmes, chez les plus jeunes et dans les populations favorisées (avec un niveau de PCS, de diplôme et de revenus plus élevés).

En effet, notre étude montre qu'en 2024, la proportion d'individus déclarant une santé perçue TB/B est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Cette proportion diminue en même temps que l'âge augmente (chez les deux sexes) et augmente avec la PCS (plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles supérieures), le niveau de diplôme et la perception du niveau de revenus. Les résultats de l'indicateur de limitations d'activité en 2024 sont en miroir des résultats de

RÉFÉRENCES

- [1] Rapport relatif aux usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France : autosaisine du HCSP. Paris : HCSP, 2022, 106 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1232>
- [2] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, et al. The reliability of the minimum European health module. *Int J Public Health*. 2009;54(2):55–60
- [3] DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267–75
- [4] Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C, MRC CFAS. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing*. 2006;3(4):193–206
- [5] Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. *Am J Epidemiol*. 2000;152(9):874–83
- [6] Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Health*. 2018;76:25
- [7] Lahbib H, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Delpierre C, Coste J. Trends and social inequalities in self-reported health and activity limitations in France between 2017 and 2021: results from four nationwide representative surveys

AUTEURS

Hana Lahbib¹, Joël Coste¹, Laurence Guldner¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt

POINTS CLÉS

- En 2024, **24,0 % des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent fumer du tabac, 17,4 % quotidiennement.**
- Le tabagisme et le tabagisme quotidien **sont en nette baisse** par rapport à 2021. Parmi les 18-75 ans en France hexagonale en 2024 (population comparable aux éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France), 25 % déclarent fumer (32 % en 2021), 18 % quotidiennement (25 % en 2021). **Ces baisses s'inscrivent dans une tendance initiée en 2016.**
- **Les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées :** la proportion de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée parmi les populations les plus défavorisées, elle est par exemple 2,1 fois plus élevée parmi les ouvriers que parmi les cadres (25,1 % vs 11,8 %).
- **Le tabagisme quotidien est plus fréquent dans 3 régions** par rapport à la moyenne des autres régions : Grand Est (19,8 %), Occitanie (20,6 %) et PACA (20,9 %).
- **Plus de la moitié des fumeurs quotidiens (55,0 %) déclarent avoir envie d'arrêter de fumer** et 17,3 % déclarent avoir fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

Est qualifié de fumeur quotidien un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant un nombre de cigarettes consommées (manufacturées ou roulées), de cigares, de cigarillos ou de chicha par jour. Est qualifié de fumeur occasionnel un individu déclarant fumer mais pas quotidiennement. Le terme « fumeur » (et par extension le terme « tabagisme ») sans précision désigne tout individu fumeur, que sa consommation soit quotidienne ou occasionnelle. Est qualifié d'« ex-fumeur » un individu qui a fumé dans le passé, que ce soit occasionnellement ou quotidiennement, et qui déclare ne pas fumer au moment de l'enquête, quel que soit le délai depuis l'arrêt. Une personne qui déclare avoir fumé seulement une ou deux fois pour essayer est considérée comme n'ayant jamais été fumeuse. Les quantités de tabac fumées ont été calculées avec les équivalences suivantes déjà utilisées dans les éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes ; 1 cigarette manufacturée = 1 cigarette roulée.

Les individus présentant des valeurs manquantes (« Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre », < 1 %) ont été exclus des analyses, de même que ceux avec des valeurs aberrantes pour le nombre de cigarettes.

L'envie d'arrêter de fumer et les tentatives d'arrêt d'au moins 7 jours au cours des 12 derniers mois sont étudiées parmi les fumeurs quotidiens (cf. questionnaire). Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » sont codées « Non » pour ces 2 indicateurs.

Évolutions : La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Même si les indicateurs analysés ne semblent pas présenter d'effets liés au mode de collecte, une partie des évolutions observées pourrait être due aux autres changements méthodologiques (base de sondage, caractère obligatoire de l'enquête, cf. synthèse « Méthode de l'enquête », à paraître). Par conséquent, les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

CONTEXTE

Le tabac reste en France la première cause de mortalité évitable, avec environ 75 000 décès attribuables chaque année, soit 13 % des décès [1]. Le troisième Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027 et la Stratégie décennale de lutte contre les cancers publiée en 2021 ont réaffirmé l'objectif de parvenir à la première génération sans tabac d'ici 2032, c'est-à-dire atteindre moins de 5 % de prévalence de tabagisme à l'âge adulte pour les générations nées à partir de 2014 [2].

Une baisse d'ampleur inédite de la prévalence du tabagisme quotidien a été observée en France entre 2016 et 2019 (de 29,4 % à 24,0 %), faisant suite à la mise en place du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019. La survenue de l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences économiques, psychologiques et sociales ont pu jouer un rôle dans l'interruption de la baisse de la prévalence, voire sur la hausse observée dans certaines populations [3]. Entre 2021 et 2023, la tendance à la baisse a repris pour le tabagisme quotidien [4].

Par ailleurs, de nombreux travaux ont montré que l'envie et l'intention d'arrêter de fumer d'une part, et les tentatives d'arrêt passées d'autre part, étaient des déterminants de l'arrêt du tabac. Une étude française a aussi

montré que les fumeurs ayant un plus faible niveau de diplôme se projettent moins dans l'arrêt du tabac que les fumeurs plus diplômés [5].

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du tabagisme en France en 2024, la proportion de fumeurs quotidiens ayant envie d'arrêter de fumer, ainsi que la proportion ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année, en fonction de caractéristiques socio-économiques. Les disparités régionales sont également présentées.

RÉSULTATS

MOINS DE DEUX ADULTES SUR DIX FUMENT QUOTIDIENNEMENT

En 2024, 24,0 % (intervalle de confiance à 95 % : [23,5 % - 24,6 %]) des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent fumer du tabac : 26,8 % [26,0 % - 27,7 %] des hommes et 21,5 % [20,7 % - 22,2 %] des femmes ($p < 0,05$). La prévalence du tabagisme quotidien s'élève à 17,4 %, soit 19,7 % parmi les hommes et 15,3 % parmi les femmes ($p < 0,05$). La prévalence du tabagisme occasionnel est de 6,6 % [6,3 % - 6,9 %], 7,2 % [6,7 % - 7,7 %] parmi les hommes et 6,1 % [5,7 % - 6,5 %] parmi les femmes ($p < 0,05$). Parmi

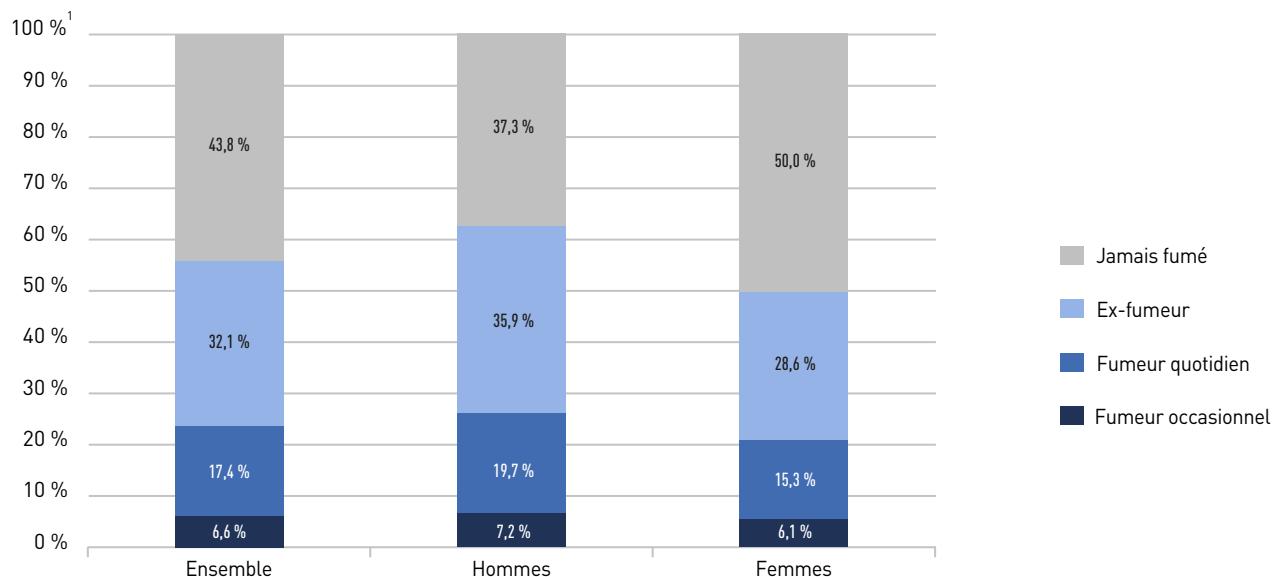
les 18-79 ans en 2024, 32,1 % [31,5 % - 32,7 %] sont des ex-fumeurs et 43,8 % [43,2 % - 44,5 %] déclarent n'avoir jamais fumé (Figure 1).

Le tabagisme quotidien varie selon l'âge, de la même façon parmi les hommes et parmi les femmes (Figure 2) : la prévalence est la plus élevée parmi les 30-59 ans, elle

est légèrement inférieure parmi les 18-29 ans, et diminue avec l'âge au-delà de 60 ans.

En 2024, les fumeurs quotidiens de 18 à 79 ans fument en moyenne 12,8 cigarettes par jour [12,5 - 13,1], moyenne plus élevée parmi les hommes (14,0 [13,5 - 14,5]) que parmi les femmes (11,4 [11,0 - 11,8]).

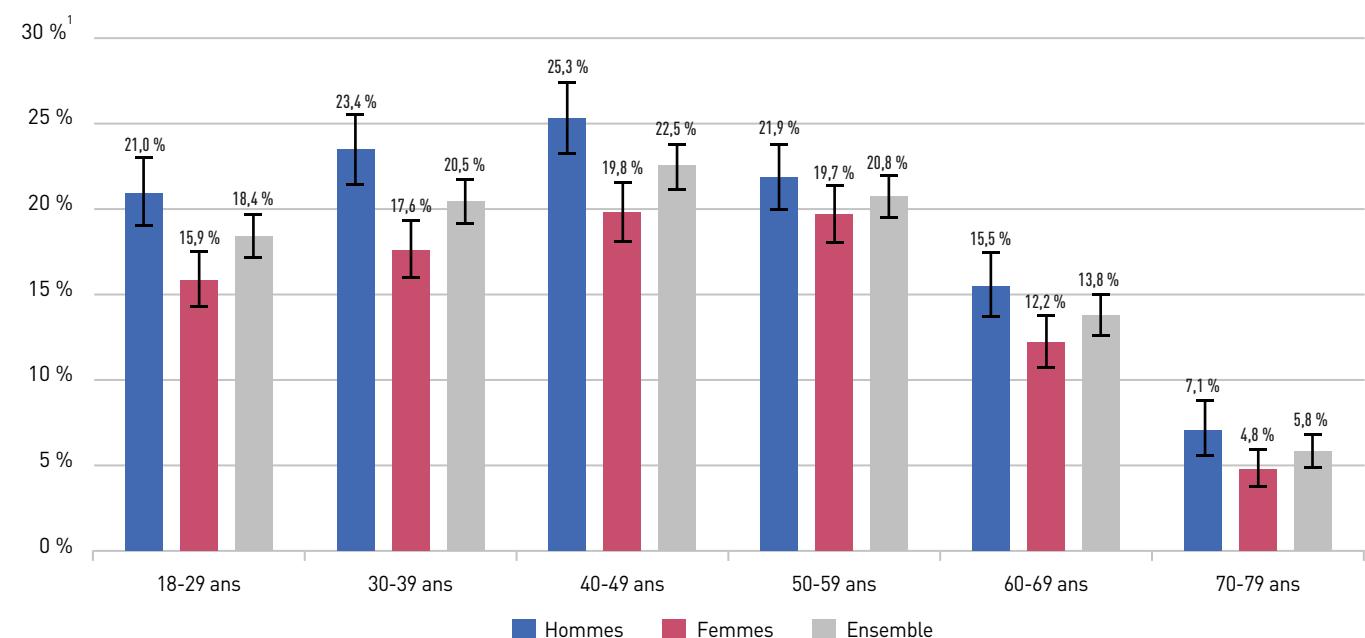
FIGURE 1 | Statut tabagique des adultes de 18-79 ans selon le sexe



1. Pourcentages pondérés.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant fumer quotidiennement selon le sexe et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

LES INÉGALITÉS SOCIALES EN MATIÈRE DE TABAGISME RESTENT MARQUÉES EN 2024

La prévalence du tabagisme quotidien est nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 13,0 % parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au Baccalauréat à 20,9 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat (Tableau 1).

La prévalence du tabagisme quotidien est la plus basse parmi les personnes se déclarant à l'aise financièrement (10,1 %) et la plus haute parmi les personnes percevant leur situation financière comme difficile voire n'y arrivant pas sans faire de dette (30,0 %).

Le tabagisme quotidien est nettement moins répandu parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (11,8 %) que parmi les ouvriers (25,1 %) ou les employés (18,5 %).

Enfin, la prévalence du tabagisme quotidien est nettement moins élevée parmi les retraités (8,8 %), les étudiants

(12,2 %) et les actifs occupés (19,2 %) que parmi les personnes au chômage (29,7 %).

DES DISPARITÉS RÉGIONALES

En 2024, le tabagisme quotidien parmi les 18-79 ans varie de 14,6 % à 20,9 % selon les régions de France hexagonale (Carte). Deux régions ont une prévalence significativement moins élevée que la moyenne des autres régions : l'Île-de-France (14,6 %) et Auvergne-Rhône-Alpes (16,0 %) ; alors que trois régions se distinguent par une prévalence plus élevée que la moyenne des autres régions : Grand Est (19,8 %), Occitanie (20,6 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (20,9 %).

Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) enquêtés, la prévalence est très inférieure en Martinique (9,5 %), Guadeloupe (9,6 %) et Guyane (10,4 %) comparé à la moyenne des autres régions ; en revanche, la prévalence à La Réunion n'est pas significativement différente du reste des régions.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant fumer quotidiennement

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau de diplôme							
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 833	20,9	[20,0 - 21,8]	24,1	[22,7 - 25,5]	17,6	[16,5 - 18,9]
Bac	8 293	18,0	[17,0 - 19,0]	19,4	[17,9 - 21,0]	16,6	[15,3 - 18,0]
Supérieur au Bac	14 642	13,0	[12,4 - 13,7]	14,0	[13,0 - 15,1]	12,2	[11,4 - 13,1]
Profession et catégorie socioprofessionnelle¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 530	17,7	[15,8 - 19,7]	19,1	[16,7 - 21,7]	15,0	[12,2 - 18,2]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 833	11,8	[10,9 - 12,8]	12,0	[10,8 - 13,3]	11,6	[10,3 - 13,1]
Professions intermédiaires	9 011	16,0	[15,1 - 17,0]	18,8	[17,3 - 20,5]	13,7	[12,6 - 14,9]
Employés	8 730	18,5	[17,5 - 19,6]	21,0	[18,6 - 23,5]	17,9	[16,7 - 19,0]
Ouvriers	5 331	25,1	[23,6 - 26,5]	26,6	[25,0 - 28,4]	20,0	[17,4 - 22,7]
Situation financière perçue							
À l'aise	4 836	10,1	[9,0 - 11,2]	11,8	[10,2 - 13,5]	8,3	[7,1 - 9,7]
Ça va	12 437	13,1	[12,4 - 13,9]	14,8	[13,6 - 16,0]	11,6	[10,7 - 12,5]
C'est juste	11 939	18,8	[17,9 - 19,7]	21,3	[20,0 - 22,7]	16,5	[15,4 - 17,6]
C'est difficile, endetté	5 556	30,0	[28,4 - 31,7]	34,0	[31,4 - 36,6]	26,4	[24,4 - 28,6]
Situation professionnelle							
Travail	18 135	19,2	[18,5 - 20,0]	20,8	[19,7 - 21,9]	17,7	[16,7 - 18,6]
Études	2 515	12,2	[10,6 - 13,9]	13,0	[10,7 - 15,7]	11,5	[9,5 - 13,8]
Chômage	2 726	29,7	[27,3 - 32,2]	36,7	[33,0 - 40,5]	22,5	[19,6 - 25,6]
Retraite	8 409	8,8	[8,0 - 9,6]	10,5	[9,3 - 11,8]	7,3	[6,4 - 8,2]
Autres inactifs	2 983	23,9	[22,0 - 25,9]	28,2	[24,9 - 31,8]	21,2	[18,8 - 23,7]
Total	34 768	17,4	[16,9 - 17,9]	19,7	[18,9 - 20,5]	15,3	[14,7 - 15,0]

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

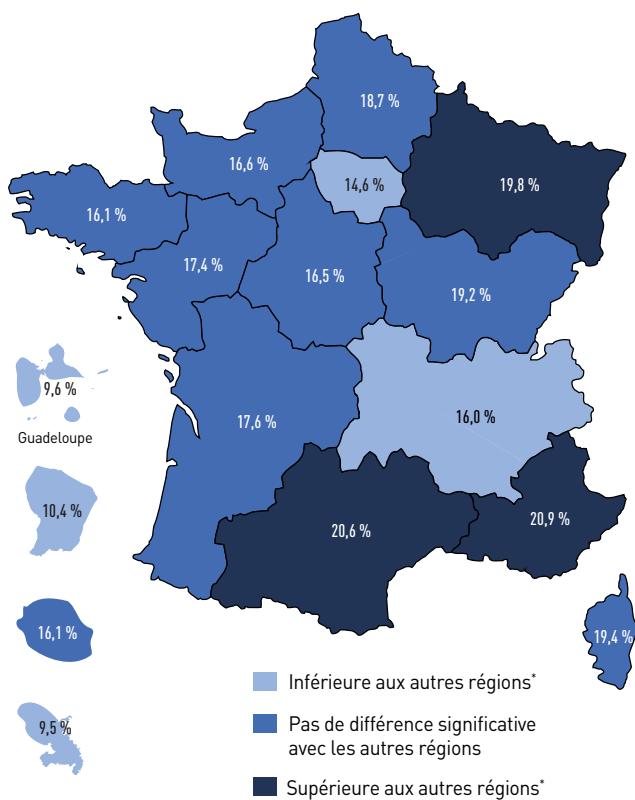
Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 20,9 % des adultes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent fumer quotidiennement.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant fumer quotidiennement selon la région



Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 16,0 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent fumer quotidiennement. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

PLUS D'UN FUMEUR QUOTIDIEN SUR DEUX A ENVIE D'ARRÊTER DE FUMER

En 2024, plus de la moitié des fumeurs quotidiens (55,0 %) déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. Cette proportion varie selon l'âge : elle est moins élevée parmi les 70-79 ans (46,5 %) et les 18-29 ans (49,9 %) et plus élevée parmi les 40-49 ans (59,0 %). Les fumeurs titulaires d'un diplôme supérieur au Baccalauréat ont davantage envie d'arrêter de fumer (59,1 %) que les personnes sans diplôme ou d'un niveau inférieur au Baccalauréat (52,0 %). Les cadres et professions intellectuelles supérieures (60,2 %) et les professions intermédiaires (60,5 %) ont également davantage envie d'arrêter de fumer que les ouvriers (52,3 %) et les employés (52,7 %). Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe, la situation financière perçue ni la situation professionnelle (Tableau 2).

TABLEAU 2 | Proportion de fumeurs quotidiens de 18-79 ans déclarant avoir envie d'arrêter de fumer

	n	%	IC 95 %
Sexe			
Hommes	2 786	55,9	[53,6 - 58,1]
Femmes	2 582	53,9	[51,6 - 56,2]
Âge			
18-29 ans	954	49,9	[46,0 - 53,8]
30-39 ans	1 057	56,4	[52,8 - 60,0]
40-49 ans	1 232	59,0	[55,6 - 62,3]
50-59 ans	1 192	56,0	[52,6 - 59,4]
60-69 ans	703	54,6	[49,9 - 59,2]
70-79 ans	230	46,5	[38,5 - 54,7]
Niveau de diplôme			
Sans diplôme ou inférieur au Bac	2 215	52,0	[49,4 - 54,5]
Bac	1 377	56,9	[53,8 - 59,9]
Supérieur au Bac	1 776	59,1	[56,3 - 61,8]
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	414	54,7	[48,4 - 60,8]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	760	60,2	[55,9 - 64,3]
Professions intermédiaires	1 275	60,5	[57,2 - 63,7]
Employés	1 473	52,7	[49,6 - 55,7]
Ouvriers	1 246	52,3	[48,9 - 55,6]
Situation financière perçue			
À l'aise	456	56,6	[50,9 - 62,2]
Ça va	1 474	54,7	[51,6 - 57,7]
C'est juste	2 052	54,3	[51,7 - 56,9]
C'est difficile, endetté	1 386	55,7	[52,3 - 59,0]
Situation professionnelle			
Travail	3 118	56,4	[54,3 - 58,5]
Études	267	50,3	[43,1 - 57,5]
Chômage	641	52,4	[47,3 - 57,4]
Retraite	694	51,9	[47,3 - 56,5]
Autres inactifs	648	55,8	[51,0 - 60,5]
Total	5 368	55,0	[53,3 - 56,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 49,9 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

LES TENTATIVES D'ARRÊT DU TABAC

En 2024, 17,3 % des fumeurs quotidiens de 18-79 ans déclarent avoir fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois.

Cette proportion diminue avec l'âge, de 28,2 % parmi les fumeurs quotidiens de 18-29 ans à 19,8 % parmi les 30-39 ans, pour atteindre entre 12 % et 14 % parmi les 40-79 ans. La part de fumeurs quotidiens ayant essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois varie également selon les variables socio-économiques, avec davantage de tentatives d'arrêt parmi les fumeurs quotidiens les plus favorisés (Tableau 3). Les fumeurs titulaires d'un diplôme supérieur au Baccalauréat ont davantage essayé d'arrêter de fumer (23,1 %) que les fumeurs sans diplôme ou d'un niveau inférieur au Baccalauréat (13,1 %). Les cadres et professions intellectuelles supérieures (20,0 %) ont également davantage tenté d'arrêter de fumer que les employés (16,0 %) et les ouvriers (14,2 %). Les étudiants (33,8 %) ont plus fréquemment fait une tentative d'arrêt du tabac que les actifs occupés (17,4 %) ou les personnes au chômage (18,1 %).

TABLEAU 3 | Proportion de fumeurs quotidiens de 18-79 ans déclarant avoir fait une tentative d'arrêt du tabac d'au moins 7 jours au cours des 12 derniers mois

	n	%	IC 95 %
Sexe			
Hommes	2 781	17,9	[16,2 - 19,7]
Femmes	2 581	16,7	[15,0 - 18,5]
Âge		*	
18-29 ans	953	28,2	[24,8 - 31,7]
30-39 ans	1 054	19,8	[17,0 - 22,9]
40-49 ans	1 231	13,4	[11,3 - 15,8]
50-59 ans	1 191	13,2	[11,0 - 15,7]
60-69 ans	703	12,2	[9,3 - 15,7]
70-79 ans	230	14,0	[8,6 - 21,1]
Niveau de diplôme		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	2 214	13,1	[11,4 - 14,9]
Bac	1 376	20,1	[17,6 - 22,8]
Supérieur au Bac	1 772	23,1	[20,8 - 25,5]
PCS¹		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	412	19,8	[14,7 - 25,8]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	759	20,0	[16,8 - 23,5]
Professions intermédiaires	1 273	18,6	[16,1 - 21,3]
Employés	1 472	16,0	[13,8 - 18,5]
Ouvriers	1 246	14,2	[12,1 - 16,6]
Situation financière perçue			
À l'aise	455	22,0	[17,3 - 27,3]
Ça va	1 473	17,7	[15,4 - 20,1]
C'est juste	2 051	16,6	[14,7 - 18,6]
C'est difficile, endetté	1 383	16,8	[14,4 - 19,5]
Situation professionnelle		*	
Travail	3 113	17,4	[15,9 - 19,1]
Études	267	33,8	[27,4 - 40,8]
Chômage	640	18,1	[14,5 - 22,2]
Retraite	694	13,4	[10,3 - 17,0]
Autres inactifs	648	13,7	[10,6 - 17,4]
Total	5 362	17,3	[16,1 - 18,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 28,2 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir fait une tentative d'arrêt du tabac d'au moins 7 jours au cours des 12 derniers mois.

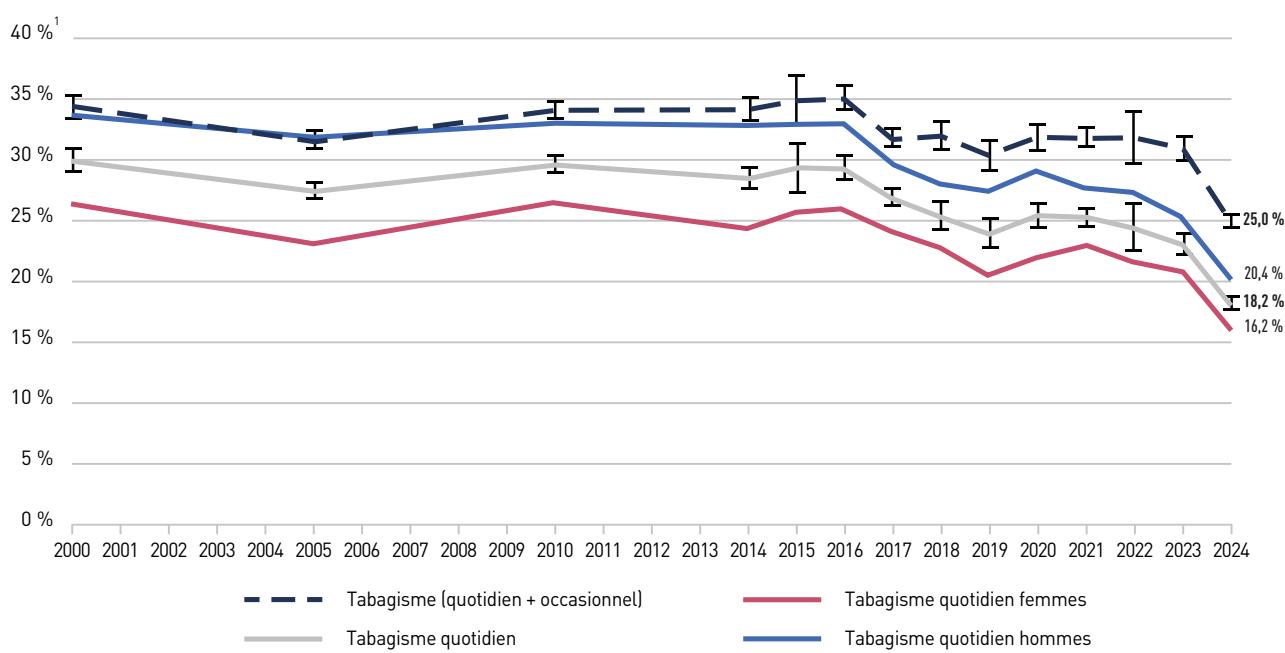
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

ÉVOLUTIONS DU TABAGISME EN FRANCE HEXAGONALE

Pour pouvoir comparer les résultats observés en 2024 avec ceux des éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France, il convient de restreindre l'analyse aux 18-75 ans et à la France hexagonale. En 2024, en France hexagonale, 25,0 % des 18-75 ans déclarent fumer (Figure 3). Le tabagisme est en baisse par rapport à 2023 (31,1 %) et par rapport à 2021 (31,9 %). En 2024, 18,2 % des 18-75 ans de France hexagonale déclarent fumer quotidiennement, proportion en baisse par rapport à 2023 (23,1 %), et également depuis 2021 (25,3 %).

La méthode de l'enquête a changé en 2024 (cf. encadré « Méthode »). Les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

FIGURE 3 | Évolutions de la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France hexagonale



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Sources: Baromètre de Santé publique France, éditions 2000-2024, excepté pour 2015: Baromètre Cancer INCa-SpF et pour 2023: Enquête EROPP de l'OFDT.

Champ commun entre les différentes enquêtes : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

DISCUSSION

En 2024 en France, pour la première fois depuis que ces indicateurs sont mesurés via le Baromètre de Santé publique France, moins d'un quart des 18-75 ans déclarent fumer (24,0 %) et 17,4 % déclarent fumer quotidiennement. Ces proportions sont en diminution par rapport à 2023, et la baisse s'observe depuis 2021 pour ce qui concerne le tabagisme quotidien [4, 6]. La tendance à la baisse observée depuis 2016, en lien avec la mise en place de plans nationaux de lutte contre le tabagisme et interrompue pendant la période de la pandémie de Covid-19, se réinstalle.

Ces évolutions sont cohérentes avec plusieurs autres sources de données françaises. Les ventes de tabac (tonnes livrées aux buralistes) sont en baisse de 12 % entre 2023 et 2024, et de 24 % sur la période 2021-2024. Les ventes de traitements d'aide au sevrage tabagique réalisées en pharmacie (remboursés ou non) sont en hausse de 10 % en « équivalents mois de traitement » entre 2023 et 2024 et de 29 % sur la période 2021-2024. Cette augmentation est observée depuis 2019, suite au passage d'un forfait annuel au remboursement sur prescription médicale à hauteur de 65 % comme les autres médicaments faisant l'objet d'un remboursement. Le tabagisme est par ailleurs en net recul parmi les adolescents, avec

15,6 % de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 17 ans en 2022 par rapport à 25,1 % en 2017 [7], et seulement 3 % de fumeurs quotidiens parmi les 15-16 ans en 2024 par rapport à 16 % en 2015 [8]. Cette tendance à la baisse chez les jeunes, observée depuis le début des années 2000, s'observe dorénavant aussi parmi les jeunes adultes de 18-29 ans (18,4 % de fumeurs quotidiens en 2024 par rapport à 29,3 % en 2021). La part de personnes n'ayant jamais fumé est également en augmentation en 2024 par rapport à 2021 [3]. Enfin, après une quasi-stabilité des prix du tabac entre 2021 et 2023, le prix annuel moyen du paquet de cigarettes le plus vendu est passé entre 2023 et 2024 de 10,92 € à 12,54 €, soit une hausse de 14,9 % [7]. Or, il est avéré que l'augmentation des prix du tabac est une des mesures les plus efficaces pour réduire sa consommation, en particulier lorsqu'elle est forte [9].

La proportion de fumeurs quotidiens ayant envie d'arrêter de fumer ou ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans les 12 derniers mois est en revanche en baisse par rapport à 2021 [5]. Comme observé en 2021, les tentatives d'arrêt sont plus fréquentes chez les fumeurs socio-économiquement plus favorisés, et notamment parmi les plus diplômés. Ce constat concerne aussi désormais l'envie d'arrêter de fumer, contrairement à ce qui était observé dans les éditions précédentes de l'enquête [10], soulignant l'importance de continuer à adapter les dispositifs de prévention pour accompagner les fumeurs plus vulnérables sur le plan socio-économique. Aucun lien n'est observé avec le sexe alors que les femmes étaient moins nombreuses à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer et avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année en 2010 et 2021. Une part de ces évolutions pourrait être due au changement de méthode de l'enquête (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »), même s'il n'y a pas d'effet de mesure lié au mode de collecte observé sur ces indicateurs.

Bien que les fumeurs les plus dépendants aient plus de difficultés à arrêter de fumer, l'hypothèse selon laquelle,

parmi les fumeurs, l'intensité du tabagisme ou le niveau de dépendance seraient plus importants quand la prévalence tabagique diminue (*hardening hypothesis*), n'est pas réellement étayée par la littérature [11]. Ainsi, les résultats d'études réalisées aux États-Unis [12] et en Australie [13], pays où la prévalence tabagique a nettement diminué, montrent une baisse de la proportion de fumeurs les plus intensifs. En France, le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens est également en baisse depuis une vingtaine d'années.

Les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées, avec 1,6 fois plus de fumeurs quotidiens parmi les personnes non diplômées ou avec un diplôme inférieur au Baccalauréat et les titulaires d'un diplôme supérieur au Baccalauréat, 2,1 fois plus de fumeurs parmi les ouvriers que parmi les cadres, 3,0 fois plus de fumeurs parmi ceux qui perçoivent leur situation financière difficile que parmi ceux se déclarant à l'aise financièrement, et 1,5 fois plus parmi les personnes au chômage par rapport aux actifs occupés. Même si ces inégalités sont marquées, la tendance globale à la baisse du tabagisme en France concerne également les catégories socio-économiques moins favorisées, évolutions encourageantes à confirmer à l'avenir.

D'après la dernière édition de l'Eurobaromètre menée en 2023 parmi les 15 ans et plus, la prévalence du tabagisme en France reste au-dessus de la moyenne européenne de 3 points, et au-dessus des pays voisins (Espagne, Italie, Belgique, Allemagne). Cependant, la tendance à la baisse observée en France n'était pas observée dans ces pays [14]. D'autres pays continuent de voir leur consommation de tabac diminuer parmi les adultes, comme les États-Unis (10,9 % de fumeurs), la Nouvelle-Zélande (8 %), le Royaume-Uni (12 %), même si les inégalités sociales y sont également marquées avec par exemple 4,5 fois plus de fumeurs au Royaume-Uni parmi les personnes sans diplôme que parmi les plus diplômés [15-17]. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidemiol Hebd 2019; (15):278-84. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
- [2] Ministère de la Santé et de la Prévention. Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027. 2023 ; 60p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_contre_le_tabac.pdf
- [3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard J-B, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd 2022; (26):470-80. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html
- [4] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Le Nézet O, Spilka S, Airagnes G, et al. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT. Le point sur 2024 ; 7p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabc/documents/enquetes-etudes/prevalence-du-tabagisme-en-france-hexagonale-en-2023-parmi-les-18-75-ans>
- [5] Guignard R, Soullier N, Pasquereau A, Andler R, Beck F, Nguyen-Thanh V. Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Epidemiol Hebd 2023; (9-10):159-65. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_2.html
- [6] Le Nézet O, Pasquereau A, Guignard R, Philippon A, Nguyen Thanh V, Spilka S. Tabagisme et vapotage parmi les 18-75 ans en 2023. Tendances 2025; 168:8. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>
- [7] Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2024. OFDT ; 2025. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-05/tt_bil25.pdf
- [8] Spilka S, Philippon A, Le Nézet O, Janssen J. Les usages de drogues en Europe à 16 ans - Résultats ESPAD 2024. Tendances 2025 ; n° 169:8. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-09/tendances_espad_resultats_europe_2024.pdf
- [9] Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. Tob Control. 2012;21(2):172-80
- [10] Guignard R BF, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes; 2014. 56p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabc/documents/le-tabagisme-en-france.-analyse-de-l-enquete-barometre-sante-2010>
- [11] Chapman S, Wakefield MA. Large-scale unassisted smoking cessation over 50 years: lessons from history for endgame planning in tobacco control. Tob Control. 2013;22 Suppl 1 (Suppl 1):i33-5
- [12] Pierce JP, Messer K, White MM, Cowling DW, Thomas DP. Prevalence of heavy smoking in California and the United States, 1965-2007. JAMA. 2011;305(11):1106-12
- [13] Hughes JR. The hardening hypothesis: is the ability to quit decreasing due to increasing nicotine dependence? A review and commentary. Drug Alcohol Depend. 2011;117(2-3):111-7
- [14] European Union. Attitudes of Europeans towards tobacco and related products. Special Eurobarometer 5392024. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995>
- [15] Ministry of Health. Trends in smoking and vaping: New Zealand Health Survey : 2024. <https://www.health.govt.nz/statistics-research/surveys/new-zealand-health-survey/publications/202324-survey-publications/trends-in-smoking-and-vaping>
- [16] Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Early Release of Selected Estimates Based on Data From the 2023 National Health Interview Survey2024. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease202405.pdf>
- [17] Office for National Statistics. Adult smoking habits in the UK: 2023. 2024. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2023>

AUTEURS

Anne Pasquereau¹, Romain Guignard¹, Raphaël Andler¹, Viêt Nguyen-Thanh¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Tabagisme : efficacité comportementale de *Mois sans tabac* 2023

POINTS CLÉS

- La notoriété de *Mois sans tabac* 2023 atteint 86,1 % parmi les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens de France hexagonale ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an.
- Parmi les fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* 2023, 28,1 % déclarent avoir essayé d'arrêter de fumer au moins 24 heures au dernier trimestre. Cela représente 2,5 millions de fumeurs.
- 2,6 % des fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* 2023 déclarent avoir essayé d'arrêter de fumer en lien avec la campagne, ce qui représente environ 220 000 tentatives d'arrêt directement attribuables à *Mois sans tabac* 2023.
- Le taux de tentatives d'arrêt attribuables à *Mois sans tabac* 2023 ne varie pas significativement en fonction des caractéristiques sociodémographiques étudiées.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

La mesure de l'efficacité comportementale de *Mois sans tabac* repose sur les données du Baromètre de Santé publique France [4] ; l'édition 2024 de l'enquête permet, de manière rétrospective, de renseigner l'impact de la campagne 2023. Les questions ont été posées uniquement aux répondants de France hexagonale.

La notoriété de *Mois sans tabac* 2023 correspond au fait d'avoir entendu parler de la campagne au cours du dernier trimestre 2023. La question a été posée à l'ensemble des fumeurs actuels et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an (n = 7061).

La réalisation d'une tentative d'arrêt d'au moins 24 heures au dernier trimestre 2023 a été recodée parmi les fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* (fumeurs quotidiens au moment de l'enquête ou ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer après le 1^{er} octobre 2023, n = 5004). Le principe de ce recodage est présenté dans une publication précédente [2]. Si le répondant déclarait avoir arrêté ou essayé d'arrêter au dernier trimestre, il lui était demandé si cet arrêt ou si cette tentative d'arrêt était en lien avec la campagne *Mois sans tabac*.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses.

Évolutions : Ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Même si ce changement de mode de collecte ne semble pas avoir d'impact sur l'estimation des indicateurs de tentatives d'arrêt analysés, une partie des évolutions observées pourrait être due aux autres changements méthodologiques (base de sondage, caractère obligatoire de l'enquête, cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Par conséquent, les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées en discussion, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

CONTEXTE

Mois sans tabac est une campagne de marketing social inspirée de la campagne britannique *Stoptober* et organisée en France chaque année depuis 2016 [1]. Elle invite les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours en novembre grâce à un dispositif médiatique de grande ampleur, la mise en avant des aides à l'arrêt du tabac efficaces (notamment les outils à distance *Tabac info service*) et un relais au niveau local par des actions de sensibilisation ou de prise en charge. Son efficacité sur les tentatives d'arrêt du tabac a été démontrée [2], et on estime que si elle était maintenue sur la période 2023-2050, elle permettrait d'économiser en moyenne 7 euros par an en dépenses de santé pour chaque euro investi [3]. En 2023, plus de 157 000 personnes se sont inscrites en ligne à l'opération.

RÉSULTATS

Parmi les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an au moment de l'enquête, 86,1 % déclarent avoir entendu parler de la campagne *Mois sans tabac* 2023. C'est davantage le cas chez les femmes que chez les hommes, et la notoriété est maximale chez les plus de 50 ans. De légères différences sont observées en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (PCS), les employés et les professions intermédiaires ayant davantage entendu parler de l'opération, à l'inverse des agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, et des cadres et professions intellectuelles supérieures (Tableau 1).

Parmi les fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* 2023, 28,1 % (intervalle de confiance à 95 % : [26,7 % - 29,6 %]) déclarent avoir essayé d'arrêter de fumer au moins 24 heures au dernier trimestre. Cela représente 2,5 millions de tentatives d'arrêt. Parmi ces fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt, 9,1 % [7,5 % - 11,0 %] déclarent qu'elle était liée à la campagne *Mois sans tabac*. Ainsi, globalement, 2,6 % des fumeurs quotidiens au lancement de *Mois sans tabac* 2023 déclarent avoir essayé d'arrêter de

TABLEAU 1 | Notoriété de *Mois sans tabac* 2023 parmi les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer il y a moins d'un an en France hexagonale

	n	Ensemble	
		%	IC 95 %
Sexe		*	
Hommes	3534	83,7	[82,1 - 85,2]
Femmes	3527	88,9	[87,6 - 90,2]
Âge		*	
18-29 ans	1451	81,0	[78,3 - 83,5]
30-39 ans	1465	80,7	[78,1 - 83,1]
40-49 ans	1529	86,1	[83,8 - 88,3]
50-59 ans	1439	92,4	[90,6 - 94,0]
60-69 ans	861	92,0	[89,4 - 94,1]
70-79 ans	316	92,8	[89,1 - 95,6]
Niveau de diplôme			
Sans diplôme ou inférieur au Bac	2437	86,1	[84,3 - 87,8]
Bac	1821	86,4	[84,3 - 88,3]
Supérieur au Bac	2803	86,0	[84,4 - 87,5]
PCS¹		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	537	81,4	[76,8 - 85,4]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1201	83,2	[80,5 - 85,6]
Professions intermédiaires	1747	87,9	[85,7 - 89,8]
Employés	1839	88,8	[86,9 - 90,5]
Ouvriers	1425	85,6	[83,2 - 87,8]
Situation financière perçue			
À l'aise	792	83,8	[80,3 - 86,9]
Ça va	2180	85,9	[84,0 - 87,8]
C'est juste	2617	87,1	[85,4 - 88,7]
C'est difficile, endetté	1472	85,7	[83,4 - 87,9]
Total	7061	86,1	[85,1 - 87,1]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 83,7 % des hommes de 18 à 79 ans fumeurs ou ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer il y a moins d'un an déclarent avoir entendu parler de la campagne *Mois sans tabac* au dernier trimestre 2023.

Champ géographique : France hexagonale.

fumer en lien avec la campagne, ce qui représente environ 220 000 tentatives d'arrêt attribuables à *Mois sans tabac* 2023. Aucune différence significative n'est observée en fonction des caractéristiques sociodémographiques étudiées¹ (Tableau 2).

TABLEAU 2 | Tentative d'arrêt liée à *Mois sans tabac* 2023 parmi les fumeurs quotidiens et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer après octobre 2023 en France hexagonale

	n	Ensemble	
		%	IC 95 %
Sexe			
Hommes	2549	2,1	[1,5 - 2,9]
Femmes	2455	3,1	[2,4 - 3,9]
Âge			
18-29 ans	888	3,6	[2,4 - 5,2]
30-39 ans	977	2,3	[1,4 - 3,5]
40-49 ans	1139	2,0	[1,3 - 3,1]
50-59 ans	1120	2,6	[1,6 - 4,0]
60-79 ans	880	2,3	[1,2 - 3,9]
Niveau de diplôme			
Sans diplôme ou inférieur au Bac	2010	2,1	[1,5 - 3,0]
Bac	1307	2,5	[1,6 - 3,7]
Supérieur au Bac	1687	3,4	[2,5 - 4,4]
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	379	2,4	[0,8 - 5,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	728	3,1	[1,8 - 4,8]
Professions intermédiaires	1189	3,7	[2,6 - 5,1]
Employés	1380	2,4	[1,6 - 3,5]
Ouvriers	1156	1,7	[0,9 - 2,9]
Situation financière perçue			
À l'aise	446	1,8	[0,8 - 3,4]
Ça va	1439	2,7	[1,8 - 3,8]
C'est juste	1937	2,5	[1,7 - 3,4]
C'est difficile, endetté	1182	2,8	[1,9 - 4,1]
Total	5004	2,6	[2,1 - 3,1]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 2,1 % des hommes fumeurs quotidiens ou ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer après octobre 2023 déclarent avoir fait une tentative d'arrêt liée à *Mois sans tabac* 2023.

Champ géographique : France hexagonale.

DISCUSSION

Le taux de tentatives d'arrêt au dernier trimestre 2023 est le plus élevé observé depuis la première édition de *Mois sans tabac*. Néanmoins, la part des tentatives d'arrêt attribuables à l'opération est parmi les plus faibles enregistrées [4, 5] (Tableau 3). Conjugué au fait que le nombre de fumeurs quotidiens estimé via le Baromètre de Santé publique France 2024 est inférieur à celui observé les années précédentes, cela entraîne une baisse importante du nombre de tentatives d'arrêt directement attribuables à l'opération. Même si une part de cette évolution pourrait être due à des variations méthodologiques (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »), l'écart observé avec les chiffres

1. Il convient de noter que l'effectif est limité dans certains groupes.

des éditions 2018 et 2019 est conséquent (respectivement 550 000 et 520 000 tentatives d'arrêt attribuables à l'opération pour ces deux années). Le ratio entre le nombre de tentatives d'arrêt attribuables à *Mois sans tabac* et le nombre d'inscrits en ligne est également en baisse (1,4 en 2023 contre plus de 2 entre 2016 et 2021). Malgré tout, le nombre de participants à *Mois sans tabac* en 2023 reste important. D'autre part, alors que la notoriété de l'opération varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques, aucune différence significative n'est observée

pour ce qui concerne les tentatives d'arrêt attribuables à *Mois sans tabac*, ce qui suggère un impact maîtrisé sur les inégalités sociales de santé liées au tabagisme. La prochaine édition 2026 du Baromètre de Santé publique France permettra de mettre à jour ces chiffres pour ce qui concerne *Mois sans tabac* 2025, dixième édition de cette campagne majeure d'incitation à l'arrêt du tabac qui bénéficiera d'un renouvellement complet des contenus de communication. ●

TABLEAU 3 | Efficacité comportementale de *Mois sans tabac* sur les tentatives d'arrêt, 2016 à 2023

«Édition de <i>Mois sans tabac</i> »	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
Parmi les fumeurs au lancement de <i>Mois sans tabac</i>	(n = 6 341)	(n = 2 170)	(n = 2 120)	(n = 1 846)	(n = 5 028)	(n = 709)	(n = 5 004)
Taux de TA 24 heures au dernier trimestre	15,9 % [14,8 - 17,0]	18,7 % [16,6 - 20,7]	22,5 % [20,2 - 24,7]	24,4 % [21,9 - 26,8]	19,9 % [18,5 - 21,2]	20,5 % [16,9 - 24,2]	28,1 % [26,7 - 29,6]
Nombre de TA 24 heures au dernier trimestre	2,0 M [1,9 M - 2,2 M]	2,3 M [2,0 M - 2,6 M]	2,6 M [2,3 M - 2,9 M]	2,9 M [2,6 M - 3,3 M]	2,4 M [2,3 M - 2,6 M]	2,4 M [2,0 M - 2,9 M]	2,5 M [2,3 M - 2,6 M]
Taux de TA attribuables à <i>Mois sans tabac</i>	2,9 % [2,4 - 3,4]	2,9 % [2,0 - 3,8]	4,8 % [3,4 - 6,1]	4,3 % [3,1 - 5,4]	2,5 % [2,0 - 3,1]	2,0 % [0,9 - 3,0]	2,6 % [2,1 - 3,1]
Nombre de TA attribuables à <i>Mois sans tabac</i>	380 000 [310 000 - 440 000]	360 000 [250 000 - 470 000]	550 000 [400 000 - 710 000]	520 000 [380 000 - 660 000]	310 000 [240 000 - 380 000]	230 000 [110 000 - 360 000]	220 000 [180 000 - 270 000]
Parmi les fumeurs ayant fait une TA							
Part des TA attribuables à <i>Mois sans tabac</i>	18,4 % [15,6 - 21,3]	15,4 % [11,0 - 19,8]	21,2 % [16,0 - 26,3]	17,6 % [13,3 - 22,0]	12,6 % [10,0 - 15,3]	9,6 % [4,5 - 14,6]	9,1 % [7,5 - 11,0]
Nombre d'inscrits en ligne	180 113	158 290	242 579	203 892	126 568	112 933	157 576
Ratio TA attribuables / inscrits	2,1	2,3	2,3	2,6	2,4	2,0	1,4

TA: tentative d'arrêt du tabac ; M: millions.

Les estimations pour les campagnes 2016 à 2021 se rapportent à la population des 18-75 ans, alors que celles pour la campagne 2023 se rapportent aux 18-79 ans.

Source : Baromètre de Santé publique France, éditions 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 et 2024.

RÉFÉRENCES

- [1] Djian A, Guignard R, Gallopel-Morvan K, Smadja O, Davies J, Blanc A, et al. From "Stoptober" To "Moi(S) Sans Tabac": how to import a social marketing campaign. *Journal of Social Marketing*. 2019;9(4):345-56
- [2] Guignard R, Andler R, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, Arwidson P, et al. Effectiveness of 'Mois sans tabac 2016': A French social marketing campaign against smoking. *Tobacco induced diseases*. 2021;19:60
- [3] Guignard R, Devaux M, Nguyen-Thanh V, Lerouge A, Dorfmuller Ciampi M, Cecchini M, et al. Évaluation sanitaire et économique de Mois sans tabac : un retour sur investissement positif. *Bull Epidemiol Hebd*. 2024;(22):492-8
- [4] Guignard R, Gautier A, Andler R, Soullier N, Nguyen-Thanh V. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans tabac (2016-2019) : résultats des Baromètres santé de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(16):284-9
- [5] Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Avenel J, Beck F, Nguyen Thanh V. Effectiveness of the French Mois sans tabac on quit attempts in the first year of Covid-19: a population-based study [poster]. 13th European Society for Prevention Research (EUSPR) Conference and Members' Meeting

AUTEURS

Romain Guignard¹, Anne Pasquereau¹, Raphaël Andler¹, Viêt Nguyen Thanh¹
1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Vapotage : usage et évolutions récentes

POINTS CLÉS

- En 2024, **7,9 % des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent vapoter, 6,1 % quotidiennement.**
- Le vapotage et le vapotage quotidien suivent une **tendance à la hausse** depuis 2016 (parmi les 18-75 ans de France hexagonale).
- La proportion de vapoteurs quotidiens **varie selon la situation socio-économique** : de 5,2 % parmi les cadres à 7,3 % parmi les ouvriers ; de 4,2 % parmi ceux se déclarant à l'aise financièrement à 8,2 % parmi les personnes percevant leur situation financière comme difficile voire n'y arrivant pas sans faire de dettes.
- Le vapotage quotidien **est plus fréquent dans 4 régions** par rapport à la moyenne des autres régions : Normandie (7,2 %), Nouvelle-Aquitaine (7,4 %), Bretagne (9,1 %) et Corse (10,0 %).
- Les vapoteurs quotidiens en 2024 ont **quasiment tous une expérience avec le tabac** : près de la moitié (47,7 %) fument également et la moitié (49,5 %) sont d'anciens fumeurs.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

L'expérimentation du vapotage est définie comme le fait d'avoir essayé la cigarette électronique ou vapoteuse, y compris juste une bouffée (cf. questionnaire). En 2024, la puff ou les autres cigarettes électroniques du même type, non-rechargeables et jetables, sont également incluses.

Est qualifié de vapoteur quotidien un individu déclarant vapoter (y compris la puff) tous les jours. Le terme « vapoteur » sans précision désigne tout individu vapoteur, que sa consommation soit quotidienne ou occasionnelle.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses.

Évolutions : La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Même si les indicateurs analysés ne semblent pas présenter d'effets liés au mode de collecte, une partie des évolutions observées pourrait être due aux autres changements méthodologiques (base de sondage, caractère obligatoire de l'enquête, cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Par conséquent, les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

CONTEXTE

Les cigarettes électroniques sont arrivées sur le marché français au début des années 2010, avec principalement des modèles rechargeables et réutilisables. L'offre de produits s'est diversifiée, jusqu'à proposer en France à partir de 2021 des puffs, cigarettes électroniques à usage unique, qui se sont ensuite vues interdites par la loi depuis février 2025. Les cigarettes électroniques soulèvent de nombreuses questions de santé, pour lesquelles il n'y a pas à ce jour de consensus scientifique.

La cigarette électronique pourrait tout d'abord être une porte d'entrée vers le tabagisme pour les jeunes non-fumeurs [1]. L'enquête ESCAPAD de l'OFDT menée en 2022 auprès des jeunes de 17 ans a montré que les niveaux d'expérimentation et d'usage récent de cigarette électronique sont pour la première fois plus élevés que ceux de la cigarette de tabac, et que l'usage quotidien de la cigarette électronique, même s'il reste nettement moins répandu que celui de la cigarette de tabac, a triplé entre 2017 et 2022 [2].

Par ailleurs, les effets de la cigarette électronique sur la santé sont insuffisamment connus. Les cigarettes électroniques émettent des composés organiques volatils, des espèces réactives de l'oxygène, des furanes et des métaux, connus pour leur toxicité sur les poumons. Des méta-analyses ont montré une augmentation significative des risques d'asthme et de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) chez les vapoteurs après ajustement sur le tabagisme [3]. Une étude française a également montré que le vapotage était associé à davantage de symptômes d'asthme et une fréquence accrue de bronchite chronique. Le fait que ces associations soient observées chez des personnes n'ayant jamais fumé de tabac est un argument en faveur d'effets délétères du vapotage sur la santé respiratoire [4].

Enfin, l'efficacité de la cigarette électronique comme aide à l'arrêt du tabac est toujours débattue, le nombre d'évaluations rigoureuses sous forme d'essai contrôlé randomisé (ECR) étant encore limité. La dernière revue Cochrane rassemblant les résultats des ECR conclut néanmoins que les cigarettes électroniques contenant de la nicotine aident probablement les fumeurs à arrêter de fumer et pourraient même être plus efficaces que les substituts nicotiniques [5]. Par ailleurs, les résultats d'observations en population générale sont assez contrastés, la cigarette électronique apparaissant parfois comme associée à la réalisation de tentatives d'arrêt du tabac, mais également à la rechute en cas d'usage prolongé [6, 7].

En tenant compte de l'état des connaissances scientifiques sur ces différentes questions, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a rendu un avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique en 2022 [1]. Le HCSP rappelle que ces dispositifs peuvent contenir des produits potentiellement toxiques et que les effets à long terme ne sont pas connus. Il recommande en particulier de faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs, d'utiliser pour le sevrage tabagique les aides dont l'efficacité a été démontrée, et en cas d'utilisation de s'assurer de la conformité avec la réglementation des produits.

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du vapotage en France en 2024 parmi les adultes en fonction de caractéristiques socio-économiques, et de présenter les disparités régionales.

RÉSULTATS

EXPÉRIMENTATION DU VAPOTAGE

En 2024, 37,5 % (intervalle de confiance à 95 % : [36,8 % - 38,1 %]) des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent avoir expérimenté la cigarette électronique ou la puff, proportion plus élevée parmi les hommes (40,3 % [39,4 % - 41,2 %]) que parmi les femmes (34,8 % [34,0 % - 35,7 %]).

L'expérimentation de la puff, ou d'une autre cigarette électronique du même type, non rechargeable et jetable, concerne 13,6 % [13,2 % - 14,1 %] des 18-79 ans, proportion similaire parmi les hommes et les femmes. L'expérimentation de la puff est la plus élevée parmi les 18-29 ans (35,5 % [34,0 % - 37,0 %]), puis diminue avec l'âge : 19,6 % [18,4 % - 21,0 %] parmi les 30-39 ans, 12,5 % [11,5 % - 13,6 %] parmi les 40-49 ans, 7,0 % [6,2 % - 7,8 %] parmi les 50-59 ans et moins de 2 % pour les plus âgés.

PRÉVALENCE DU VAPOTAGE

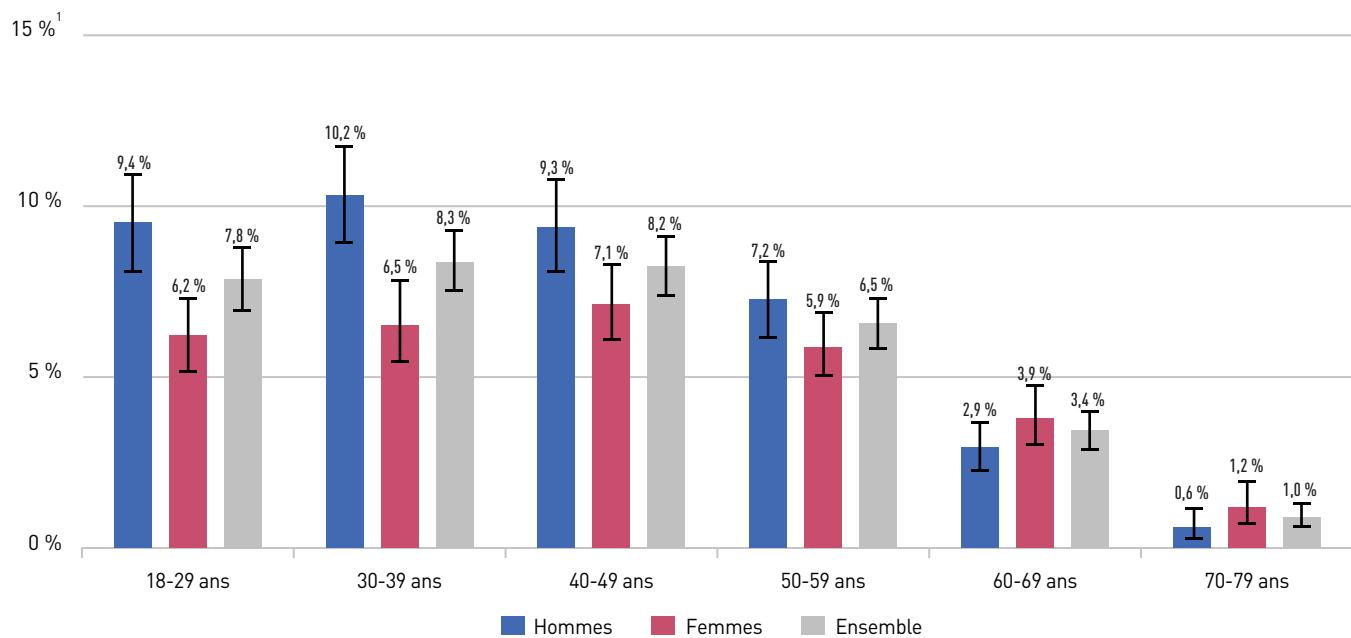
En 2024, 7,9 % [7,6 % - 8,3 %] des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent vapoter : 8,8 % [8,3 % - 9,4 %] des hommes et 7,0 % [6,6 % - 7,5 %] des femmes ($p < 0,05$). La prévalence du vapotage quotidien s'élève à 6,1 % [5,8 % - 6,4 %], soit 7,0 % [6,5 % - 7,5 %] parmi les hommes et 5,2 % [4,9 % - 5,7 %] parmi les femmes ($p < 0,05$).

La proportion de vapoteurs quotidiens est stable entre 18 et 49 ans (autour de 8 %) (Figure 1). Elle diminue ensuite avec l'âge, à partir de 50 ans parmi les hommes, à partir de 60 ans parmi les femmes. Entre 18 et 49 ans, le vapotage quotidien est plus répandu parmi les hommes que parmi les femmes, écart qui n'est plus observé à partir de 50 ans.

La proportion de vapoteurs quotidiens varie également selon les caractéristiques socio-économiques, à l'exception du diplôme, et de la même façon parmi les hommes et les femmes (Tableau 1). La proportion de

vapoteurs quotidiens est la plus basse parmi les personnes se déclarant à l'aise financièrement (4,2 %) et la plus haute parmi les personnes percevant leur situation financière comme difficile voire n'y arrivant pas sans faire de dettes (8,2 %). Le vapotage quotidien est moins répandu parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (5,2 %) que parmi les ouvriers (7,3 %) et les employés (6,6 %). Enfin, la prévalence du vapotage quotidien est moins élevée parmi les retraités (2,0 %) et les étudiants (5,2 %) que parmi les actifs occupés (7,9 %) et les personnes au chômage (7,0 %).

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement selon le sexe et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge							
18-29 ans	6 151	7,8	[6,9 - 8,7]	9,4	[8,0 - 10,9]	6,2	[5,2 - 7,3]
30-39 ans	5 792	8,3	[7,5 - 9,3]	10,2	[8,9 - 11,7]	6,5	[5,5 - 7,7]
40-49 ans	6 233	8,2	[7,4 - 9,1]	9,3	[8,1 - 10,7]	7,1	[6,1 - 8,2]
50-59 ans	6 558	6,5	[5,8 - 7,3]	7,2	[6,1 - 8,4]	5,9	[5,0 - 6,9]
60-69 ans	6 113	3,4	[2,9 - 4,0]	2,9	[2,2 - 3,7]	3,9	[3,1 - 4,8]
70-79 ans	4 084	1,0	[0,6 - 1,4]	SD	SD	SD	SD
Niveau de diplôme							
Sans diplôme ou inférieur au Bac	14 718	6,1	[5,5 - 6,6]	7,0	[6,3 - 7,8]	5,1	[4,4 - 5,8]
Bac	8 330	6,7	[6,1 - 7,4]	7,7	[6,7 - 8,8]	5,8	[5,1 - 6,7]
Supérieur au Bac	11 883	5,7	[5,3 - 6,2]	6,5	[5,8 - 7,2]	5,1	[4,6 - 5,7]
Profession et catégorie socioprofessionnelle¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 542	5,0	[4,0 - 6,2]	5,4	[4,1 - 7,0]	4,3	[2,9 - 6,0]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 857	5,2	[4,6 - 5,9]	5,9	[5,0 - 6,8]	4,3	[3,5 - 5,2]
Professions intermédiaires	9 053	6,2	[5,6 - 6,8]	7,6	[6,6 - 8,7]	5,0	[4,4 - 5,8]
Employés	8 778	6,6	[6,0 - 7,3]	8,3	[6,8 - 10,1]	6,2	[5,5 - 6,9]
Ouvriers	5 357	7,3	[6,5 - 8,2]	7,8	[6,9 - 8,8]	5,8	[4,3 - 7,6]
Situation financière perçue							
À l'aise	4 853	4,2	[3,6 - 5,0]	4,5	[3,5 - 5,6]	4,0	[3,1 - 5,0]
Ça va	12 490	5,5	[5,0 - 6,0]	6,6	[5,8 - 7,4]	4,5	[4,0 - 5,2]
C'est juste	12 002	6,4	[5,9 - 6,9]	7,5	[6,7 - 8,3]	5,4	[4,7 - 6,0]
C'est difficile, endetté	5 586	8,2	[7,3 - 9,2]	9,0	[7,6 - 10,5]	7,5	[6,3 - 8,9]
Situation professionnelle							
Travail	18 237	7,9	[7,4 - 8,4]	9,1	[8,4 - 9,9]	6,7	[6,1 - 7,4]
Études	2 528	5,2	[4,3 - 6,3]	5,3	[3,9 - 7,0]	5,2	[3,9 - 6,7]
Chômage	2 746	7,0	[5,8 - 8,4]	8,4	[6,4 - 10,7]	5,5	[4,1 - 7,2]
Retraite	8 428	2,0	[1,7 - 2,4]	1,8	[1,4 - 2,3]	2,2	[1,7 - 2,8]
Autres inactifs	3 002	6,3	[5,3 - 7,4]	7,7	[6,0 - 9,8]	5,4	[4,2 - 6,7]
Total	34 951	6,1	[5,8 - 6,4]	7,0	[6,5 - 7,5]	5,2	[4,9 - 5,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 7,8 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent vapoter quotidiennement.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

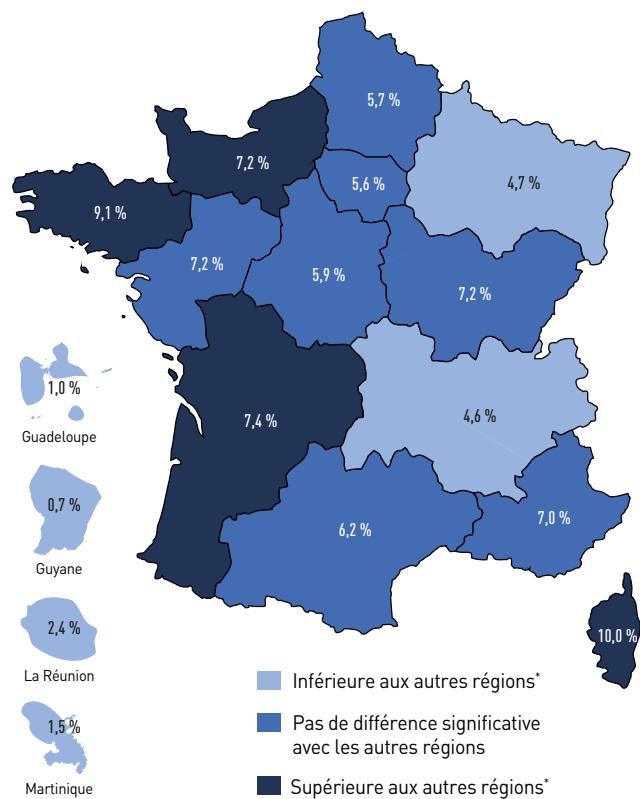
DES DISPARITÉS RÉGIONALES

En 2024, le vapotage quotidien parmi les 18-79 ans varie de 4,6 % à 10,0 % selon les régions de France hexagonale (Carte). Deux régions hexagonales ont une prévalence significativement moins élevée que la moyenne des autres régions : Auvergne-Rhône-Alpes (4,6 %) et Grand Est (4,7 %) ; alors que quatre régions se distinguent par une prévalence plus élevée que la moyenne des autres régions : Normandie (7,2 %), Nouvelle-Aquitaine (7,4 %), Bretagne (9,1 %) et Corse (10,0 %). Dans les quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) inclus dans l'enquête, la proportion de vapoteurs quotidiens est inférieure à la moyenne des autres régions.

STATUT TABAGIQUE DES VAPOTEURS

Les vapoteurs quotidiens en 2024 ont quasiment tous une expérience avec le tabac. Près de la moitié (47,7 %) des vapoteurs quotidiens fument également, dont 31,6 % quotidiennement et 16,1 % occasionnellement, et la moitié (49,5 %) sont d'anciens fumeurs. Seuls 2,8 % n'ont jamais fumé.

CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement selon la région



Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

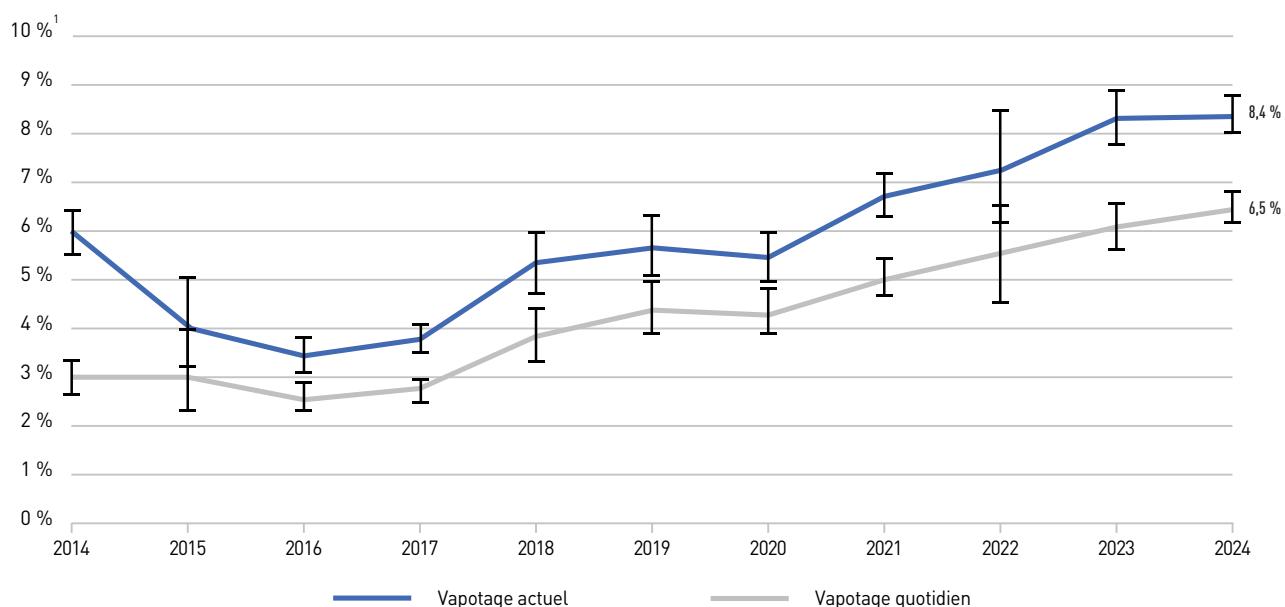
Note de lecture : 4,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent vapoter quotidiennement. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

ÉVOLUTIONS DU VAPOTAGE EN FRANCE HEXAGONALE

En 2024, en France hexagonale, 8,4 % des 18-75 ans déclarent vapoter (tranche d'âge et zone géographique comparables aux précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France), et 6,5 % déclarent vapoter quotidiennement. Ces proportions ne sont pas significativement différentes de celles observées en 2023, mais elles sont en augmentation depuis 2016 (Figure 2).

La méthode de l'enquête a changé en 2024 (cf. encadré « Méthode »). Les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

FIGURE 2 | Évolutions des proportions de vapoteurs et de vapoteurs quotidiens parmi les 18-75 ans en France hexagonale



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Sources : Baromètre de Santé publique France, éditions 2014-2024, excepté pour 2015 : Baromètre Cancer INCa-SpF, et pour 2023 : Enquête EROPP de l'OFDT. Champ commun entre les différentes enquêtes : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

DISCUSSION

En 2024 en France, 7,9 % des 18-79 ans déclarent vapoter et 6,1 % déclarent vapoter quotidiennement. Ces proportions suivent une tendance à la hausse depuis 2016 parmi les 18-75 ans.

Le vapotage quotidien est plus répandu parmi les populations les moins favorisées, avec davantage de vapoteurs parmi les ouvriers que parmi les cadres, parmi les personnes percevant leur situation financière comme difficile par rapport à celles se déclarant à l'aise financièrement. Ces résultats font écho aux résultats concernant le tabagisme en France, plus répandu parmi les populations défavorisées (cf. synthèse « Tabagisme »). L'étude du statut tabagique des vapoteurs quotidiens montre que

quasiment tous les vapoteurs ont une expérience avec le tabac, qu'ils soient fumeurs ou ex-fumeurs, résultat déjà observé en 2021 [8]. Ce constat explique que des caractéristiques communes soient retrouvées.

En quelques années, la puff, cigarette électronique jetable, a connu un fort essor, en raison d'une grande disponibilité, d'un faible prix et d'un marketing appuyé ciblant les jeunes. Parmi les adultes, plus d'un tiers des 18-29 ans l'ont déjà expérimentée. Suite à l'interdiction de mise en vente effective depuis février 2025, il sera intéressant de suivre cet indicateur afin de voir si elle est respectée ou si d'autres voies d'approvisionnement se sont mises en place. La prochaine édition du Baromètre de Santé publique France en 2026 permettra de mettre à jour ces résultats.

L'augmentation du vapotage ces dernières années intervient dans un contexte de développement du marché des produits à base de nicotine, en France comme dans d'autres pays. Des nouveaux produits sont commercialisés en permanence : nouveaux modèles de cigarettes électroniques, dispositifs de tabac chauffé, sachets de nicotine ou *pouches*, billes de nicotine... Le contexte de diminution de la prévalence du tabagisme mais d'augmentation de celle du vapotage, en particulier parmi les adolescents, incite à être vigilant quant au risque d'une « renormalisation » du geste, le vapotage mimant le geste du tabagisme, et d'une « renormalisation » du tabagisme, l'usage de nicotine pouvant ramener ses usagers vers le tabac via le développement d'une addiction à la nicotine. Une attention doit aussi être portée à la persistance voire à l'augmentation non souhaitée de l'addiction à la nicotine au niveau populationnel. Les produits nicotiniques oraux (tels que les sachets, billes et gommes de nicotine), à l'exception des médicaments et dispositifs médicaux, seront interdits en France à compter de mars 2026.

Malgré ces points de vigilance, en l'état actuel des connaissances, les autorités de santé invitent à ne pas décourager les fumeurs qui se seraient engagés dans une tentative d'arrêt du tabac avec l'aide de la vape. Celle-ci peut être utilisée dans une démarche stricte d'arrêt du tabac, pour des publics vulnérables à forte dépendance à la nicotine, en cas d'échec ou de mauvaise adhérence aux traitements validés et lorsqu'une préférence est exprimée pour les dispositifs de vapotage [1].

Les premiers résultats du Baromètre de Santé publique France présentés ici feront l'objet d'analyses plus approfondies dans le cadre de publications ultérieures, afin de compléter les observations sur les usages de produits du vapotage et leurs liens avec le tabagisme. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2022; 148 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>
- [2] OFDT n° 155 - mars 2023 - Les drogues à 17 ans. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. Tendances 2023; 8 p. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3257-doc_num--explnum_id-33683-.pdf
- [3] Wills TA, Soneji SS, Choi K, Jaspers I, Tam EK. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *Eur Respir J.* 2021;57(1)
- [4] Delmas MC, Pasquereau A, Renuy A, Bénézet L, Ribet C, Zins M, et al. Electronic cigarette use and respiratory symptoms in the French population-based Constances cohort. *Respir Med.* 2024;221:107496
- [5] Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Wu AD, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2025;1(1):Cd010216. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub9/full>
- [6] Guignard R, Gaudebout A, Andler R, Pasquereau A, Beck F, Nguyen-Thanh V. L'arrêt du tabac en France hexagonale : évolutions récentes et facteurs associés d'après les données du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bull Epidemiol Hebd* 2025; (10):172-80. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/10/2025_10_2.html
- [7] Gomajee R, El-Khoury F, Goldberg M, Zins M, Lemogne C, Wiernik E, et al. Association Between Electronic Cigarette Use and Smoking Reduction in France. *JAMA Intern Med.* 2019;179(9):1193-200
- [8] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Prevalence of vaping in France in 2021 among 18-75 year olds: results from the Santé publique France Health Barometer. International scientific conference on e-cigarette 2022; 19 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/607491/4206356?version=1>

AUTEURS

Anne Pasquereau¹, Romain Guignard¹, Raphaël Andler¹, Viêt Nguyen-Thanh¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Consommation d'alcool : dépassement des repères à moindre risque

POINTS CLÉS

- En 2024, **22,2 % des adultes** déclarent **une consommation au-dessus des repères** de consommation à moindre risque au cours des sept derniers jours (30,3 % des hommes et 14,6 % des femmes), proportion stable par rapport à 2021.
- Les plus concernés sont les personnes **les plus favorisées en termes de diplôme et de situation financière perçue**.
- 26,7 % des consommateurs** dépassant les repères déclarent **avoir envie de réduire leur consommation**.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 inclut un module de questions portant sur la consommation d'alcool au cours des sept derniers jours. À partir de sa consommation déclarée, une personne est considérée comme ayant dépassé les repères de consommation au cours de la semaine précédente si elle a consommé plus de deux verres le même jour au moins une fois dans la semaine ou si elle a consommé plus de cinq jours ou si elle a consommé plus de 10 verres au total sur sept jours (conditions non exclusives). Les personnes ne dépassant le seuil sur aucune des trois dimensions ainsi que celles n'ayant pas consommé d'alcool au cours des sept derniers jours (ce qui inclut les abstinents) sont considérées comme n'ayant pas dépassé les repères.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses en dehors de la question sur l'envie de réduire, pour laquelle les réponses « Ne sait pas » ont été regroupées avec les réponses « Non ».

Évolutions : Ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La Méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Ce changement semble avoir cependant peu d'impact sur les indicateurs analysés (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Aussi, les évolutions sont présentées mais sont à interpréter avec prudence.

CONTEXTE

La consommation d'alcool constitue un enjeu majeur de santé publique. Responsable d'environ 40000 morts par an en France [1], elle augmente les risques de survenue de nombreuses pathologies, dont plusieurs types de cancers, y compris à faibles doses. La consommation d'alcool a suivi une tendance globalement à la baisse au cours des dix dernières années, mais reste encore très courante [2]. En France, les recommandations actuelles suggèrent de ne pas consommer plus de 10 verres d'alcool standard par semaine, pas plus de 2 verres un même jour et d'observer des jours d'abstinence chaque semaine [3]. Or une proportion significative de la population française dépasse ces repères de consommation à moindre risque [4].

Cette synthèse vise à décrire la part d'adultes qui dépassent les repères de consommation à moindre risque en 2024, mettant ainsi à jour les dernières estimations datant de 2021, ainsi qu'à explorer les profils associés et présenter les disparités régionales.

RÉSULTATS

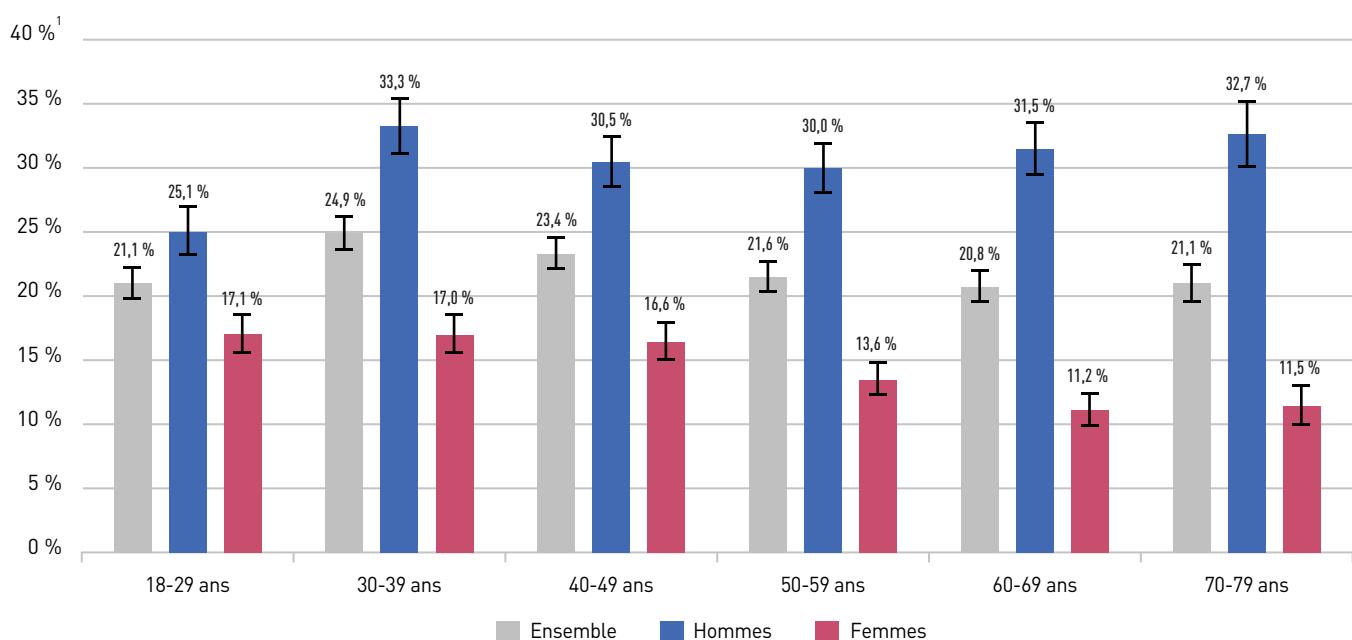
LA CONSOMMATION D'ALCOOL RESTE TRÈS FRÉQUENTE EN FRANCE

En 2024, 90,4 % (intervalle de confiance à 95 % : [89,9 % - 90,9 %]) des 18-79 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool dans leur vie, 54,7 % [54,1 % - 55,4 %] l'ayant fait au cours des sept derniers jours. Les hommes sont 62,3 % [61,4 % - 63,3 %] à déclarer avoir consommé au cours des sept derniers jours contre 47,7 % [46,8 % - 48,5 %] des femmes.

PLUS D'UN ADULTE SUR CINQ A DÉPASSÉ LES REPÈRES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À MOINDRE RISQUE

Parmi l'ensemble des 18-79 ans, 22,2 % [21,6 % - 22,7 %] déclarent une consommation dépassant les repères à moindre risque au cours des sept derniers jours, davantage les hommes [30,3 % [29,4 % - 31,1 %]] que les femmes [14,6 % [14,0 % - 15,2 %]].

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une consommation d'alcool dépassant les repères selon le sexe et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Dans l'ensemble de la population adulte, cette proportion est maximale parmi les 30-49 ans mais varie relativement peu, restant entre 21 % et 25 % selon la classe d'âge (Figure 1). Parmi les hommes, la part d'adultes dépassant les repères est significativement plus basse parmi les 18-29 ans que parmi les autres classes d'âge. En revanche, parmi les femmes, la part d'adultes dépassant les repères est plus élevée parmi les 18-49 ans et nettement plus basse au-delà de 50 ans.

LA CONSOMMATION AU-DESSUS DES REPÈRES EST PLUS FRÉQUENTE PARMI LES PERSONNES LES PLUS FAVORISÉES

Les personnes les plus favorisées (détentrices d'un diplôme supérieur au Baccalauréat ou déclarant être à l'aise financièrement) sont, en proportion, plus nombreuses à avoir

dépassé les repères de consommation à moindre risque au cours des sept derniers jours (Tableau 1). Ainsi, la part d'adultes dépassant les repères est de 26,0 % parmi ceux ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat contre 19,3 % parmi ceux ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat ou non diplômés. La part d'adultes dépassant les repères est de 29,5 % parmi les personnes déclarant être à l'aise financièrement contre 19,7 % parmi celles déclarant y arriver difficilement financièrement ou ne pas y arriver sans faire de dette. Ce gradient s'observe aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes.

Par ailleurs, la part d'adultes dépassant les repères est maximale parmi les agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les cadres et professions intellectuelles supérieures et minimale parmi les employés. Enfin, la consommation au-dessus des repères est plus fréquente parmi les actifs occupés.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une consommation d'alcool dépassant les repères

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 796	19,3	[18,4 - 20,2]	28,0	[26,7 - 29,4]	10,2	[9,3 - 11,2]
Bac	8 304	21,2	[20,2 - 22,3]	29,0	[27,3 - 30,7]	14,1	[12,9 - 15,3]
Supérieur au Bac	14 686	26,0	[25,2 - 26,9]	34,0	[32,6 - 35,4]	19,4	[18,4 - 20,4]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 527	30,6	[28,4 - 32,8]	36,9	[34,1 - 39,8]	18,4	[15,5 - 21,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 834	29,7	[28,5 - 31,0]	34,9	[33,1 - 36,6]	22,6	[20,9 - 24,5]
Professions intermédiaires	9 032	23,0	[21,9 - 24,0]	31,8	[30,1 - 33,6]	15,7	[14,5 - 16,0]
Employés	8 746	15,1	[14,2 - 16,0]	25,3	[22,9 - 27,8]	12,4	[11,4 - 13,3]
Ouvriers	5 309	23,9	[22,6 - 25,3]	28,2	[26,6 - 29,9]	9,9	[8,0 - 11,9]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 844	29,5	[28,0 - 31,0]	39,3	[37,0 - 41,7]	19,5	[17,7 - 21,4]
Ça va	12 437	22,7	[21,8 - 23,5]	30,5	[29,1 - 31,9]	15,3	[14,4 - 16,4]
C'est juste	11 952	20,1	[19,2 - 21,0]	28,3	[26,9 - 29,8]	12,6	[11,6 - 13,6]
C'est difficile, endetté	5 553	19,7	[18,3 - 21,1]	26,5	[24,2 - 28,8]	13,6	[12,1 - 15,2]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 179	24,6	[23,9 - 25,4]	32,0	[30,9 - 33,2]	17,2	[16,3 - 18,1]
Études	2 519	18,3	[16,6 - 20,1]	20,5	[17,9 - 23,4]	16,5	[14,3 - 18,9]
Chômage	2 729	19,4	[17,5 - 21,5]	24,8	[21,7 - 28,1]	13,9	[11,7 - 16,4]
Retraite	8 380	21,4	[20,4 - 22,5]	32,9	[31,1 - 34,6]	11,2	[10,1 - 12,3]
Autres inactifs	2 979	13,6	[12,2 - 15,1]	21,6	[18,8 - 24,6]	8,6	[7,2 - 10,2]
Total	34 786	22,2	[21,6 - 22,7]	30,3	[29,4 - 31,1]	14,6	[14,0 - 15,2]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

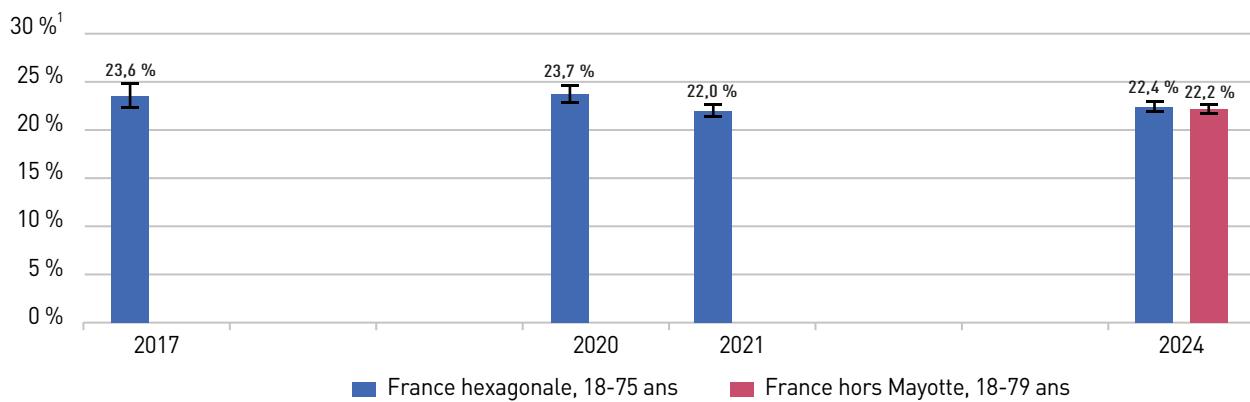
Note de lecture : 19,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent une consommation d'alcool dépassant les repères.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

ÉVOLUTIONS DEPUIS 2017

En 2024, la proportion d'adultes dépassant les repères au cours des sept derniers jours est stable par rapport à la proportion de 2021 [4] (Figure 2). Cette stabilité s'observe également si on restreint l'échantillon de 2024 aux adultes de France hexagonale âgés de 18 à 75 ans (champ commun avec les éditions antérieures de l'enquête).

FIGURE 2 | Proportion d'adultes déclarant une consommation d'alcool dépassant les repères en 2017, 2020, 2021 et 2024



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ commun entre les éditions du Baromètre de Santé publique France 2017, 2020, 2021 et 2024 : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

PEU D'ADULTES ONT ENVIE DE RÉDUIRE LEUR CONSOMMATION

Parmi les adultes ayant consommé de l'alcool lors des sept derniers jours, 17,2 % [16,5 % - 17,8 %] déclarent avoir envie de réduire leur consommation, les hommes (19,0 %) davantage que les femmes (14,9 %) et les personnes dépassant les repères (26,7 %) davantage que celles ne les dépassant pas (10,7 %).

DES DISPARITÉS RÉGIONALES

Dans l'ensemble des départements et régions d'outre-mer (DROM) ainsi qu'en Île-de-France, la proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une consommation d'alcool dépassant les repères au cours des sept derniers jours est inférieure à la moyenne des autres régions (Tableau 2). À l'inverse, elle est supérieure à la moyenne en Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une consommation d'alcool dépassant les repères selon la région

	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 032	22,7	[21,1 - 24,3]
Bourgogne-Franche-Comté	1 549	21,2	[19,1 - 23,5]
Bretagne	1 851	28,2*	[26,0 - 30,4]
Centre-Val de Loire	1 474	20,3	[18,1 - 22,5]
Corse	1 457	18,9*	[16,5 - 21,4]
Grand Est	2 391	21,6	[19,8 - 23,5]
Guadeloupe	1 473	11,1*	[9,0 - 13,6]
Guyane	1 288	14,0*	[11,4 - 16,9]
Hauts-de-France	2 528	22,3	[20,5 - 24,1]
Île-de-France	3 871	19,0*	[17,7 - 20,4]
La Réunion	1 563	13,4*	[11,4 - 15,6]
Martinique	1 351	14,0*	[11,7 - 16,5]
Normandie	1 667	22,1	[20,0 - 24,3]
Nouvelle-Aquitaine	2 565	25,4*	[23,6 - 27,4]
Occitanie	2 565	23,5	[21,7 - 25,3]
Pays de la Loire	2 017	27,6*	[25,5 - 29,7]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 144	20,7	[18,9 - 22,6]
Total	34 786	22,2	[21,6 - 22,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 28,2 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bretagne déclarent une consommation d'alcool dépassant les repères. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 confirment que la consommation d'alcool reste largement répandue en France, avec plus de la moitié des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant avoir consommé de l'alcool au cours des sept derniers jours.

En 2024, 22,2 % des adultes déclarent une consommation d'alcool au-dessus des repères à moindre risque au cours des sept derniers jours, indicateur permettant d'approcher le dépassement des repères à moindre risque au cours de l'année [5]. Après une baisse observée entre 2020 et 2021, cette proportion s'avère stable entre 2021 et 2024. Seul un quart des adultes dépassant les repères déclarent avoir envie de réduire leur consommation d'alcool. Comme observé dans les études précédentes, les hommes sont plus nombreux que les femmes à dépasser ces repères, ce qui reflète des tendances de genre bien établies en matière de comportements de consommation d'alcool [2]. Cette estimation de la part d'adultes ayant une consommation au-dessus des repères peut être considérée comme une borne basse dans la mesure où les répondants tendent à sous-déclarer leurs consommations d'alcool dans les enquêtes déclaratives en raison d'un biais de mémoire et/ou de désirabilité sociale. Par ailleurs, les plus gros consommateurs sont probablement moins enclins à participer à des enquêtes sur la santé [6].

La distribution selon l'âge montre une surreprésentation des consommateurs à risque parmi les 30-49 ans, bien que les écarts entre les tranches d'âge soient modérés. Parmi les hommes, la prévalence est plus basse parmi les 18-29 ans, groupe au sein duquel une tendance à la baisse de la consommation s'observe depuis 2017. Parmi les femmes, elle est nettement plus basse après 50 ans. Cette dynamique suggère des trajectoires différentes selon le sexe dans la relation à l'alcool au cours du cycle de vie, pouvant être influencées par des facteurs socio-culturels, générationnels et professionnels.

Les données 2024 soulignent que toutes les catégories sociales sont concernées par le dépassement des repères et qu'il existe quelques différences géographiques. Les disparités socio-économiques sont marquées: la part

d'adultes dépassant les repères est plus élevée parmi ceux ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat (7 points d'écart avec les moins diplômés), se déclarant financièrement à l'aise (8 points d'écart avec les personnes dont la situation financière est juste), ou les cadres (15 points d'écart avec les employés mais similaire à celle des agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise). Ce constat est cohérent avec des travaux antérieurs mais ne doit pas occulter le fait que les catégories moins favorisées sont plus concernées par certains modes de consommation à risque (alcool quotidien, alcoolisation ponctuelle importante par exemple) qui sont moins visibles à partir de l'indicateur utilisé ici [7].

Malgré une proportion plus importante de personnes favorisées qui dépassent les repères, il est important de rappeler que les politiques de prévention ne doivent pas négliger les populations moins favorisées, notamment parce qu'à niveau de consommation identique, ce sont les catégories sociales les moins favorisées qui subissent le plus fortement les conséquences négatives de la consommation d'alcool: ce phénomène appelé *alcohol harm paradox* est observé dans de nombreux pays et dès l'adolescence en France [8]. Ce paradoxe n'est pas encore complètement expliqué, mais les études existantes avancent un ensemble de mécanismes individuels et environnementaux, parmi lesquels une combinaison de comportements défavorables à la santé (tabac, nutrition, activité physique) qui interagissent et peuvent avoir des effets multiplicateurs négatifs sur la santé, des modalités différentes de consommation d'alcool entre les catégories sociales, ou encore le contexte social et professionnel, et dont les enquêtes rendraient imparfaitement compte [9, 10].

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 justifient de renforcer les efforts de prévention afin de réduire la proportion de buveurs dépassant les repères et de diminuer l'impact sanitaire de la consommation d'alcool en France. Il s'agit en particulier d'améliorer les connaissances des risques et des repères, et de créer un contexte plus favorable à la diminution de la consommation d'alcool. La surveillance régulière des indicateurs présentés dans cette synthèse doit également se poursuivre. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;56:97-108.
- [2] Andler R, Quatremère G, Richard J-B, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;22-31.
- [3] Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 149 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
- [4] Andler R, Quatremère G, Gautier A, Nguyen-Thanh V, Beck F. Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;11:178-86.
- [5] Andler R, Richard J-B, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2019;10-11:180-7.
- [6] Gray L, McCartney G, White IR, Rutherford L, Katikireddi SV, Leyland AH. A novel use of record linkage: resolving non-representativeness in health surveys and improving alcohol consumption estimates to inform strategy evaluation. *The Lancet.* 2012;380:S42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60398-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60398-0)
- [7] Quatremère G, Andler R, Guignard R, Nguyen Thanh V. Alcool et inégalités sociales. 2025 (à paraître).
- [8] Legleye S, Khlat M, Aubin HJ, Bricard D. Adolescent Hazardous Drinking and Socioeconomic Status in France: Insights Into the Alcohol Harm Paradox. *J Adolesc Health.* 2024;74(3):458-65.
- [9] Bloomfield K. Understanding the alcohol-harm paradox: what next? *The Lancet Public Health.* 2020;5(6):e300-e1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266720301195>
- [10] Boyd J, Sexton O, Angus C, Meier P, Purhouse RC, Holmes J. Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox—a systematic review. *Addiction.* 2022;117(1):33-56. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.15567>

AUTEURS

Raphaël Andler¹, Guillemette Quatremère¹, Viêt Nguyen-Thanh¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Sédentarité : prévalence et connaissance des recommandations

POINTS CLÉS

- En 2024, **28 % des adultes** âgés de 18-79 ans déclarent **passer plus de 7 heures par jour en position assise**. Cette proportion excède 40 % chez les 18-29 ans, les personnes les plus diplômées, ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures.
- Les étudiants et les personnes travaillant régulièrement en télétravail sont les plus exposés** à une sédentarité élevée (temps assis supérieur à 7 heures par jour).
- La quasi-totalité des adultes (**98,1 %**) connaissent la recommandation d'**interrompre au moins toutes les deux heures une position assise prolongée**.
- Neuf adultes sur 10** (88,8 %) l'intègrent dans leurs comportements en déclarant « se lever au moins toutes les deux heures » lorsqu'ils restent longtemps assis.
- Neuf adultes sur 10** (88,7 %) pensent qu'il est recommandé de le faire plus souvent que toutes les deux heures.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut deux modules de questions indépendantes portant sur la sédentarité : les comportements en matière de sédentarité (temps quotidien passé assis et fréquence de rupture de sédentarité en cas de position assise prolongée) et la connaissance de la recommandation sur la rupture de sédentarité.

Un niveau de sédentarité est considéré comme « élevé » quand la personne déclare passer en moyenne plus de 7 heures par jour en position assise une journée ordinaire. Une personne est considérée comme respectant la recommandation sur la rupture de sédentarité lorsqu'elle déclare se lever pour marcher un peu au moins toutes les 2 heures en cas de position assise prolongée. Enfin, ont été considérées comme connaissant la recommandation sur la rupture de sédentarité les personnes répondant qu'il était recommandé de se lever pour marcher un peu « au moins toutes les deux heures », lors d'un temps prolongé passé assis.

Les questions n'ont pas été posées aux personnes ayant déclaré être en fauteuil roulant ou alitées au moment de l'enquête (< 1 %). Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » (1 %) ont été exclues des analyses pour le calcul des prévalences. En revanche, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ont été incluses dans les analyses relatives à la connaissance de la recommandation sur la rupture de sédentarité.

Évolutions : Ces questions ont été posées lors de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France. L'analyse des évolutions fera l'objet de travaux ultérieurs.

CONTEXTE

La sédentarité correspond aux situations d'éveil passées en position assise ou allongée caractérisées par une dépense énergétique faible [1]. Distincte de l'insuffisance d'activité physique, une durée de sédentarité élevée est un facteur de risque spécifique de la mortalité toutes causes [2-4], des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète de type 2, du cancer de l'endomètre, du côlon et du poumon [5,6]. Elle est également associée à la dépression, à l'anxiété, au mal-être [7-9] et aux troubles musculosquelettiques [10].

En revanche, les ruptures du temps prolongé passé assis, en se levant, en faisant une activité physique quelle que soit son intensité, ont des effets bénéfiques sur la santé [11,12].

En 2016, en France, des recommandations sur la sédentarité et son interruption ont été actualisées via une expertise collective pilotée par l'Anses [13]. La connaissance et le suivi par la population de ces recommandations, diffusées au grand public via des campagnes media, brochures, et sur le site mangerbouger.fr sont des indicateurs de résultats indispensables au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS) dont un des objectifs est de lutter contre la sédentarité [14].

L'objectif de cette synthèse est d'évaluer, chez les adultes en France en 2024, le niveau de sédentarité et sa fréquence d'interruption, ainsi que la connaissance de la recommandation sur cette dernière. Les disparités socio-économiques et géographiques sont également présentées.

RÉSULTATS

PLUS D'UN ADULTE SUR QUATRE DÉCLARE PASSER PLUS DE 7 HEURES PAR JOUR EN POSITION ASSISE

En 2024, les adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent passer en moyenne 5 h 38 minutes par jour en position assise. Cette durée moyenne ne diffère pas selon le sexe.

La proportion d'adultes passant en moyenne plus de 7 heures par jour assis est de 27,9 % (intervalle de confiance à 95 % : [27,3 % - 28,5 %], sans différence entre hommes et femmes). Cette proportion est plus élevée chez les 18-29 ans (40,9 % [39,4 % - 42,4 %]) et diminue

avec l'âge (Tableau 1, page suivante). Des différences s'observent également selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la catégorie socioprofessionnelle (PCS), le mode de travail et la situation financière perçue. Notamment, les personnes les plus à même de présenter une sédentarité élevée (temps assis supérieur à 7 heures par jour) sont les personnes les plus diplômées, les étudiants, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les personnes travaillant régulièrement en télétravail et celles se déclarant à l'aise financièrement.

LA SÉDENTARITÉ EST PLUS ÉLEVÉE EN ÎLE-DE-FRANCE ET MOINS ÉLEVÉE DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER

Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 montrent une relative homogénéité géographique, même si elles permettent de mettre en évidence quelques disparités régionales (Tableau 2).

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant passer en moyenne plus de 7 heures par jour en position assise selon la région

	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3012	28,3	[26,6 - 30,1]
Bourgogne-Franche-Comté	1538	25,8	[23,4 - 28,2]
Bretagne	1832	26,2	[24,1 - 28,4]
Centre-Val de Loire	1464	26,2	[23,8 - 28,7]
Corse	1446	21,1*	[18,3 - 24,2]
Grand Est	2367	26,9	[25,0 - 28,9]
Guadeloupe	1454	21,2*	[18,4 - 24,2]
Guyane	1276	21,8*	[18,4 - 25,4]
Hauts-de-France	2510	25,2*	[23,4 - 27,0]
Île-de-France	3843	36,9*	[35,2 - 38,6]
La Réunion	1540	17,0*	[14,7 - 19,4]
Martinique	1334	20,5*	[17,8 - 23,4]
Normandie	1654	23,5*	[21,3 - 25,7]
Nouvelle-Aquitaine	2552	25,4	[23,5 - 27,2]
Occitanie	2558	25,5*	[23,7 - 27,3]
Pays de la Loire	2014	26,7	[24,7 - 28,8]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2126	26,2	[24,2 - 28,3]
Total	34 520	27,9	[27,3 - 28,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 21,1 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Corse déclarent passer plus de 7 heures par jour en position assise. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant passer en moyenne plus de 7 heures par jour en position assise

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 106	40,9	[39,4 - 42,4]	38,8	[36,6 - 41,0]	43,0	[40,8 - 45,1]
30-39 ans	5 737	32,5	[31,0 - 34,0]	31,7	[29,5 - 33,9]	33,2	[31,2 - 35,2]
40-49 ans	6 165	31,5	[30,1 - 32,8]	29,8	[27,9 - 31,9]	33,0	[31,1 - 34,9]
50-59 ans	6 470	29,0	[27,7 - 30,3]	28,7	[26,8 - 30,7]	29,2	[27,4 - 31,1]
60-69 ans	6 031	16,0	[14,8 - 17,1]	16,6	[15,0 - 18,4]	15,4	[13,9 - 16,9]
70-79 ans	4 011	12,8	[11,5 - 14,1]	14,5	[12,7 - 16,6]	11,3	[9,7 - 13,1]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 645	15,0	[14,2 - 15,8]	16,1	[15,0 - 17,3]	13,8	[12,7 - 14,9]
Bac	8 264	28,2	[27,0 - 29,3]	26,0	[24,4 - 27,8]	30,1	[28,5 - 31,8]
Supérieur au Bac	14 611	42,7	[41,8 - 43,7]	43,6	[42,1 - 45,0]	42,1	[40,8 - 43,3]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 144	34,0	[33,2 - 34,8]	31,8	[30,6 - 33,0]	36,2	[35,1 - 37,4]
Études	2 511	53,5	[51,0 - 55,9]	53,2	[49,6 - 56,9]	53,7	[50,3 - 56,9]
Chômage	2 695	24,7	[22,5 - 26,9]	25,5	[22,4 - 28,8]	23,8	[20,9 - 26,9]
Retraite	8 290	12,0	[11,1 - 12,8]	13,2	[12,0 - 14,6]	10,8	[9,7 - 12,0]
Autres inactifs	2 880	18,9	[17,2 - 20,8]	24,8	[21,6 - 28,2]	15,4	[13,3 - 17,6]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 524	14,7	[13,1 - 16,5]	14,7	[12,7 - 17,0]	14,8	[12,0 - 17,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 818	48,5	[47,1 - 49,9]	48,3	[46,5 - 50,2]	48,7	[46,6 - 50,8]
Professions intermédiaires	8 980	28,4	[27,3 - 29,6]	25,4	[23,7 - 27,1]	31,0	[29,5 - 32,5]
Employés	8 658	22,6	[21,5 - 23,7]	25,9	[23,4 - 28,5]	21,7	[20,6 - 22,9]
Ouvriers	5 243	15,8	[14,6 - 17,0]	15,9	[14,6 - 17,3]	15,4	[13,0 - 18,0]
Télétravail²		*		*		*	
Oui	4 734	65,2	[63,6 - 66,7]	63,5	[61,1 - 65,8]	66,7	[64,5 - 68,8]
Non	13 347	23,3	[22,4 - 24,1]	21,7	[20,5 - 22,9]	24,9	[23,7 - 26,1]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 827	39,2	[37,9 - 40,9]	40,5	[38,2 - 42,9]	38,0	[35,7 - 40,3]
Ça va	12 389	29,2	[28,3 - 30,1]	27,8	[26,4 - 29,1]	30,5	[29,2 - 31,9]
C'est juste	11 863	24,3	[23,4 - 25,3]	24,5	[23,1 - 25,9]	24,2	[23,0 - 25,5]
C'est difficile, endetté	5 441	23,7	[22,2 - 25,2]	23,2	[21,0 - 25,5]	24,1	[22,2 - 26,2]
Total	34 520	27,9	[27,3 - 28,5]	27,6	[26,8 - 28,5]	28,1	[27,4 - 28,9]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

2. Parmi les personnes en emploi.

Note de lecture : 40,9 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent passer plus de 7 heures par jour en position assise.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Ainsi, la proportion d'adultes de 18-79 ans présentant une sédentarité élevée (temps moyen passé assis supérieur à 7 heures par jour) est inférieure à la moyenne des autres régions, en Corse, dans les Hauts-de-France et

en Normandie, ainsi que dans l'ensemble des départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte, non inclus dans le champ de l'enquête). À l'inverse, cette proportion est supérieure à la moyenne des autres régions en Île-de-France.

NEUF ADULTES SUR 10 DÉCLARENT SE LEVER AU MOINS TOUTES LES DEUX HEURES EN CAS DE POSITION ASSISE PROLONGÉE

En 2024, 9 adultes sur 10 âgés de 18 à 79 ans [88,8 % [88,4 % - 89,2 %]; sans différence entre hommes et femmes] déclarent se lever au moins toutes les deux heures en cas de position assise prolongée.

Cette proportion est légèrement plus faible parmi les jeunes, les personnes les moins diplômées, les personnes au chômage, les ouvriers et les individus percevant leur situation financière comme difficile (Tableau 3).

LA QUASI-TOTALITÉ DES ADULTES CONNAISSENT LA RECOMMANDATION DE « SE LEVER AU MOINS TOUTES LES DEUX HEURES POUR MARCHER UN PEU » ET NEUF SUR DIX PENSENT QU'IL EST RECOMMANDÉ DE LE FAIRE PLUS SOUVENT

En 2024, 98,1% [97,8 % - 98,3 %] des adultes de 18-79 ans déclarent qu'il «est recommandé, lorsqu'on reste assis longtemps, de se lever pour marcher un peu» toutes les deux heures ou plus souvent. Ils sont alors considérés comme connaissant la recommandation sur la fréquence de rupture de sédentarité. Plus précisément, 16,6 % des adultes déclarent qu'il est recommandé d'interrompre

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant se lever au moins toutes les 2 heures en cas de position assise prolongée

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*				*	
18-29 ans	6 066	87,1	[86,0 - 88,2]	89,0	[87,5 - 90,3]	85,3	[83,7 - 86,8]
30-39 ans	5 697	87,8	[86,7 - 88,8]	87,9	[86,3 - 89,4]	87,7	[86,1 - 89,1]
40-49 ans	6 110	88,2	[87,1 - 89,2]	88,1	[86,4 - 89,6]	88,3	[86,9 - 89,6]
50-59 ans	6 405	89,0	[87,9 - 90,0]	89,5	[87,9 - 90,9]	88,5	[86,9 - 89,9]
60-69 ans	5 961	91,0	[90,0 - 91,2]	90,3	[88,7 - 91,8]	91,5	[90,2 - 92,7]
70-79 ans	3 960	90,2	[89,1 - 91,3]	90,5	[88,9 - 92,0]	90,0	[88,3 - 91,5]
Niveau de diplôme		*	*	*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 473	87,5	[86,7 - 88,3]	87,1	[85,9 - 88,2]	88,0	[86,8 - 89,0]
Bac	8 190	88,5	[87,6 - 89,3]	88,9	[87,6 - 90,1]	88,1	[86,9 - 89,3]
Supérieur au Bac	14 536	90,4	[89,8 - 91,0]	91,9	[91,1 - 92,7]	89,2	[88,3 - 90,0]
Situation professionnelle		*	*	*		*	
Travail	17 969	88,6	[88,0 - 89,2]	89,0	[88,2 - 89,9]	88,2	[87,3 - 89,0]
Études	2 497	88,5	[86,9 - 90,1]	90,6	[88,3 - 92,6]	86,8	[84,3 - 89,1]
Chômage	2 679	86,6	[84,7 - 88,3]	86,4	[83,5 - 89,0]	86,8	[84,2 - 89,1]
Retraite	8 194	90,7	[89,9 - 91,5]	90,5	[89,4 - 91,6]	90,9	[89,8 - 91,9]
Autres inactifs	2 860	86,5	[84,7 - 88,1]	86,9	[84,1 - 89,3]	86,2	[83,9 - 88,4]
PCS¹		*	*	*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 482	87,5	[85,8 - 89,1]	87,3	[85,2 - 89,2]	88,0	[84,9 - 90,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 796	92,2	[91,4 - 92,9]	93,3	[92,3 - 94,2]	90,7	[89,4 - 91,9]
Professions intermédiaires	8 908	90,1	[89,3 - 90,9]	90,8	[89,6 - 92,0]	89,5	[88,4 - 90,5]
Employés	8 557	87,8	[86,9 - 88,6]	87,2	[84,9 - 89,3]	87,9	[86,9 - 88,9]
Ouvriers	5 162	86,5	[85,4 - 87,7]	86,4	[85,1 - 87,7]	86,9	[84,4 - 89,1]
Télétravail²		*	*	*		*	
Oui	4 730	89,6	[88,6 - 90,6]	92,4	[91,0 - 93,7]	87,1	[85,5 - 88,6]
Non	13 176	88,2	[87,5 - 88,9]	87,9	[86,8 - 89,0]	88,6	[87,5 - 89,5]
Situation financière perçue		*	*	*		*	
À l'aise	4 807	92,4	[91,5 - 93,2]	93,3	[92,1 - 94,4]	91,4	[90,0 - 92,6]
Ça va	12 267	89,6	[88,9 - 90,2]	90,1	[89,0 - 91,0]	89,1	[88,1 - 90,0]
C'est juste	11 740	88,5	[87,8 - 89,2]	88,8	[87,7 - 89,8]	88,3	[87,2 - 89,2]
C'est difficile, endetté	5 385	84,7	[83,3 - 86,0]	84,0	[81,8 - 86,1]	85,2	[83,4 - 87,0]
Total	34 199	88,8	[88,4 - 89,2]	89,1	[88,5 - 89,7]	88,5	[87,9 - 89,0]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi²).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé. – 2. Parmi les personnes en emploi actuellement.

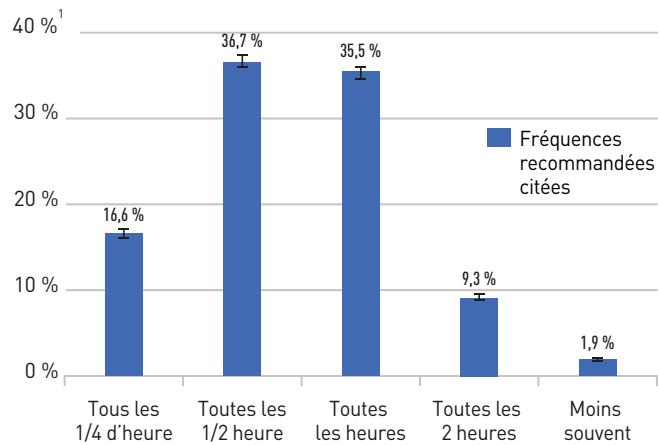
Note de lecture : 87,1 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent se lever au moins toutes les 2 heures en cas de position assise prolongée.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

un temps prolongé passé assis tous les quarts d'heure, 36,7 % toutes les demi-heures, 35,5 % toutes les heures, 9,3 % toutes 2 heures et 1,9 % moins souvent (Figure 1). Neuf adultes sur dix (88,7 % [88,3 % - 89,1 %]) pensent ainsi qu'il est recommandé d'interrompre sa sédentarité plus souvent que toutes les deux heures.

La connaissance de la fréquence recommandée « au moins toutes les deux heures » est, de façon significative, légèrement plus élevée parmi les femmes (98,4 % vs 97,7 %), les adultes ayant un niveau de diplôme et une situation financière perçue plus élevés, ainsi que chez ceux appartenant à une PCS plus favorisée. Ces tendances s'observent chez les hommes comme chez les femmes, excepté pour la situation financière perçue chez les femmes où aucune différence significative n'est constatée (Tableau 4).

FIGURE 1 | Connaissance de la recommandation de fréquence de rupture de sédentarité



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 4 | Proportion d'adultes de 18-79 ans connaissant la recommandation de rupture de sédentarité « au moins toutes les deux heures »

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge							
18-29 ans	6 113	98,2	[97,6 - 98,7]	98,2	[97,4 - 98,8]	98,3	[97,2 - 99,0]
30-39 ans	5 751	98,2	[97,6 - 98,6]	97,7	[96,7 - 98,4]	98,7	[98,0 - 99,2]
40-49 ans	6 177	97,8	[97,2 - 98,3]	97,3	[96,3 - 98,1]	98,3	[97,5 - 98,9]
50-59 ans	6 479	98,1	[97,6 - 98,6]	97,4	[96,4 - 98,2]	98,8	[98,2 - 99,2]
60-69 ans	6 047	98,4	[97,9 - 98,8]	98,3	[97,7 - 98,8]	98,4	[97,6 - 99,0]
70-79 ans	4 024	97,5	[96,9 - 98,1]	97,5	[96,4 - 98,3]	97,6	[96,7 - 98,3]
Niveau de diplôme							
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 691	97,1	[96,6 - 97,5]	96,8	[96,1 - 97,4]	97,3	[96,7 - 97,8]
Bac	8 273	98,4	[98,0 - 98,8]	98,1	[97,4 - 98,6]	98,8	[98,1 - 99,3]
Supérieur au Bac	14 627	99,0	[98,8 - 99,2]	98,8	[98,4 - 99,1]	99,2	[98,9 - 99,4]
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 525	97,6	[96,6 - 98,3]	96,7	[95,2 - 97,8]	99,3	[98,3 - 99,7]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 825	99,2	[98,9 - 99,4]	99,0	[98,5 - 99,4]	99,4	[99,0 - 99,6]
Professions intermédiaires	8 990	98,7	[98,4 - 99,0]	98,4	[97,8 - 98,8]	99,0	[98,6 - 99,3]
Employés	8 682	98,0	[97,5 - 98,4]	97,8	[96,7 - 98,6]	98,0	[97,5 - 98,5]
Ouvriers	5 265	97,0	[96,3 - 97,6]	96,8	[96,0 - 97,5]	97,7	[96,5 - 98,6]
Situation financière perçue							
À l'aise	4 831	99,0	[98,5 - 99,3]	99,1	[98,4 - 99,5]	98,9	[98,2 - 99,4]
Ça va	12 407	98,2	[97,8 - 98,5]	98,2	[97,7 - 98,6]	98,2	[97,6 - 98,6]
C'est juste	11 892	98,2	[97,8 - 98,5]	97,9	[97,3 - 98,4]	98,5	[98,0 - 98,9]
C'est difficile, endetté	5 461	96,6	[95,9 - 97,3]	95,2	[93,9 - 96,3]	97,9	[97,0 - 98,6]
Total	34 591	98,1	[97,8 - 98,3]	97,7	[97,4 - 98,0]	98,4	[98,1 - 98,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 98,2 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent connaître la recommandation de se lever au moins toutes les 2 heures en cas de position assise prolongée.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

En 2024, 28 % des adultes de 18-79 ans présentent une sédentarité élevée en déclarant passer en moyenne plus de 7 heures par jour en position assise. Cette prévalence est supérieure à celle relevée dans le Baromètre de Santé publique France de 2021 [15], ceci semble indiquer une augmentation des comportements sédentaires au cours du temps. Les différences socio-économiques observées restent toutefois les mêmes. Si le niveau de sédentarité (appréhendé par le temps passé assis) ne diffère pas entre hommes et femmes, une sédentarité élevée reste davantage observée chez les plus jeunes et les catégories socio-économiques les plus favorisées. Le temps passé assis est en effet associé au type et mode de travail, les personnes les plus diplômées et les PCS supérieures étant généralement plus à même d'occuper un emploi sédentaire et d'avoir recours au télétravail.

Selon nos résultats, les étudiants sont une population particulièrement à risque en matière de sédentarité. En effet, si de manière générale trois adultes sur 10 sont en situation de sédentarité élevée, cela concerne 54 % des étudiants. Il semble donc particulièrement important de développer des interventions visant à réduire la sédentarité de cette population.

Pour l'ensemble des adultes, diminuer les risques liés à la sédentarité nécessite d'inciter la limitation, autant que possible, des comportements sédentaires dans le cadre des loisirs, mais aussi d'intervenir dans le monde du travail. Inciter les employeurs à promouvoir les stratégies les plus efficaces, en particulier la mise en place de bureaux assis-debout ou, en seconde intention, des

stratégies motivationnelles ou organisationnelles [16] reste un défi à relever en matière de prévention. La promotion de pauses actives dans l'entreprise et en télétravail est un exemple de stratégie organisationnelle qui, d'après nos résultats, semble déjà réalisée à différentes fréquences : près de neuf adultes sur 10 déclarent se lever au moins toutes les deux heures pour marcher un peu en cas de position assise prolongée et 45 % disent se lever au moins toutes les demi-heures.

Concernant la connaissance de la recommandation, la quasi-totalité des adultes citent une fréquence de rupture de sédentarité recommandée d'au moins toutes les 2 heures, correspondant à la recommandation actuelle. En outre, d'après nos résultats, 9 adultes sur 10 pensent qu'il est recommandé d'interrompre la sédentarité plus souvent que toutes les 2 heures. Ces citations s'avèrent être en adéquation avec des travaux scientifiques récents qui révèlent des bénéfices sanitaires majorés pour des ruptures de sédentarité plus fréquentes (toutes les 30 minutes) [11,17,18]. Des ruptures de sédentarité toutes les 30 minutes sont aussi préconisées par différents organismes pour des cibles spécifiques comme les travailleurs notamment du secteur tertiaire passant un temps prolongé en position assise [10,19] ou les femmes enceintes [20]. Du fait des données scientifiques récentes sur la rupture de sédentarité et de la disparité des recommandations actuelles selon les publics, une actualisation des recommandations vient tout juste d'être publiée en France et préconise des ruptures de sédentarité plus fréquentes [21]. Nos résultats suggèrent par ailleurs l'hypothèse d'une forte acceptabilité d'une recommandation de rupture de la sédentarité plus fréquente. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):75
- [2] Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *Bmj.* 2019;366:l4570
- [3] Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Matthews CE, et al. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(11):e80000
- [4] Ku PW, Steptoe A, Liao Y, Hsueh MC, Chen LJ. A cut-off of daily sedentary time and all-cause mortality in adults: a meta-regression analysis involving more than 1 million participants. *BMC Med.* 2018;16(1):74
- [5] Katzmarzyk PT, Powell KE, Jakicic JM, Troiano RP, Piercy K, Tennant B. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6):1227-41
- [6] Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62
- [7] Casanova F, O'Loughlin J, Karageorgiou V, Beaumont RN, Bowden J, Wood AR, et al. Effects of physical activity and sedentary time on depression, anxiety and well-being: a bidirectional Mendelian randomisation study. *BMC Med.* 2023;21(1):501
- [8] Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;242:5-13
- [9] Wang X, Li Y, Fan H. The associations between screen time-based sedentary behavior and depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1524
- [10] European Agency for Safety and Health at Work. Prolonged static sitting at work. Health effects and good practice advice. Bilbao, Spain; 2021
- [11] Duran AT, Friel CP, Serafini MA, Ensari I, Cheung YK, Diaz KM. Breaking Up Prolonged Sitting to Improve Cardiometabolic Risk: Dose-Response Analysis of a Randomized Crossover Trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2023;55(5):847-55
- [12] Katzmarzyk PT, Ross R, Blair SN, Després JP. Should we target increased physical activity or less sedentary behavior in the battle against cardiovascular disease risk development? *Atherosclerosis.* 2020;311:107-15
- [13] Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité - Avis de l'Anses – Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: Anses; 2016. 549 p.
- [14] Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023
- [15] Verdot C, Salanave B, Escalon H, Deschamps V. Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes français en 2021 : résultats des Baromètres Santé hexagonal et DROM de Santé publique France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2024;12:240-9
- [16] Escalon H. Revue de littérature sur l'efficacité des interventions pour limiter la sédentarité en milieu professionnel. Saint-Maurice ; 2023
- [17] Yin M, Xu K, Deng J, Deng S, Chen Z, Zhang B, et al. Optimal Frequency of Interrupting Prolonged Sitting for Cardiometabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Crossover Trials. *Scand J Med Sci Sports.* 2024;34(12):e14769
- [18] Chauntry AJ, Bishop NC, Hamer M, Paine NJ. Frequently Interrupting Prolonged Sitting With Light Body-Weighted Resistance Activity Alters Psychobiological Responses to Acute Psychological Stress: A Randomized Crossover Trial. *Ann Behav Med.* 2023;57(4):301-12
- [19] INRS, Kerangueven L, Desbrosses K. Les postures sédentaires au travail. Définition, effets sur la santé et mesures de prévention. Paris ; 2022
- [20] Boisseau N. Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale ». Chapitre 1 Partie 1 : Activité Physique et santé maternelle. [Rapport de recherche]. Collège national des sages-femmes de France ; 2021
- [21] Anses. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à la révision des recommandations sur les ruptures de sédentarité. Maisons-Alfort: Anses ; 2025. 50 p.

AUTRICES

Hélène Escalon¹, Charlotte Verdot¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Activité physique : pratiques et connaissance de la recommandation

POINTS CLÉS

- **Quatre adultes sur dix (40,2 %) déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques (AP) pendant leurs loisirs.** Cela concerne davantage les hommes, les personnes retraitées et les catégories sociales les plus favorisées. Il s'agit majoritairement d'une pratique libre, informelle, réalisée hors structure.
- **Un tiers des adultes de 18-79 ans ont recours à des modes de transport exclusivement motorisés pour les petits trajets du quotidien.** Parmi les personnes en emploi, 75 % n'utilisent que des mobilités passives (motorisées) pour se rendre à leur travail.
- Seulement un travailleur sur cinq (21 %) déclare avoir la possibilité de pratiquer des activités physiques sur son lieu de travail. Lorsque de telles activités sont proposées, 60 % des travailleurs disent y avoir recours.
- **Plus de la moitié des adultes (57 %) connaissent la recommandation** complète sur l'AP « Au moins 30 minutes par jour d'AP d'intensité modérée à élevée », huit adultes sur dix connaissent la durée recommandée et près de sept sur dix l'intensité recommandée.
- La recommandation complète sur l'AP est davantage connue des **personnes issues des catégories sociales les plus favorisées.**

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut deux modules de questions portant sur l'AP : un sur les pratiques (AP au travail, mobilités actives, pratique d'AP de loisirs et lieu de pratique) et un sur la connaissance des recommandations, selon deux dimensions, la durée (temps par jour recommandé pour être en bonne santé) et l'intensité (élevée, modérée ou faible, selon que l'AP entraîne un essoufflement ou un effort physique, important, modéré ou faible). Concernant les indicateurs utilisés, les mobilités dites actives regroupent les déplacements effectués à pied, à vélo (incluant les vélos électriques), ou en trottinette, skate ou autre mode « doux » non électrique. Les mobilités dites passives regroupent les déplacements en transports en commun, voiture, moto, scooter, trottinette ou autre mode de déplacement « doux » électrique. Les mobilités mixtes combinent des mobilités actives et passives. Enfin, ont été considérées comme citant correctement la recommandation les personnes répondant qu'il est recommandé de faire de l'AP au moins 30 minutes par jour avec une intensité modérée ou élevée.

Les questions sur l'AP de loisirs ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, celles sur l'AP au travail n'ont concerné que les personnes ayant déclaré être en emploi ou en formation au moment de l'enquête (n = 20 768). Les réponses « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses, excepté pour la connaissance de la recommandation sur l'AP où la modalité « Ne sait pas » a été incluse.

Évolutions : les questions et les indicateurs relatifs à l'activité physique sont différents des éditions antérieures. Il s'agissait dans cette édition d'étudier plus précisément les comportements et non d'estimer le niveau d'activité physique de la population. Aucune évolution ne peut donc être présentée. Par ailleurs, la formulation de la question sur la connaissance de la recommandation sur l'activité physique a évolué par rapport à l'édition précédente. Par conséquent, l'évolution de cet indicateur n'est pas présentée.

CONTEXTE

L'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie. Elle englobe ainsi l'AP effectuée durant les loisirs, l'éducation physique, les sports, les déplacements, les activités professionnelles ou encore domestiques [1].

L'AP est un facteur de protection de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, métaboliques ou certains cancers [2,3]. Il est donc recommandé de pratiquer des AP régulières pour maintenir ou améliorer la santé physique et mentale à tous les âges de la vie. Sur la base des nombreuses études ayant mis en évidence l'apport d'une AP régulière sur la santé des individus, des recommandations ont été élaborées par l'Organisation mondiale de la santé, lesquelles ont été mises à jour en 2020 [4]. En France, elles sont déclinées par Santé publique France sur le site mangerbouger.fr. Pour les adultes, il est ainsi recommandé pour sa santé, de pratiquer au moins 30 minutes par jour d'activités physiques dynamiques, c'est-à-dire d'intensité modérée à élevée. Cette pratique peut se décliner au travail, dans le cadre de ses déplacements ou de ses activités de loisirs. Il s'agit de promouvoir un mode de vie actif et d'inscrire ces pratiques dans la vie quotidienne.

Le suivi des niveaux et des pratiques d'AP de la population générale et de la connaissance des recommandations,

diffusées au grand public via des campagnes média, brochures, et sur le site mangerbouger.fr sont des indicateurs de résultats indispensables au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS), dont un des objectifs est de promouvoir et augmenter l'AP de la population [5].

L'objectif de cette synthèse est de décrire les pratiques d'AP des adultes en France en 2024, ainsi que leur connaissance de la recommandation sur l'AP, intégrant la durée et l'intensité. Ces données apportent des informations auxiliaires concernant la nature et le contexte de réalisation de certaines pratiques d'AP (au travail, dans le cadre des transports et des loisirs), complétant ainsi les mesures des niveaux d'AP de la population réalisées de manière détaillée dans les enquêtes avec examen de santé.

RÉSULTATS

PRATIQUES D'AP EN FRANCE EN 2024

Plus de quatre adultes sur dix déclarent occuper un emploi qui nécessite des efforts physiques. En 2024, la moitié des hommes (50,6 %, intervalle de confiance à 95 % : [49,4 % - 51,8 %]) et plus d'un tiers des femmes (37,2 % [36,1 % - 38,4 %]; différence significative) en emploi, déclarent réaliser un travail qui nécessite des efforts physiques (Tableau 1).

Seuls 21 % des adultes déclarent avoir la possibilité de pratiquer des AP sur leur lieu de travail. Quelle que soit la nature de leur emploi, seul un adulte sur cinq (21,2 % [20,6 % - 21,9 %]) déclare avoir la possibilité de pratiquer des AP sur son lieu de travail. Cette proportion est plus faible chez les femmes (18,7 % [17,8 % - 19,6 %]) que chez les hommes (23,7 % [22,7 % - 24,8 %]). Lorsqu'une pratique d'AP est possible, seuls six travailleurs sur dix (59,8 % [58,0 % - 61,5 %]) déclarent en faire (64,2 % [61,9 % - 66,5 %] des hommes et 54,3 % [51,7 % - 56,9 %] des femmes ; Tableau 1).

Des mobilités actives qui peinent encore à s'imposer face aux modes de transport motorisés. En 2024, les trois quarts des adultes en emploi (75,4 % [74,7 % - 76,1 %]) déclarent avoir recours à des mobilités passives exclusives (transports en commun et véhicules motorisés) pour se rendre au travail (Tableau 2). Pour les petits trajets du quotidien, davantage propices aux déplacements à pied ou à vélo, un tiers des adultes de 18 à 79 ans (34,2 % [33,6 % - 34,8 %]) déclare avoir recours à un mode de transport exclusivement motorisé.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes en emploi ou en formation déclarant réaliser des activités physiques dans le cadre de leur emploi ou sur leur lieu de travail

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Avoir un travail nécessitant des efforts physiques¹	20722	43,9	[43,0 - 44,7]	50,6	[49,4 - 51,8]	37,2	[36,1 - 38,4]
Possibilité de pratiquer des activités physiques ou sportives sur son lieu de travail^a							
Parmi toutes les personnes en emploi/formation	20716	21,2	[20,6 - 21,9]	23,7	[22,7 - 24,8]	18,7	[17,8 - 19,6]
Parmi les personnes ayant un emploi non physique	12289	21,5	[20,6 - 22,3]	23,9	[22,5 - 25,3]	19,6	[18,5 - 20,7]
Si oui, pratique effective	4449	59,8	[58,0 - 61,5]	64,2	[61,9 - 66,5]	54,3	[51,7 - 56,9]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes étant en emploi ou en formation.

Note de lecture : 43,9 % des adultes en emploi ou en formation déclarent avoir un travail nécessitant des efforts physiques.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Types de mobilités empruntées par les adultes pour se rendre au travail ou pour les petits trajets du quotidien

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Types de mobilités pour se rendre au travail¹							
Pas de déplacement	734	3,8	[3,4 - 4,1]	2,7	[2,4 - 3,2]	4,7	[4,2 - 5,3]
Mobilités actives exclusives	2116	10,5	[10,0 - 11,0]	11,2	[10,4 - 11,9]	9,9	[9,2 - 10,6]
Mobilités passives exclusives	15880	75,4	[74,7 - 76,1]	76,2	[75,2 - 77,2]	74,6	[73,6 - 75,6]
Mobilités mixtes	1990	10,3	[9,8 - 10,8]	9,9	[9,2 - 10,6]	10,8	[10,0 - 11,5]
Types de mobilités pour les petits trajets du quotidien							
Mobilités actives exclusives	14 904	45,3	[44,7 - 46,0]	45,6	[44,6 - 46,5]	45,1	[44,2 - 45,9]
Mobilités passives exclusives	13 118	34,2	[33,6 - 34,8]	35,3	[34,4 - 36,2]	33,2	[32,4 - 34,0]
Mobilités mixtes	6 879	20,5	[20,0 - 21,0]	19,2	[18,4 - 19,9]	21,7	[21,0 - 22,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes étant en emploi ou en formation.

Mobilités actives : déplacements à pied, à vélo (incluant vélo électrique), en trottinette, skate ou autre mode « doux » (non électrique) ; mobilités passives : transports en commun, voiture, moto, scooter, trottinette ou autre mode « doux » (gyropode, hoverboard...) électriques ; mobilités mixtes : combinaison de mobilités actives et passives.

Note de lecture : 45,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir recours à des mobilités actives exclusives pour leurs petits trajets du quotidien.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

La pratique d'AP pendant les loisirs n'est pas systématique et reste marquée socialement. En 2024, quatre adultes sur dix âgés de 18 à 79 ans (40,2 % [39,6 % - 40,8 %]) déclarent pratiquer régulièrement des AP pendant leurs loisirs (Tableau 3). Cela concerne davantage les hommes (41,6 % [40,7 % - 42,5 %]) que les femmes (38,9 % [38,1 % - 39,8 %]). À l'opposé, les adultes sont 30,7 % [30,1 % - 31,4 %] à déclarer ne jamais pratiquer ou ne pratiquer que rarement des AP pendant leurs loisirs.

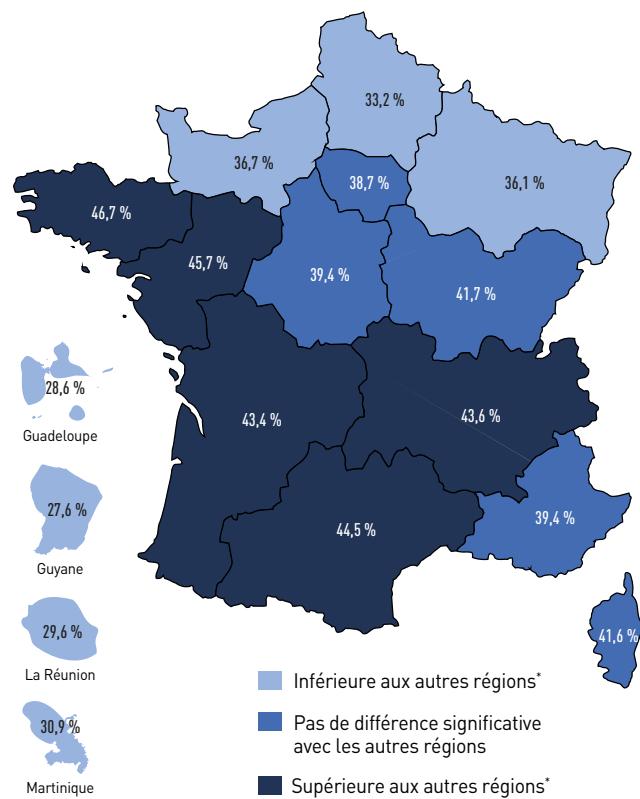
La proportion d'adultes déclarant pratiquer régulièrement des AP pendant leurs loisirs diffère selon le sexe et l'âge (Tableau 4). Cette proportion est plus élevée chez les hommes jeunes et diminue avec l'âge (jusqu'à 50 ans) alors que l'on observe l'effet inverse chez les femmes (cette proportion est plus faible chez les femmes jeunes mais elle augmente avec l'âge). De manière générale, on relève une plus forte proportion d'adultes pratiquant des AP régulièrement parmi les seniors.

Des différences s'observent également selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la catégorie socio-professionnelle (PCS), la situation familiale et la situation financière perçue. Les personnes les plus à même de pratiquer régulièrement des AP pendant leurs loisirs sont les personnes les plus diplômées, les retraités, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les personnes sans enfant (célibataires ou en couple) et les personnes se déclarant à l'aise financièrement.

La pratique régulière d'AP pendant ses loisirs diffère selon les régions. Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 montrent des disparités régionales quant à la pratique régulière d'AP sur le temps de loisirs (Carte). Ainsi, la proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant pratiquer régulièrement des AP pendant leurs loisirs est supérieure à la moyenne des autres régions

dans les Pays de la Loire, en Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes. À l'inverse, cette proportion est inférieure à la moyenne des autres régions en Normandie, dans les Hauts-de-France, dans le Grand Est et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques dans le cadre de leurs loisirs selon la région



Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 43,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

TABLEAU 3 | Fréquence de pratique d'activités physiques dans le cadre des loisirs chez les adultes de 18-79 ans

Fréquence de pratique d'activités physiques dans le cadre de ses loisirs	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Régulièrement	14 776	40,2	[39,6 - 40,8]	41,6	[40,7 - 42,5]	38,9	[38,1 - 39,8]
De temps en temps	10 143	29,0	[28,5 - 29,6]	30,0	[29,1 - 30,9]	28,1	[27,3 - 28,9]
Rarement	6 338	18,9	[18,3 - 19,4]	18,3	[17,5 - 19,1]	19,4	[18,7 - 20,1]
Jamais	3 611	11,9	[11,4 - 12,4]	10,1	[9,5 - 10,8]	13,6	[12,9 - 14,2]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Note de lecture : 40,2 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 4 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 138	38,7	[37,2 - 40,2]	45,0	[42,8 - 47,3]	32,3	[30,3 - 34,3]
30-39 ans	5 776	37,3	[35,7 - 38,8]	40,1	[37,8 - 42,4]	34,6	[32,6 - 36,7]
40-49 ans	6 224	36,9	[35,5 - 38,4]	38,4	[36,3 - 40,6]	35,4	[33,5 - 37,4]
50-59 ans	6 547	38,1	[36,7 - 39,6]	36,4	[34,4 - 38,5]	39,8	[37,8 - 41,8]
60-69 ans	6 106	47,1	[45,6 - 48,7]	46,6	[44,4 - 48,9]	47,6	[45,4 - 49,7]
70-79 ans	4 077	44,5	[42,7 - 46,4]	43,8	[41,1 - 46,5]	45,2	[42,7 - 47,7]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 855	33,3	[32,2 - 34,3]	34,5	[33,0 - 35,9]	32,0	[30,6 - 33,4]
Bac	8 314	38,1	[36,8 - 39,3]	40,2	[38,4 - 42,1]	36,1	[34,4 - 37,8]
Supérieur au Bac	14 699	49,7	[48,7 - 50,1]	51,8	[50,4 - 53,3]	47,9	[46,6 - 49,1]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 208	39,7	[38,8 - 40,5]	40,9	[39,7 - 42,2]	38,4	[37,3 - 39,6]
Études	2 519	38,7	[36,4 - 41,1]	47,4	[43,8 - 51,1]	31,6	[28,7 - 34,6]
Chômage	2 737	32,6	[30,3 - 35,0]	33,0	[29,5 - 36,6]	32,2	[29,1 - 35,4]
Retraite	8 408	48,2	[46,9 - 49,5]	47,5	[45,7 - 49,4]	48,8	[47,0 - 50,6]
Autres inactifs	2 996	27,9	[25,9 - 30,0]	30,9	[27,5 - 34,5]	26,0	[23,5 - 28,6]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 541	40,5	[38,1 - 42,9]	39,1	[36,1 - 42,0]	43,2	[39,3 - 47,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 852	54,8	[53,4 - 56,2]	54,5	[52,7 - 56,4]	55,1	[53,0 - 57,2]
Professions intermédiaires	9 045	45,9	[44,7 - 47,2]	45,1	[43,2 - 47,1]	46,5	[44,9 - 48,2]
Employés	8 752	34,7	[33,5 - 35,9]	39,2	[36,3 - 42,1]	33,5	[32,1 - 34,8]
Ouvriers	5 348	30,5	[29,0 - 32,0]	31,9	[30,2 - 33,6]	26,0	[23,2 - 28,9]
Situation familiale		*		*		*	
Ménage d'une seule personne	7 655	43,3	[41,9 - 44,7]	41,2	[39,1 - 43,2]	45,4	[43,5 - 47,3]
Famille monoparentale	4 192	33,1	[31,3 - 35,0]	39,3	[36,2 - 42,5]	29,0	[26,8 - 31,3]
Couple sans enfant	9 945	46,0	[44,9 - 47,2]	46,3	[44,6 - 47,9]	45,8	[44,2 - 47,4]
Couple avec enfant(s)	9 255	37,1	[35,9 - 38,2]	39,2	[37,5 - 40,9]	35,0	[33,4 - 36,6]
Autres	3 678	34,8	[32,9 - 36,8]	38,6	[35,7 - 41,5]	30,7	[28,1 - 33,5]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 853	55,4	[53,7 - 57,0]	57,2	[54,9 - 59,6]	53,5	[51,1 - 55,8]
Ça va	12 472	45,4	[44,3 - 46,4]	46,1	[44,6 - 47,6]	44,7	[43,2 - 46,1]
C'est juste	11 969	35,9	[34,8 - 36,9]	37,1	[35,5 - 38,6]	34,8	[33,4 - 36,2]
C'est difficile, endetté	5 574	26,2	[24,7 - 27,8]	28,0	[25,7 - 30,4]	24,6	[22,7 - 26,7]
Total	34 868	40,2	[39,6 - 40,8]	41,6	[40,7 - 42,5]	38,9	[38,1 - 39,8]

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à $p < 0,05$ (test du chi2).

Note de lecture : 38,7 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Les AP sont très majoritairement pratiquées en dehors de toute structure. La pratique d'AP réalisée exclusivement en club ou au sein d'une association est très minoritaire, puisqu'elle ne concerne que 21,4 % [20,9 % - 22,0 %] des adultes (Tableau 5). La pratique libre informelle est de loin la plus répandue chez les adultes de 18-79 ans.

CONNAISSANCE DE LA RECOMMANDATION D'AP EN FRANCE EN 2024

Près de huit adultes sur dix connaissent la durée d'AP recommandée (première partie de la recommandation) : « au moins 30 minutes d'AP par jour ». Interrogés en premier lieu sur la durée d'AP à réaliser par jour pour être en bonne santé, les adultes déclarent principalement trois réponses : 1 heure/jour pour 31,2 % d'entre eux, 30 minutes/jour (29,0 %) et 21,9 % déclarent ne pas savoir. Une minorité déclare qu'il est recommandé d'en faire 2 heures/jour (6,4 %) ou plus de 2 heures (2,4 %). Près de huit adultes sur dix (76,2 % [75,7 % - 76,8 %]) connaissent ainsi la première partie de la recommandation sur l'AP, à savoir réaliser « au moins 30 minutes d'AP par jour ». Ceci est, de façon significative, davantage observé chez les femmes, les trentenaires et quarantenaires et les personnes les plus favorisées en termes de diplôme, PCS et situation financière perçue (résultats non présentés).

Près de sept adultes sur dix connaissent l'intensité d'AP recommandée, citant majoritairement une intensité modérée et plus rarement une intensité élevée. Concernant l'intensité recommandée de l'AP, 3,4 % [3,2 % - 3,7 %] des adultes déclarent qu'elle doit être élevée, 64,4 % [63,8 % - 65,1 %] modérée, 14,9 % [14,4 % - 15,4 %] faible et 17,2 % [16,7 % - 17,8 %] ne savent pas. L'intensité d'AP recommandée (correspondant à la deuxième partie de la recommandation), à savoir une AP d'intensité « modérée à élevée », est ainsi connue de 67,9 % [67,2 % - 68,5 %] des adultes de 18 à 79 ans.

Plus de la moitié des adultes connaît à la fois la durée et l'intensité d'AP recommandées : « au moins 30 minutes par jour d'AP d'intensité modérée à élevée ». En 2024, 57,3 % [56,7 % - 58,0 %] des adultes de 18-79 ans connaissent la recommandation complète sur l'AP, préconisant de faire au moins 30 minutes d'AP/jour d'intensité modérée à élevée. Aucune différence n'est observée selon le sexe, en revanche la proportion de personnes connaissant cette recommandation diminue avec l'âge, augmente avec le niveau de diplôme (passant de 47,5 % chez les adultes ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat à 66,4 % chez ceux ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat), est plus élevée parmi les cadres, les personnes de professions intermédiaires et lorsque la situation financière est jugée confortable (66,4 % des personnes qui déclarent être à l'aise financièrement connaissent la recommandation complète contre 51,0 % pour les personnes qui perçoivent leur situation financière comme difficile ; Tableau 6).

TABLEAU 5 | Lieu de pratique des activités physiques des adultes de 18-79 ans

Lieu de pratique d'activités physiques	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Club ou association	6 689	21,4	[20,9 - 22,0]	19,7	[18,9 - 20,5]	23,2	[22,4 - 24,0]
Pratique libre informelle	21 830	71,2	[70,6 - 71,8]	73,3	[72,4 - 74,2]	69,1	[68,3 - 69,9]
Les deux	2 475	7,4	[7,0 - 7,7]	7,0	[6,6 - 7,5]	7,7	[7,3 - 8,2]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Note de lecture : 21,4 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent pratiquer des activités physiques pendant leurs loisirs au sein d'un club ou d'une association.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 6 | Proportion d'adultes de 18-79 ans connaissant la recommandation complète sur l'activité physique (durée et intensité)

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	4 169	68,4	[66,9 - 69,9]	69,5	[67,3 - 71,6]	67,3	[65,2 - 69,4]
30-39 ans	3 774	64,6	[63,0 - 66,1]	64,6	[62,2 - 66,9]	64,6	[62,4 - 66,7]
40-49 ans	3 867	61,3	[59,8 - 62,9]	61,9	[59,6 - 64,2]	60,8	[58,6 - 62,9]
50-59 ans	3 603	54,3	[52,8 - 55,9]	53,5	[51,2 - 55,7]	55,2	[53,1 - 57,3]
60-69 ans	3 058	48,9	[47,3 - 50,4]	49,3	[47,0 - 51,6]	48,5	[46,3 - 50,7]
70-79 ans	1 758	42,2	[40,4 - 44,1]	43,0	[40,2 - 45,8]	41,6	[39,0 - 44,1]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	5 588	47,5	[46,3 - 48,6]	49,1	[47,5 - 50,7]	45,8	[44,2 - 47,4]
Bac	4 978	61,1	[59,8 - 62,4]	62,1	[60,2 - 64,0]	60,2	[58,4 - 61,9]
Supérieur au Bac	9 663	66,4	[65,5 - 67,3]	66,5	[65,1 - 67,9]	66,3	[65,1 - 67,5]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 376	54,9	[52,4 - 57,3]	54,5	[51,4 - 57,5]	55,7	[51,6 - 59,8]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 404	64,6	[63,3 - 65,9]	63,7	[61,9 - 65,5]	65,9	[63,9 - 67,9]
Professions intermédiaires	5 462	60,1	[58,8 - 61,3]	59,5	[57,5 - 61,4]	60,6	[58,9 - 62,2]
Employés	4 821	54,6	[53,3 - 56,0]	61,2	[58,2 - 64,1]	52,9	[51,4 - 54,4]
Ouvriers	2 739	50,9	[49,2 - 52,5]	51,2	[49,3 - 53,2]	49,7	[46,2 - 53,2]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	3 208	66,4	[64,8 - 68,0]	67,2	[64,9 - 69,4]	65,6	[63,2 - 67,8]
Ça va	7 407	58,5	[57,5 - 59,6]	58,6	[57,0 - 60,1]	58,5	[57,1 - 60,0]
C'est juste	6 711	55,5	[54,4 - 56,7]	55,5	[53,9 - 57,2]	55,5	[54,0 - 57,1]
C'est difficile, endetté	2 903	51,0	[49,2 - 52,9]	53,1	[50,4 - 55,9]	49,2	[46,7 - 51,6]
Total	33 841	57,3	[56,7 - 58,0]	57,9	[56,9 - 58,8]	56,8	[55,9 - 57,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à $p < 0,05$ (test du chi2).

Note de lecture : 68,4 % des adultes âgés de 18 à 29 ans connaissent la recommandation complète sur l'AP.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

De manière générale, au niveau mondial, près d'un tiers des adultes (31,3 %) est insuffisamment actif et n'atteint pas les niveaux d'AP recommandés pour la santé [6]. Cette insuffisance d'AP tend à augmenter et est marquée par de nombreuses inégalités, selon le sexe, l'âge et le niveau socio-économique notamment [7]. La France ne fait pas exception, puisqu'en moyenne, seuls cinq femmes et sept hommes sur dix atteignent les recommandations d'AP et on observe des inégalités démographiques, sociales et territoriales marquées [1]. Pour promouvoir et favoriser l'AP du plus grand nombre, il est nécessaire de décrire et de suivre dans le temps les niveaux et pratiques d'AP de la population et la connaissance des recommandations en la matière. À ce sujet, le Baromètre de Santé publique France 2024 apporte, en complément des enquêtes avec examen de

santé comme l'enquête Albane¹, des éléments essentiels à la compréhension et au suivi des comportements d'AP des adultes en France, dans ses principales dimensions (au travail, dans le cadre des déplacements et des loisirs).

On relève comme en 2024, que les mobilités actives, l'AP au travail (même lorsque le lieu est équipé) ou l'AP de loisirs sont encore insuffisamment développées et investies en France. Seul un travailleur sur cinq déclare avoir la possibilité de pratiquer des AP de loisirs sur son lieu de travail et la majorité des adultes continue de privilégier les transports motorisés pour se déplacer. Favoriser la mobilité active et, plus globalement, la promotion d'un mode de vie plus actif requiert d'agir sur les

1. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/albane-enquete-de-sante-bio-surveillance-environnement-alimentation-et-nutrition>

comportements mais également d'aménager l'environnement et de développer les opportunités de pratique.

Le fait que la majorité des adultes déclare pratiquer des AP en dehors de toute structure de type club ou association sportive renforce en effet l'idée de rendre notre environnement davantage propice à la pratique physique libre et informelle. Cela peut passer par la promotion des mobilités actives (développement des pistes cyclables et de la marchabilité), mais également par un renforcement de l'offre physique ou sportive (infrastructures, aménagement urbain, activités...) et une limitation des contraintes (spatiales ou organisationnelles) associées. Par exemple, au-delà de certaines contraintes limitant les déplacements actifs, telles que la distance domicile-travail ou le manque d'aménagement de la voirie, l'absence de douche sur son lieu de travail peut également être un frein à la pratique d'AP et au recours à un mode de transport actif pour aller travailler. Par ailleurs, la pratique d'AP dans le cadre des loisirs n'est pas encore le fait de tous et reste très marquée socialement. Trois adultes sur dix déclarent en effet ne pratiquer que rarement ou jamais d'AP sur leur temps de loisirs et une pratique régulière est davantage le fait des personnes favorisées socio-économiquement. La promotion de loisirs actifs semble donc à renforcer en favorisant l'accès du plus grand nombre à une pratique régulière d'AP. Certaines mesures systémiques pourraient contribuer à rendre nos environnements plus propices aux AP, comme le développement des parcs, terrains de sport ou autres parcours d'activités lorsque la densité des agglomérations le permet, la sécurisation des espaces de pratique extérieurs, ou l'ouverture des infrastructures sportives existantes à l'ensemble de la population en dehors des créneaux occupés par les associations.

L'information sur les recommandations en matière d'AP et leur diffusion à la population via des dispositifs de marketing social scientifiquement fondés sont d'autres moyens d'agir pour améliorer l'AP de la population. D'après nos résultats, près de six adultes sur dix connaissent la recommandation complète sur l'AP préconisant de faire au moins 30 minutes d'AP/jour d'intensité modérée à élevée, recommandation traduite pour le grand public par « au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour » [8].

La première partie de la recommandation « Pratiquer au moins 30 minutes d'AP par jour », diffusée et évaluée de longue date [9] est largement citée, par près de huit adultes sur dix. Pour rappel, dans la mesure où la recommandation stipule de pratiquer un minimum de

30 minutes d'AP par jour, ont été considérées comme connaissant la recommandation les personnes citant une durée recommandée égale ou supérieure à 30 minutes par jour, comme ceci est fait depuis de nombreuses années [9]. L'hypothèse d'un effet décourageant, pour certaines personnes, d'une surestimation importante de la recommandation (par exemple 3 heures/jour) est démentie par nos résultats, une infime proportion des adultes déclarant qu'il est recommandé de faire plus de 2 heures d'AP/jour.

La connaissance de cette première partie de la recommandation s'avère moindre par rapport à celle observée dans le Baromètre de Santé publique France de 2021 où la quasi-totalité des adultes la connaissait [10]. Ceci peut s'expliquer par le changement de mode de passation du questionnaire entre les deux enquêtes pour les questions sur la connaissance des recommandations. Ce sont les seules questions pour lesquelles la modalité « Ne sait pas » apparaît en première intention. Lors de la passation du questionnaire par téléphone en 2021, certains enquêteurs ont pu être amenés, par automatisme, à ne pas citer cette modalité. Nous avons effectivement constaté ce phénomène lors d'écoutes d'interviews de plusieurs éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France menées par téléphone. De ce fait, en 2021 les personnes ont pu être moins susceptibles de répondre « Ne sait pas » qu'en 2024 où l'enquête « multimode » a majoritairement été menée par Internet (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

En 2024, l'intensité d'AP recommandée, modérée ou élevée, est citée par près de sept adultes sur dix. L'intensité modérée est très nettement la plus déclarée (par près de sept adultes sur dix) alors que l'intensité élevée l'est par une proportion très faible de la population. Près de deux personnes sur dix déclarent par ailleurs ne pas savoir quelle est l'intensité recommandée et 15 % des personnes pensent à tort que l'AP peut être pratiquée avec une intensité faible.

La proportion d'adultes citant l'intensité recommandée ne peut être strictement comparée entre les deux enquêtes. La notion d'intensité a en effet été explicitée en 2024 par une échelle à trois niveaux (faible, modérée, élevée), mentionnant les notions d'essoufflement ou d'effort physique, alors qu'en 2021, seul l'essoufflement était évoqué et une modalité d'un autre ordre était mentionnée (« peu importe l'intensité »). Cette différence de formulation et le changement de mode de passation du questionnaire rendent non comparables les proportions d'adultes citant l'intensité recommandée.

La méconnaissance de l'intensité recommandée, en 2024, par plus de trois adultes sur dix montre la nécessité de poursuivre et amplifier les interventions visant à informer les adultes des bénéfices sur la santé d'une pratique d'AP menée avec une certaine intensité (information actuellement sur mangerbouger.fr), tout en fournissant des outils pour encourager et motiver les personnes les plus éloignées de l'AP à en pratiquer [11], à leur rythme, progressivement. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Verdot C, Bouchan J, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2024 : 10 p.
- [2] Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT; Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012 Jul 21;380(9838):219-29
- [3] World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020
- [4] Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput JP, Chastin S, Chou R, Dempsey PC, DiPietro L, Ekelund U, Firth J, Friedenreich CM, Garcia L, Gichu M, Jago R, Katzmarzyk PT, Lambert E, Leitzmann M, Milton K, Ortega FB, Ranasinghe C, Stamatakis E, Tiedemann A, Troiano RP, van der Ploeg HP, Wari V, Willumsen JF. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-1462
- [5] Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023
- [6] Strain et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5,7 millions participants. Lancet Glob Health 2024; 12: e1232-43
- [7] Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022 [Global status report on physical activity 2022]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- [8] Delamaire, C., H. Escalon and L. Noirot (2019). Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes. Etat des connaissances. Santé publique France
- [9] Escalon, H., F. Beck and C. Bossard (2013). « Associations entre connaissances des recommandations et comportements en matière d'alimentation et d'activité physique. » Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 61(1): 37-47
- [10] Escalon, H., C. Verdot and A. J. Serry (2024). « Connaissance des recommandations sur l'activité physique et la sédentarité, comportements et perceptions : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. » Bull Epidemiol Hebd 12: 250-258
- [11] Escalon, H., A.-J. Serry, V. Nguyen-Thanh, A. Vuillemin, J.-M. Oppert, P. Sarrazin, J.-F. Verhiauc, B. Salanave, C. Simon, S. Tausan, O. Dailly and P. Arwidson (2016). « Construction d'un dispositif de communication scientifiquement fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes. » Santé Publique 51(HS): 51-63.

AUTRICES

Charlotte Verdot¹ et Hélène Escalon¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Chutes, accidents et traumatismes crâniens : analyses descriptives

POINTS CLÉS

- **Près d'un adulte sur cinq déclare avoir chuté au cours des 12 derniers mois**, avec des différences selon le sexe et l'âge.
- **Les jeunes adultes (18-29 ans) et la classe d'âge des plus âgés (70-79 ans)** sont le plus à risque de chutes.
- Au cours des 12 derniers mois, **13,8 % des adultes déclarent avoir subi au moins un accident**.
- **4,9 % des adultes** résidant en France hexagonale **déclarent avoir eu un traumatisme crânien (TC)** au cours des 12 derniers mois. Les hommes et les jeunes adultes sont les plus touchés par les TC.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut un module de questions portant sur les caractéristiques des chutes, des accidents et des traumatismes crâniens. Dans le cadre de cette synthèse, trois indicateurs ont été analysés indépendamment : la déclaration d'au moins une chute, d'au moins un accident et d'une blessure à la tête ou un coup à la tête (traumatisme crânien), au cours des douze derniers mois.

La question sur les chutes était la suivante « Vous est-il arrivé de tomber au cours des 12 derniers mois ? » avec quatre modalités de réponses (Oui/Non/Vous ne savez pas/Vous ne souhaitez pas répondre). La question sur les accidents était la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ? ». Les accidents comprenaient : un accident de la circulation, du travail, domestique (se produisant à la maison), scolaire, de sport ou de loisirs. Pour les analyses, deux modalités ont été créées : « Aucun accident » et « Au moins un accident ». La question sur les traumatismes crâniens était la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une blessure à la tête ou un coup à la tête ? » avec quatre modalités de réponses (Oui/Non/Vous ne savez pas/Vous ne souhaitez pas répondre). Cette question a été posée uniquement en France hexagonale.

Les proportions de personnes ayant répondu « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre » étant très faibles ($n < 1\%$), ces personnes ont été exclues des analyses.

Évolutions : les questions sur les chutes ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France (2005, 2010 et 2020), l'analyse des évolutions des indicateurs fera l'objet de travaux ultérieurs. Pour les questions sur les chutes, les éditions antérieures ciblaient uniquement les tranches d'âge supérieures (40-75 ans en 2005 et 55-85 ans en 2010-2020), les questions relatives aux chutes ont été étendues à l'ensemble des adultes de 18 à 79 ans en 2024. Concernant les traumatismes crâniens, les questions ont été posées pour la première fois en 2024, des analyses d'évolution ne sont donc pas possibles.

CONTEXTE

Enjeu majeur de santé publique, les traumatismes représentent en France la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 0 à 64 ans [1]. Quand ils ne sont pas suivis de décès, ils peuvent être à l'origine de séquelles lourdes et de limitations importantes [2]. Ils engendrent également des coûts directs et indirects considérables, notamment en termes de perte de productivité [3].

Parmi les traumatismes, on distingue d'une part les traumatismes intentionnels, tels que les suicides, les agressions, les homicides et les faits de guerre, et d'autre part les traumatismes non intentionnels, c'est-à-dire les accidents : de la circulation, du travail ou de la Vie Courante (AcVC), ces derniers regroupant les accidents domestiques, scolaires, de sport et de loisirs.

En France, la surveillance des traumatismes s'appuie sur différentes sources données : les bases de données de mortalité, les données hospitalières collectées en routine, un système de surveillance spécifique des AcVC pris en charge aux urgences (l'enquête permanente sur les AcVC, EPAC), l'enquête du Baromètre de Santé publique France menée en population générale, ainsi que des enquêtes ponctuelles sur des traumatismes spécifiques telles que ChuPADom pour les chutes [4].

Les données du Baromètre de Santé publique France présentent un intérêt considérable pour la surveillance des traumatismes. En effet, elles permettent d'abord de produire des indicateurs de fréquence en population générale chez les adultes âgés de 18 à 79 ans, incluant les individus non décédés qui recourent aux soins pour traumatismes, mais également ceux qui ne recourent pas aux soins et qui ne sont pas captés par les autres sources de données utilisées pour la surveillance des traumatismes.

L'autre intérêt de ces données est de permettre une description détaillée des caractéristiques individuelles des personnes concernées par ces chutes, accidents ou traumatismes crâniens en termes d'état de santé global, de comportements et de statut socio-économique. Ces informations très riches ne sont pas recueillies dans les autres sources de données utilisées en routine pour la surveillance des traumatismes.

À partir des données déclarées du Baromètre de Santé publique France 2024, l'objectif de cette étude est de quantifier et de décrire, dans la population des 18-79 ans, les caractéristiques démographiques et le statut socio-économique des individus ayant subi des chutes, des accidents ou bien des traumatismes crâniens (TC) qui font tous les trois partie des priorités de la surveillance épidémiologique.

RÉSULTATS

CHUTES

Près d'un adulte sur cinq déclare avoir chuté au cours des 12 derniers mois, avec des différences selon le sexe et l'âge

En 2024, 18,7 % (intervalle de confiance à 95 % : [18,2 % - 19,2 %]) des 18-79 ans déclarent avoir chuté au cours des 12 derniers mois, ce traumatisme concernant davantage les femmes (21,3 % [20,6 % - 22,0 %]) que les hommes (15,9 % [15,3 % - 16,6 %]) et ce, quelle que soit la tranche d'âge. *Pour simplifier, dans la suite du texte, les adultes de 18-79 ans déclarant une chute au cours des 12 derniers mois seront dénommés « chuteurs ».*

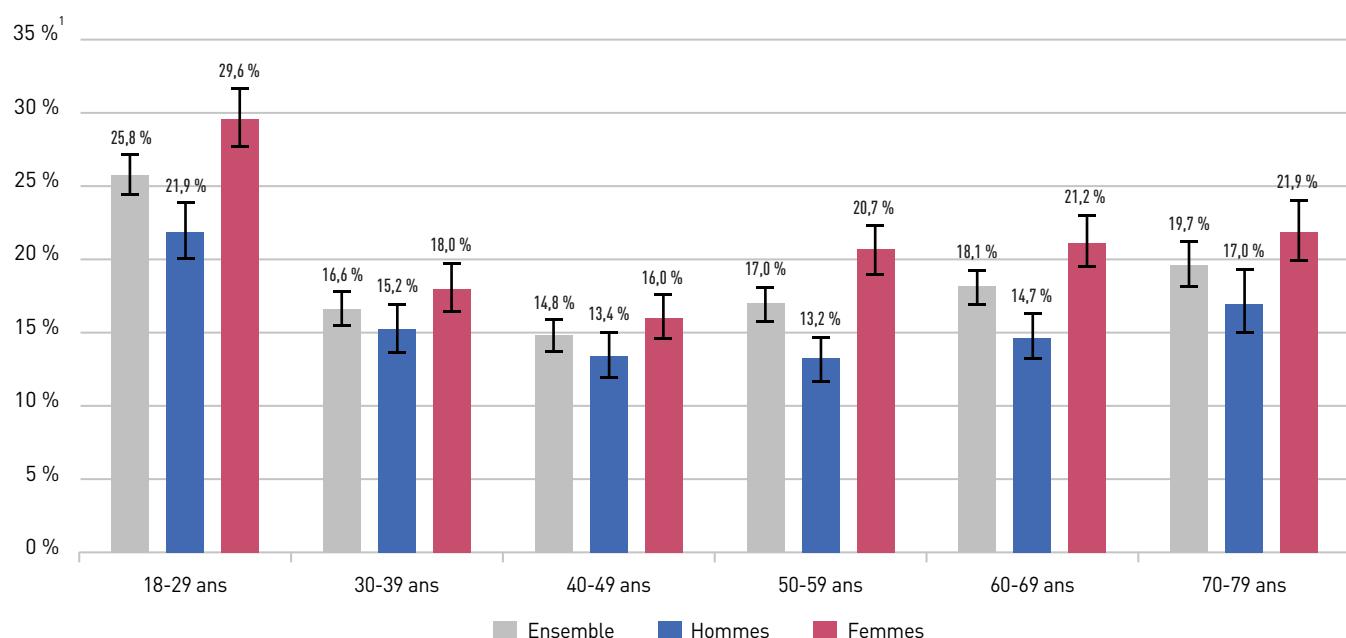
La proportion de chuteurs est significativement différente selon l'âge ($p < 0,05$) suivant une évolution en forme de U (Figure 1) : elle est maximale chez les 18-29 ans (25,8 % [24,4 % - 27,1 %]), diminue ensuite pour les classes d'âge 30-39 ans et 40-49 ans, puis croît à partir de la classe d'âge 50-59 ans pour atteindre 19,7 % [18,2 % - 21,2 %] chez les 70-79 ans (Figure 1).

Par ailleurs, une différence selon l'âge entre les deux sexes est observée. Chez les hommes, la proportion diminue entre 18-29 ans et 40-49 ans, puis stagne jusqu'à 50-59 ans autour de 13 %, et réaugmente à partir de 60-69 ans pour atteindre les 17,0 % [14,9 % - 19,3 %] parmi les 70-79 ans. En revanche chez les femmes, après une diminution entre 18 et 49 ans, l'augmentation de la proportion de chuteuses débute dès la tranche d'âge 50-59 ans. Cette proportion varie de 16,0 % [14,5 % - 17,6 %] chez les 40-49 ans à 20,7 % [19,0 % - 22,3 %] chez les 50-59 ans (Figure 1).

Des disparités sociales

La fréquence des chuteurs varie significativement selon le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) (Tableau 1). Les personnes les moins favorisées en termes de diplôme (détentrices d'un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat) ou de PCS (étant ouvriers) ont tendance, en proportion, à être moins nombreuses à chuter. Ainsi, 16,0 % [15,1 % - 16,8 %] des adultes (hommes comme femmes) âgés de 18 à 79 ans ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent avoir chuté au moins une fois dans l'année, contre environ 20 % parmi les personnes plus diplômées. Parmi les actifs (cette différence n'étant statistiquement significative que chez

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 864	16,0	[15,1 - 16,8]	13,8	[12,7 - 14,9]	18,2	[17,0 - 19,5]
Bac	8 313	21,5	[20,4 - 22,6]	18,6	[17,2 - 20,2]	24,2	[22,6 - 25,8]
Supérieur au Bac	14 689	20,3	[19,6 - 21,1]	17,1	[16,1 - 18,3]	23,0	[21,9 - 24,1]
PCS¹		*				*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 542	17,5	[15,8 - 19,3]	15,4	[13,4 - 17,5]	21,5	[18,3 - 25,0]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 851	19,3	[18,2 - 20,4]	16,4	[15,0 - 17,8]	23,3	[21,6 - 25,2]
Professions intermédiaires	9 043	19,1	[18,1 - 20,1]	15,4	[14,1 - 16,9]	22,1	[20,8 - 23,5]
Employés	8 758	18,9	[17,9 - 19,9]	16,7	[14,6 - 19,0]	19,5	[18,3 - 20,6]
Ouvriers	5 345	15,6	[14,4 - 16,8]	14,9	[13,6 - 16,3]	17,9	[15,5 - 20,5]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 846	19,5	[18,2 - 20,8]	16,8	[15,1 - 18,6]	22,2	[20,3 - 24,2]
Ça va	12 463	18,1	[17,3 - 19,0]	15,7	[14,6 - 16,8]	20,4	[19,3 - 21,6]
C'est juste	11 983	17,8	[17,0 - 18,7]	15,0	[13,9 - 16,2]	20,4	[19,2 - 21,6]
C'est difficile, endetté	5 574	21,4	[20,0 - 22,9]	17,9	[15,8 - 20,0]	24,6	[22,6 - 26,7]
Total	34 866	18,7	[18,2 - 19,2]	15,9	[15,3 - 16,6]	21,3	[20,6 - 22,0]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 16,0 % des personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

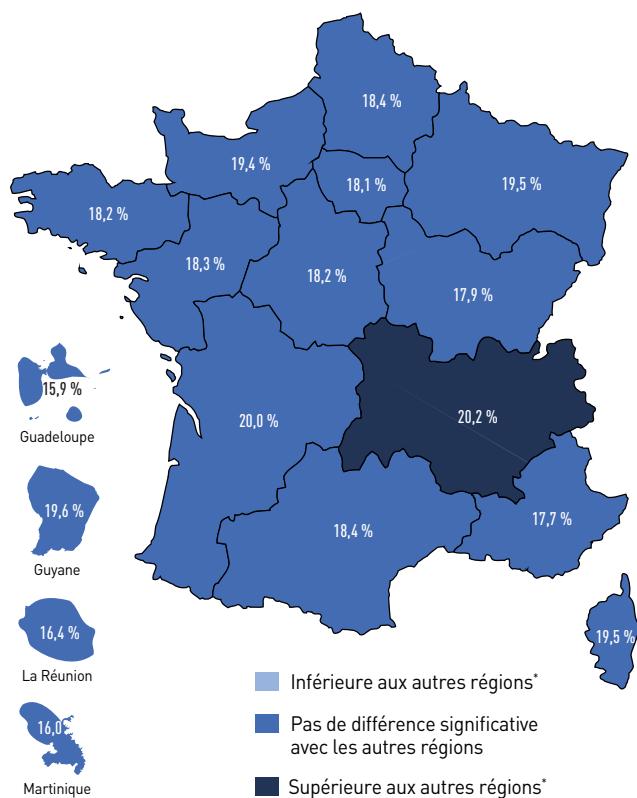
les femmes), ce sont les ouvriers qui présentent la proportion de personnes déclarant une chute la moins élevée (15,6 %, [14,4 % - 16,8 %]) alors que parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires et employés, cette proportion est respectivement de 19,3 % [18,2 % - 20,4 %] et 19,1 % [18,1 % - 20,1 %].

Concernant les disparités selon la situation financière perçue, les adultes déclarant « y arriver difficilement financièrement » ou « ne pas y arriver sans faire de dette » sont plus nombreux, en proportion, à déclarer chuter (21,4 % [20,0 % - 19,2 %]), la proportion étant également élevée (19,5 %, [18,2 % - 20,8 %]) parmi ceux se déclarant « à l'aise », alors que les personnes entre les deux extrêmes (« ça va » et « c'est juste ») déclarent moins fréquemment avoir chuté. Cette tendance est la même quel que soit le sexe.

Très peu de disparités régionales

Seule la région Auvergne-Rhône-Alpes présente une proportion de chuteurs significativement plus élevée (20,2 % [18,6 % - 21,9 %]) que la moyenne des autres régions (Carte 1, cf page suivante). Les proportions de chuteurs en Guadeloupe, Martinique et La Réunion ont tendance à être inférieures à la moyenne des autres régions mais ceci pourrait être lié à la structure démographique de la population dans ces régions puisque cette différence n'est pas significative après standardisation sur le sexe, l'âge et le mode de collecte.

CARTE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon la région



Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 20,2 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

ACCIDENTS

Plus d'un adulte sur dix déclare avoir été victime d'au moins un accident au cours des 12 derniers mois

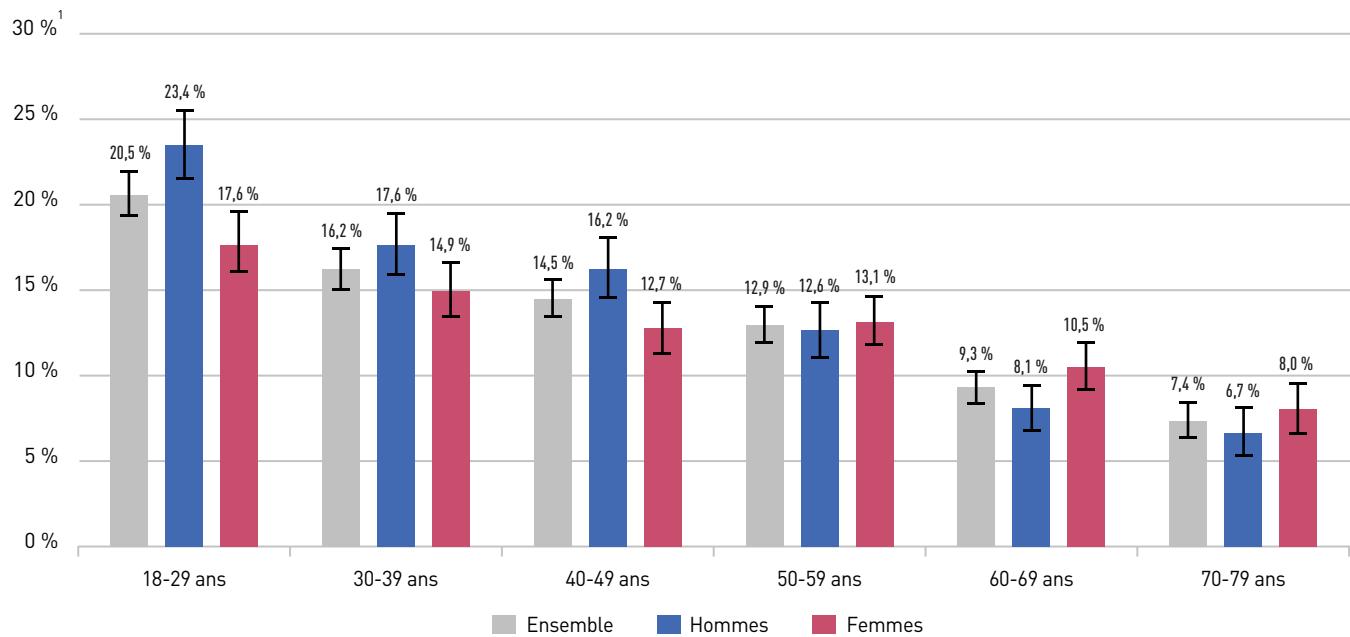
Parmi l'ensemble des 18-79 ans, 13,8 % [13,3 % - 14,2 %] déclarent avoir été victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois (Tableau 2), que ce soit un accident de la circulation, du travail, domestique, scolaire, de sport ou de loisirs. Ceci concerne davantage les hommes (14,6 % [14,0 % - 15,3 %]) que les femmes (13,0 % [12,4 % - 13,6 %]), et les 18-29 ans (20,5 %, [19,3 % - 21,8 %]) que les plus âgés (Figure 2). Jusqu'à l'âge de 50 ans, en proportion, les hommes sont plus souvent victimes d'accidents que les femmes alors que cette tendance s'inverse à partir de 50 ans (Figure 2).

Des différences selon le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle et la situation financière perçue

Les personnes détentrices du Baccalauréat (15,7 % [14,7 % - 16,7 %]) ou d'un diplôme supérieur au Baccalauréat (15,2 % [14,5 % - 15,9 %]) déclarent plus fréquemment avoir été victimes d'accident que les personnes sans diplôme ou détentrice d'un diplôme inférieur au Baccalauréat (11,7 % [11,0 % - 12,4 %]), chez les hommes comme chez les femmes (Tableau 2).

Selon la catégorie socioprofessionnelle, les ouvriers regroupent globalement la part la plus importante des victimes d'accident (15,3 % [14,1 % - 16,5 %]). En revanche, une différence statistiquement significative selon le sexe est observée. Chez les hommes, les employés regroupent la part la plus importante des victimes d'accident alors que chez les femmes, ce sont les cadres et les professions intellectuelles supérieures (Tableau 2).

La proportion d'accidents est plus élevée pour les personnes déclarant une situation financière difficile (16,9 % [15,6 % - 18,3 %]) que pour celles déclarant être à l'aise financièrement ou considérant que « ça va » ou « c'est juste », pour lesquelles la proportion avoisine les 13 %. Ce constat s'observe quel que soit le sexe (Tableau 2).

FIGURE 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	1 377	11,7	[11,0 - 12,4]	12,6	[11,5 - 13,7]	10,7	[9,7 - 11,7]
Bac	1 261	15,7	[14,7 - 16,7]	17,4	[15,9 - 18,9]	14,1	[12,8 - 15,4]
Supérieur au Bac	2 231	15,2	[14,5 - 15,9]	15,6	[14,6 - 16,7]	14,8	[13,9 - 15,7]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	288	9,9	[8,5 - 11,4]	10,5	[8,8 - 12,4]	8,8	[6,7 - 11,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	917	13,7	[12,8 - 14,7]	13,0	[11,8 - 14,3]	14,7	[13,2 - 16,3]
Professions intermédiaires	1 323	14,0	[13,1 - 14,8]	13,9	[12,6 - 15,3]	14,0	[12,9 - 15,1]
Employés	1 203	13,4	[12,5 - 14,3]	17,6	[15,5 - 19,9]	12,3	[11,3 - 13,2]
Ouvriers	798	15,3	[14,1 - 16,5]	16,1	[14,7 - 17,5]	12,6	[10,4 - 15,1]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	645	13,5	[12,4 - 14,7]	15,2	[13,6 - 17,1]	11,8	[10,4 - 13,4]
Ça va	1 624	12,8	[12,1 - 13,5]	13,3	[12,2 - 14,4]	12,4	[11,4 - 13,3]
C'est juste	1 667	13,5	[12,8 - 14,3]	14,1	[13,0 - 15,3]	12,9	[11,9 - 13,9]
C'est difficile, endetté	933	16,9	[15,6 - 18,3]	18,4	[16,4 - 20,5]	15,5	[13,9 - 17,3]
Total	4 869	13,8	[13,3 - 14,2]	14,6	[14,0 - 15,3]	13,0	[12,4 - 13,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

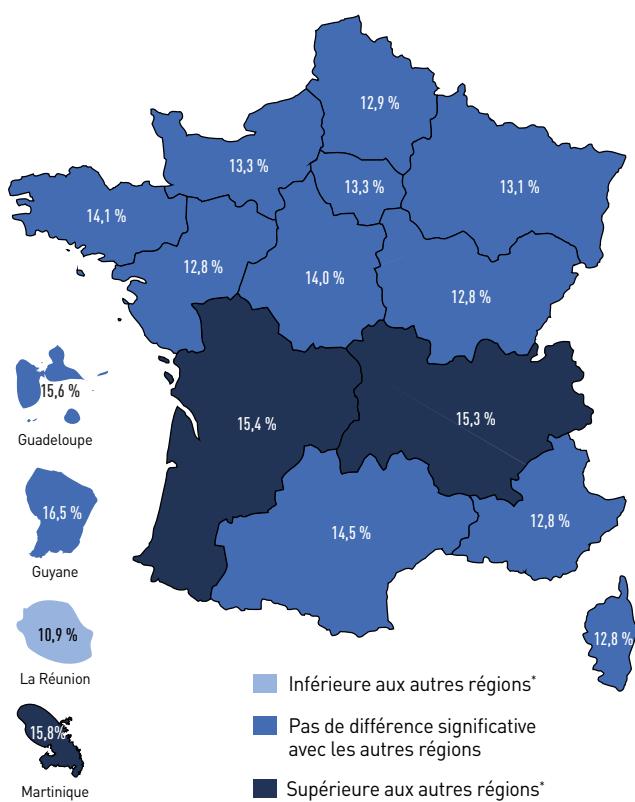
Note de lecture : 11,7 % des personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Des disparités régionales

De façon globale, de faibles disparités régionales sont observées. En Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Martinique, la proportion de victimes d'accidents est significativement supérieure à la moyenne des autres régions (Carte 2). À l'inverse, la proportion est significativement inférieure à la Réunion (10,9 % [9,0 % - 13,1 %]).

CARTE 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois selon la région



Note de lecture : 15,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

TRAUMATISMES CRÂNIENS

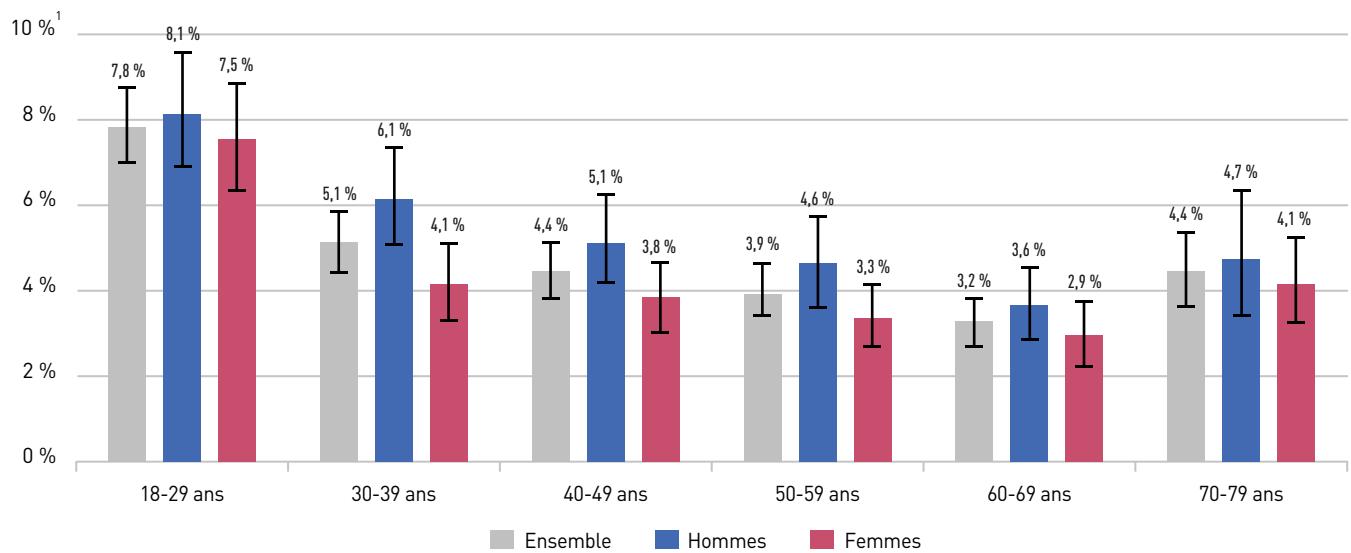
Un adulte sur vingt résidant en France hexagonale déclare avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois est de 4,9 % [4,6 % - 5,2 %]. Cette proportion est plus élevée parmi les hommes (5,5 % [5,0 % - 5,9 %]) en comparaison des femmes (4,3 % [4,0 % - 4,7 %]). Elle diminue régulièrement entre les 18-29 ans (7,8 % [7,0 % - 8,7 %]) et les 60-69 ans (3,2 % [2,7 % - 3,8 %]) et semble remonter chez les 70-79 ans (4,4 % [3,6 % - 5,3 %]) (Figure 3).

Des différences selon le niveau de diplôme et la situation financière perçue

Les personnes avec un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat (4,2 % [3,8 % - 4,7 %]) sont en proportion moins nombreuses à déclarer avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois que les personnes détentrices du Baccalauréat (5,8 % [5,1 % - 6,4 %]) ou ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat (5,1 % [4,7 % - 5,5 %]), cette différence n'étant pas statistiquement significative chez les hommes.

Aucune différence statistiquement significative n'est observée en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. En revanche, la proportion de personnes déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée chez les personnes déclarant une situation financière difficile (6,4 % [5,5 % - 7,4 %]) que chez celles percevant leur situation financière plus favorablement (« c'est juste », « ça va » ou « à l'aise ») (Tableau 3), cette différence n'étant pas statistiquement significative chez les femmes.

FIGURE 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, France hexagonale

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois, France hexagonale

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau de diplôme		*				*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	394	4,2	[3,8 - 4,7]	5,0	[4,3 - 5,8]	3,4	[2,9 - 4,1]
Bac	394	5,8	[5,1 - 6,4]	6,1	[5,2 - 7,1]	5,4	[4,6 - 6,4]
Supérieur au Bac	656	5,1	[4,7 - 5,5]	5,7	[5,0 - 6,4]	4,6	[4,1 - 5,2]
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	101	4,5	[3,6 - 5,6]	5,0	[3,8 - 6,5]	3,6	[2,3 - 5,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	276	4,2	[3,7 - 4,8]	4,3	[3,6 - 5,1]	4,1	[3,3 - 5,0]
Professions intermédiaires	379	4,9	[4,4 - 5,5]	5,9	[5,0 - 6,9]	4,2	[3,5 - 4,9]
Employés	316	4,4	[3,9 - 5,0]	6,5	[5,1 - 8,2]	3,9	[3,3 - 4,5]
Ouvriers	235	5,3	[4,6 - 6,2]	5,4	[4,6 - 6,4]	4,9	[3,6 - 6,5]
Situation financière perçue		*	*	*			
À l'aise	208	4,5	[3,8 - 5,2]	4,7	[3,8 - 5,7]	4,3	[3,4 - 5,3]
Ça va	526	4,7	[4,2 - 5,2]	5,0	[4,4 - 5,7]	4,3	[3,7 - 5,0]
C'est juste	462	4,6	[4,1 - 5,1]	5,2	[4,5 - 6,0]	4,0	[3,4 - 4,6]
C'est difficile, endetté	248	6,4	[5,5 - 7,4]	7,8	[6,2 - 9,5]	5,1	[4,1 - 6,2]
Total	1 444	4,9	[4,6 - 5,2]	5,5	[5,0 - 5,9]	4,3	[4,0 - 4,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

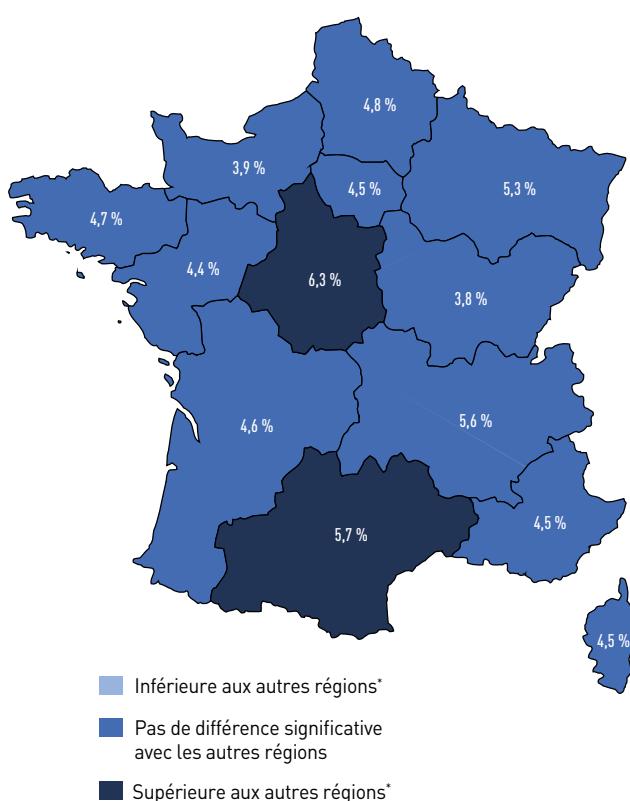
Note de lecture : 4,2 % des personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale.

Peu de disparités régionales

Peu de disparités régionales sont observées. Néanmoins, dans les régions Centre-Val de Loire (6,3 % [4,9 % - 7,9 %]) et Occitanie (5,7 % [4,8 % - 6,8 %]), la proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois est supérieure de manière statistiquement significative à la moyenne des autres régions (Carte 3).

CARTE 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois selon la région



Note de lecture : 6,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Centre-Val de Loire déclarent avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

DISCUSSION

Le Baromètre de Santé publique France 2024 a permis d'actualiser les connaissances sur l'épidémiologie des accidents en général et des chutes chez les 18-79 ans en France en population générale (les précédentes données sur ces événements ayant été produites en 2005 et en 2010). Contrairement aux éditions antérieures qui ciblaient uniquement les tranches d'âge supérieures (40-75 ans en 2005 et 55-85 ans en 2010), les questions relatives aux chutes ont été étendues à l'ensemble des adultes de 18 à 79 ans.

Par ailleurs, cette édition du Baromètre de Santé publique France a également permis de produire pour la première fois des connaissances épidémiologiques sur les traumatismes crâniens chez les adultes de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale grâce à l'intégration d'un nouveau module de questions.

DES RÉSULTATS DONT LES ORDRES DE GRANDEUR SONT GLOBALEMENT COHÉRENTS AVEC CEUX RETROUVÉS DANS LES ÉDITIONS ANTÉRIEURES DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE ET LA LITTÉRATURE

La méthode d'enquête utilisée dans cette édition 2024 (multimode par téléphone et internet, cf. synthèse « Méthode de l'enquête ») est différente de celle utilisée dans les éditions 2005 et 2010 (monomode par téléphone). Par ailleurs, les classes d'âge interrogées ne sont pas identiques. Dans ce contexte, il est important de rester prudent dans la comparaison des indicateurs de cette édition 2024 avec ceux des éditions 2005 et 2010.

Concernant les chutes, dans le Baromètre de Santé publique France 2024, la proportion de personnes déclarant avoir chuté au moins une fois dans l'année était comprise entre 17 et 20 % parmi les tranches d'âge supérieures à 50 ans. La proportion plus élevée de chute chez les femmes dans l'édition 2024 avait également été observée dans les éditions 2005 et 2010, et ce quelle que soit la classe d'âge [5, 6]. Des analyses supplémentaires sont prévues, notamment ce qui concerne l'évolution de la proportion de chuteurs dans le temps.

Concernant les accidents en général, en 2024, 13,8 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent un accident au cours des 12 derniers mois, cette proportion étant respectivement de 8,9 % et de 10,4 % dans la population des 15-75 ans des éditions 2005 et 2010 [5, 7]. Les analyses plus étayées, réalisées à partir de ces données du Baromètre de Santé publique France 2024, permettront de caractériser le profil des victimes en fonction du type d'accident (accident du travail, accident de la circulation, accident domestique, accident de sport ou de loisirs) et le recours aux soins associés. En cohérence avec les résultats retrouvés dans les éditions 2005 et 2010 du Baromètre de Santé publique France [5, 7], la proportion d'accident dans l'édition 2024 est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette différence entre hommes et femmes apparaît très dépendante de l'âge. De façon globale, les jeunes adultes présentent la proportion d'accidents la plus élevée de toutes les classes d'âge et les proportions diminuent avec l'âge.

CETTE NOUVELLE ÉDITION DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE APPORTE DE NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LES CHUTES, ACCIDENTS ET TRAUMATISMES CRÂNIENS

Dans cette nouvelle édition du Baromètre de Santé publique France, des connaissances sur les chutes ont été produites pour une population élargie, incluant les jeunes adultes, absents des éditions précédentes.

Il est intéressant de noter que ce sont eux, les jeunes âgés de 18 à 29 ans, qui présentent la proportion de chuteurs la plus élevée. La littérature montre que les proportions de chuteurs sont élevées chez les jeunes adultes, mais la classe d'âge la plus à risque reste celle des plus âgés, avec des proportions de chuteurs qui augmentent avec l'âge [8-10]. Toutefois, il existe encore très peu de données dans la littérature concernant les chutes chez les jeunes adultes et c'est la première fois que sont produites ces données en France, ce qui en limite notre comparaison aux autres travaux existants à l'international. Cette proportion de chuteurs élevée chez les 18-29 ans observée dans le Baromètre de Santé publique France 2024 pourrait s'expliquer par une exposition à des situations plus dangereuses et des comportements plus risqués par rapport aux adultes à mi-vie, notamment en raison de la participation plus importante à des loisirs et activités sportives considérés à risque [10], et par rapport aux

seniors, cela pourrait résulter d'un biais de mémorisation plus important chez ces derniers.

La classe d'âge des plus âgés reste grandement impactée par la problématique des chutes, comme dans les éditions 2005 et 2010 [5, 6], ces données récentes du Baromètre de Santé publique France 2024 mettent ainsi en évidence la nécessité de prolonger le plan antichute et d'élargir les campagnes de prévention au-delà des seules personnes âgées pour cibler également les jeunes adultes. Les analyses plus étayées, réalisées à partir de ces données du Baromètre de Santé publique France 2024, permettront de caractériser le profil des victimes de chutes, les circonstances entourant cet incident et le recours aux soins associés, en particulier chez les jeunes adultes.

Grâce à l'intégration d'un nouveau module de questions sur les TC, il a été possible, pour la première fois, de quantifier et de décrire en 2024 les victimes de TC en France hexagonale chez les adultes de 18 à 79 ans. La proportion de TC déclarée dans ce Baromètre de Santé publique France 2024 est de 4,9 %. Dans la littérature, les proportions de TC déclarées au cours des 12 derniers mois chez les adultes, issues de données d'enquêtes, sont très hétérogènes et varient entre 2 % et 12 %. La proportion retrouvée dans notre étude se situe donc dans la partie basse de la fourchette des proportions retrouvées dans la littérature [11].

Les caractéristiques démographiques de victimes de TC sont partiellement cohérentes avec les données de la littérature, notamment concernant le risque plus élevé de TC chez les hommes par rapport aux femmes retrouvé dans la plupart des études [12]. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer cet écart hommes/femmes : la plus grande propension des hommes à prendre des risques, la consommation plus fréquente de substances psychoactives, l'exercice de métiers plus exposés aux risques d'accidents et la pratique d'activités de sports et de loisirs plus accidentogènes.

Ces premières analyses des données du Baromètre de Santé publique France montrent que les classes d'âge les plus touchées par les TC dans la population adulte sont les jeunes adultes. Dans la littérature, ils représentent la deuxième classe d'âge la plus à risque de TC dans la population adulte derrière les personnes âgées [13]. Une moindre déclaration des TC dans les 12 derniers mois par les plus âgés pourrait contribuer à expliquer ce résultat.

UNE ABSENCE DE GRADIENT CLAIR DE LA FRÉQUENCE DES TRAUMATISMES SELON LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Les proportions de chute, d'accident et de TC varient selon les caractéristiques socio-économiques. Les proportions de personnes déclarant une chute, un accident ou un traumatisme crânien semblent ainsi plus faibles chez les personnes présentant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat alors qu'elles sont plus élevées chez les personnes déclarant y arriver difficilement financièrement ou ne pas y arriver sans faire de dette. Mais globalement aucun gradient clair n'apparaît. Dans la littérature, plusieurs études font état d'un gradient inverse entre le statut socio-économique et la mortalité par traumatisme : les taux de mortalité sont plus élevés chez les personnes les plus défavorisées d'un point de vue socio-économique. Mais les résultats sont plus contrastés pour les traumatismes non-suivis de décès. Les études ne montrent pas systématiquement de gradients clairs et dans certaines études des taux d'incidence plus élevés sont retrouvés chez les personnes les moins défavorisées d'un point de vue socio-économique [14].

Ces premiers résultats produits à partir du Baromètre de Santé publique France de 2024 montrent que les chutes, les accidents et les traumatismes crâniens restent des traumatismes fréquents. Au vu de leurs conséquences en termes de mortalité, de séquelles, de limitations, de dégradation de la qualité de vie, de coûts pour le système de santé et plus largement pour la société, les traumatismes représentent indéniablement un enjeu de Santé publique majeur. Il est souhaitable que ces premières analyses et celles plus étayées qui suivront, permettent de rendre plus visible cet enjeu et qu'elles contribuent à orienter les mesures de prévention. Il existe d'ores et déjà le plan antichute des personnes âgées, qui visent à réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes, mais celui-ci pourrait être décliné à l'ensemble de la population avec des actions de prévention ciblée à chaque classe d'âge. Dans l'attente des analyses plus détaillées à venir, nos travaux incitent à évaluer l'intérêt d'actions de prévention des chutes, accidents et TC, efficaces ou prometteuses, en ciblant effectivement les adultes jeunes et renforcer celles existantes chez les sous-populations en situation financières difficiles. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(13):218-43. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html
- [2] Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev.* 2016;22(1):3-18
- [3] Polinder S, Haagsma J, Panneman M, Scholten A, Brugmans M, Van Beeck E. The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. *Accid Anal Prev.* 2016;93:92-100.
- [4] Torres M, Pédrone G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. Chutes des personnes âgées à domicile: caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020. 139 p. Santé Publique France. 2020;138
- [5] Beck FG, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. : Inpes; 2007
- [6] Léon C, Beck F. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé. 2010;194
- [7] Richard J-B, Thélot B, Beck F. Les accidents en France: évolution et facteurs associés. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(3):205-12
- [8] Verma SK, Willets JL, Corns HL, Marucci-Wellman HR, Lombardi DA, Courtney TK. Falls and Fall-Related Injuries among Community-Dwelling Adults in the United States. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150939
- [9] James MK, Victor MC, Saghir SM, Gentile PA. Characterization of fall patients: Does age matter? *J Safety Res.* 2018;64:83-92
- [10] Cho H, Heijnen MJH, Craig BA, Rietdyk S. Falls in young adults: The effect of sex, physical activity, and prescription medications. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250360
- [11] Daugherty J, Peterson A, Black L, Waltzman D. Summary of the Centers for Disease Control and Prevention's Self-reported Traumatic Brain Injury Survey Efforts. *J Head Trauma Rehabil.* 2025;40(1):E1-e12
- [12] Brazinova A, Rehorcikova V, Taylor MS, Buckova V, Majdan M, Psota M, et al. Epidemiology of Traumatic Brain Injury in Europe: A Living Systematic Review. *J Neurotrauma.* 2021;38(10):1411-40
- [13] Gardner RC, Dams-O'Connor K, Morrissey MR, Manley GT. Geriatric Traumatic Brain Injury: Epidemiology, Outcomes, Knowledge Gaps, and Future Directions. *J Neurotrauma.* 2018;35(7):889-906
- [14] Yuma-Guerrero P, Orsi R, Lee PT, Cubbin C. A systematic review of socioeconomic status measurement in 13 years of U.S. injury research. *J Safety Res.* 2018;64:55-72

AUTEURS

Louis-Marie Paget¹, Emma Eonnet¹, Joël Coste¹, Laurence Guldner¹, Marion J Torres¹,
Marie-Prisca Chaffard Luçon¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Sommeil : temps moyen sur 24 heures et plainte d'insomnie

POINTS CLÉS

- En 2024, **le temps de sommeil moyen sur 24 heures** déclaré par les adultes âgés de 18 à 79 ans est de **7 heures 32 minutes**.
- **21,5 % sont considérés comme « courts dormeurs »** (dormant 6 heures ou moins), les plus concernés sont les hommes et les personnes âgées de 40 à 59 ans.
- **Un tiers des adultes est en situation de plainte d'insomnie** (difficultés à s'endormir ou réveils nocturnes) avec une proportion particulièrement élevée chez les femmes âgées de 70 à 79 ans (43,4 %).
- Les plus concernés par un sommeil altéré sont les ouvriers, les employés, ceux disposant de diplômes les moins élevés et de manière encore plus prononcée, les personnes déclarant une situation financière difficile.
- Des disparités territoriales sont observées : **les indicateurs de sommeil sont particulièrement altérés dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)**. En France hexagonale, les régions de l'ouest de la France (Bretagne et Pays de la Loire) se distinguent par des temps de sommeil plus élevés et des proportions de courts dormeurs plus faibles.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 inclut un module de questions portant sur les habitudes de sommeil. Celles-ci permettent de mesurer différents indicateurs en lien avec la qualité du sommeil, dont trois sont présentés dans le cadre de cette synthèse :

1) **le temps de sommeil moyen sur 24 heures** est calculé à partir des réponses aux questions relatives aux heures habituelles de coucher et de réveil (que ce soit un jour de semaine ou de week-end), au temps estimé pour s'endormir et à la durée moyenne d'éventuels réveils nocturnes. Il prend également en compte le temps hebdomadaire de sieste ;

2) **les courts dormeurs** sont définis en se basant sur le temps de sommeil nocturne (n'incluant pas les siestes) et uniquement les jours de semaine (ou un jour de travail pour les personnes déclarant une activité professionnelle). Les courts dormeurs correspondent aux personnes dont ce temps de sommeil est inférieur ou égal à 6 heures ;

3) **la plainte d'insomnie** est obtenue uniquement à partir des questions relatives au temps d'endormissement et à la durée des réveils nocturnes. Elle ne correspond pas à l'insomnie chronique telle qu'elle peut être quantifiée selon les critères du DSM-V [11]. On entend par plainte d'insomnie les personnes déclarant mettre en moyenne plus de 30 minutes à s'endormir ou se réveiller la nuit pendant plus de 30 minutes plus de 3 nuits par semaine.

Ces trois indicateurs ont pu être calculés pour l'ensemble de l'échantillon grâce à un nettoyage des données et un traitement de la non-réponse partielle par imputation (cf. synthèse « Méthode de l'enquête ») en cas de réponse incohérente ou de réponse manquante (« ne sait pas » ou « ne souhaite pas répondre ») à l'une au moins des questions concernées.

Évolutions : En plus des modifications apportées en 2024 à la méthode de l'enquête Baromètre de Santé publique France (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »), les questions et les indicateurs relatifs au sommeil ont également évolué par rapport aux éditions antérieures. Par conséquent, les évolutions ne sont pas présentées.

CONTEXTE

Le sommeil constitue une fonction biologique fondamentale, indispensable au maintien de la santé physique, psychologique et cognitive [1,2]. En France, les habitudes de sommeil ont connu une évolution importante au cours des dernières décennies [3], notamment en lien avec les évolutions du mode de vie (usage accru des technologies numériques, développement du travail posté de nuit, augmentation du temps de trajet domicile-travail, exposition à la lumière artificielle le soir et la nuit, etc.). Ces transformations ont contribué à une réduction significative du temps moyen de sommeil : en 50 ans, ce temps a diminué d'une heure et demi en France, estimé pour la première fois à moins de sept heures par nuit pour la population adulte en 2017 [4] alors qu'une durée comprise entre sept et neuf heures pour les adultes est recommandée [5].

Parallèlement à cette diminution quantitative, la qualité de sommeil de la population française semble s'être altérée [6], tout particulièrement pendant la crise sanitaire de 2020 avec une dégradation marquée des indicateurs de sommeil [7,8]. L'un des troubles les plus fréquemment rapportés est l'insomnie, définie cliniquement comme

une difficulté d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents ou précoces, accompagnés d'un retentissement diurne significatif (fatigue, irritabilité, troubles de la concentration). En France, près de 15 % des adultes souffriraient d'une forme chronique [4]. Ces chiffres traduisent une prévalence préoccupante, en particulier chez certaines populations telles que les femmes ou les personnes vivant des situations de précarité ou des événements de vie difficiles [9].

Les temps de sommeil insuffisants et l'insomnie constituent aujourd'hui un véritable enjeu pour les politiques publiques, en raison de leurs répercussions sur la qualité de vie, la productivité, la santé mentale et le risque accru de pathologies (maladies cardiovasculaires, troubles métaboliques, risque accidentel, etc.) [10].

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de continuer à alimenter les connaissances sur les habitudes de sommeil des Français et les facteurs associés notamment pour orienter les politiques de prévention, promouvoir une meilleure hygiène du sommeil, et améliorer, *in fine*, la prise en charge des troubles associés.

RÉSULTATS

UN TEMPS DE SOMMEIL MOYEN DE 7H32, TRÈS INÉGAL SELON L'ÂGE

En 2024, le temps moyen de sommeil sur 24 heures des adultes de 18-79 ans s'élève à 7h32 (intervalle de confiance à 95 % : [7 h 31 - 7 h 33]), moyenne identique chez les hommes et les femmes (Tableau 1). Ce temps de sommeil varie fortement selon l'âge (Figure 1) ; il est minimal pour les personnes âgées de 50 à 59 ans (7 h 16 [7 h 14 - 7 h 19]) et maximal pour les classes d'âges extrêmes avec des dynamiques différentes selon le sexe : chez les femmes, le temps de sommeil moyen le plus élevé est observé chez les 18-29 ans (7 h 53 [7 h 50 - 7 h 56]) alors que chez les hommes il est maximal chez les plus âgés (7 h 51 [7 h 46 - 7 h 57] pour les 70-79 ans).

DES INDICATEURS DE SOMMEIL ALTÉRÉS VARIANT SELON LE SEXE ET LA STRUCTURE DU FOYER

La proportion de courts dormeurs (personnes dont le temps de sommeil nocturne en semaine ne dépasse pas 6 heures) s'élève à 21,5 % [20,9 % - 22,0 %] parmi les adultes de 18-79 ans (Tableau 2). Cette proportion est plus importante chez les hommes (22,4 % [21,6 % - 23,2 %]) que chez les femmes (20,6 % [19,9 % - 21,4 %]) ainsi que chez les 50 et 59 ans (26,1 % [24,8 % - 27,5 %]) par rapport aux âges extrêmes. La part de courts dormeurs varie selon la situation du foyer : elle concerne 25,6 % des personnes vivant au sein d'une famille monoparentale contre 17,7 % des couples sans enfant.

La plainte d'insomnie est observée chez un adulte de 18-79 ans sur trois (33,1 % [32,5 % - 33,7 %]), plus largement chez les femmes (37,7 % [36,9 % - 38,6 %]) que

TABLEAU 1 | Temps de sommeil moyen sur 24 heures parmi les adultes de 18-79 ans

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		Durée ¹	IC 95 %	Durée	IC 95 %	Durée	IC 95 %
Type de ménage		*				*	
Personne seule	7 690	7 h 31	[7 h 29 - 7 h 34]	7 h 33	[7 h 29 - 7 h 36]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 34]
Famille monoparentale	4 218	7 h 25	[7 h 21 - 7 h 28]	7 h 23	[7 h 17 - 7 h 29]	7 h 26	[7 h 22 - 7 h 31]
Couple sans enfant	10 038	7 h 38	[7 h 36 - 7 h 40]	7 h 40	[7 h 37 - 7 h 42]	7 h 37	[7 h 34 - 7 h 39]
Couple avec enfant(s)	9 289	7 h 24	[7 h 23 - 7 h 27]	7 h 21	[7 h 19 - 7 h 24]	7 h 28	[7 h 25 - 7 h 31]
Autres	3 705	7 h 43	[7 h 40 - 7 h 47]	7 h 45	[7 h 39 - 7 h 50]	7 h 42	[7 h 37 - 7 h 48]
Niveau de diplôme		*				*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	7 h 32	[7 h 30 - 7 h 34]	7 h 35	[7 h 32 - 7 h 38]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 33]
Bac	8 332	7 h 32	[7 h 30 - 7 h 34]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 33]	7 h 34	[7 h 31 - 7 h 37]
Supérieur au Bac	14 723	7 h 32	[7 h 30 - 7 h 33]	7 h 30	[7 h 28 - 7 h 32]	7 h 33	[7 h 31 - 7 h 35]
PCS²							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	7 h 35	[7 h 31 - 7 h 39]	7 h 35	[7 h 31 - 7 h 40]	7 h 34	[7 h 27 - 7 h 41]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	7 h 30	[7 h 28 - 7 h 32]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 33]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 33]
Professions intermédiaires	9 057	7 h 30	[7 h 28 - 7 h 32]	7 h 28	[7 h 25 - 7 h 31]	7 h 32	[7 h 29 - 7 h 35]
Employés	8 779	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 32]	7 h 30	[7 h 25 - 7 h 36]	7 h 30	[7 h 27 - 7 h 32]
Ouvriers	5 357	7 h 32	[7 h 29 - 7 h 36]	7 h 33	[7 h 29 - 7 h 36]	7 h 31	[7 h 24 - 7 h 38]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 854	7 h 38	[7 h 35 - 7 h 40]	7 h 33	[7 h 30 - 7 h 37]	7 h 42	[7 h 39 - 7 h 46]
Ça va	12 490	7 h 37	[7 h 35 - 7 h 39]	7 h 37	[7 h 34 - 7 h 40]	7 h 37	[7 h 34 - 7 h 39]
C'est juste	12 007	7 h 29	[7 h 27 - 7 h 31]	7 h 31	[7 h 28 - 7 h 34]	7 h 28	[7 h 25 - 7 h 31]
C'est difficile, endetté	5 589	7 h 22	[7 h 19 - 7 h 26]	7 h 21	[7 h 16 - 7 h 26]	7 h 23	[7 h 19 - 7 h 28]
Total	34 940	7 h 32	[7 h 31 - 7 h 33]	7 h 32	[7 h 30 - 7 h 33]	7 h 32	[7 h 31 - 7 h 34]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

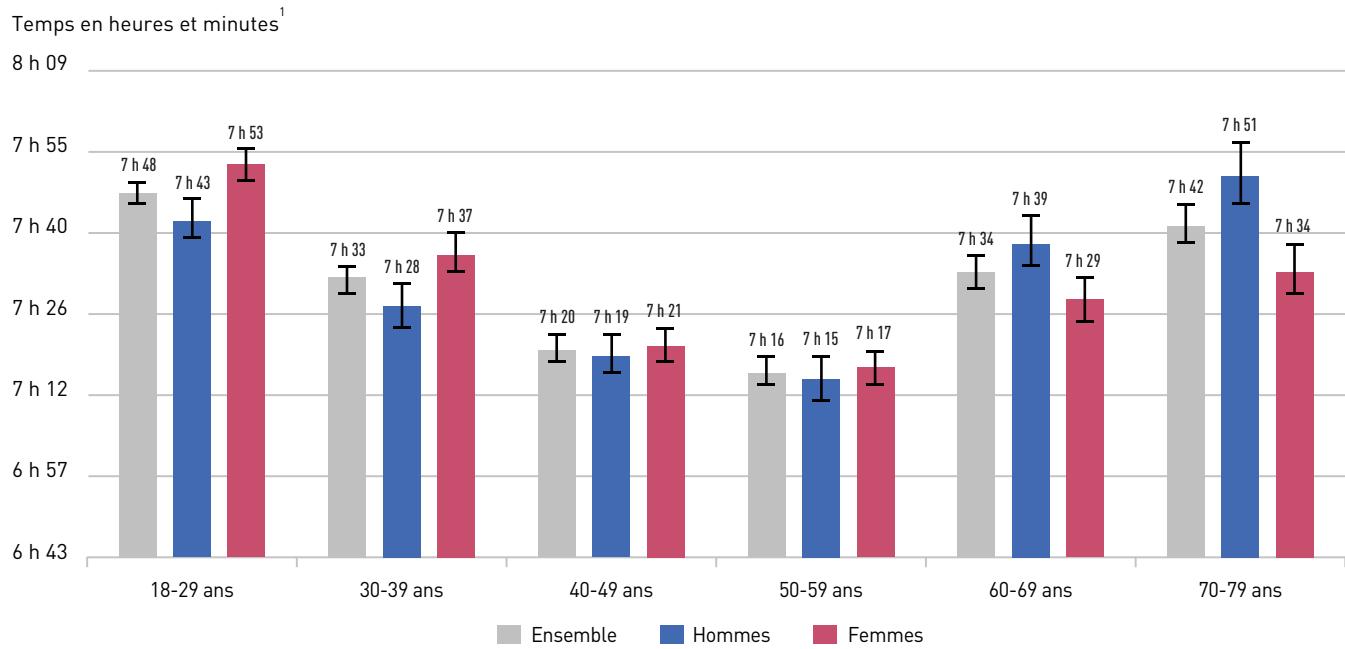
Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test de Wald).

1. Heures et minutes.

2. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : la moyenne du temps de sommeil sur 24 heures parmi les adultes de 18 à 79 ans vivant seuls s'élève à 7 h 31.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 1 | Temps de sommeil moyen sur 24 heures parmi les adultes de 18-79 ans selon le sexe et l'âge

1. Temps pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

chez les hommes [28,2 % [27,3 % - 29,0 %]] (Tableau 2). La proportion de personnes en situation de plainte d'insomnie augmente avec l'âge : chez les hommes, elle concerne de manière uniforme un peu plus de 25 % des personnes de 18-49 ans contre environ 30 % des 50-79 ans. Chez les femmes en revanche, elle augmente de manière quasi linéaire, passant de 31,7 % pour celles âgées de 18-29 ans à 43,4 % des 70-79 ans. Comme pour la proportion de courts dormeurs, la proportion de plainte d'insomnie est plus élevée parmi les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (37,1 %), mais elle l'est également parmi les personnes déclarant vivre seules (36,8 %).

UN SOMMEIL INSUFFISANT ET DE MOINS BONNE QUALITÉ PARMI LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES

Les indicateurs de sommeil observés varient de manière importante selon le niveau socio-économique. Notamment, plus la situation financière déclarée est difficile, plus le sommeil semble se dégrader tant en quantité qu'en qualité (Tableaux 1 et 2). Le temps de sommeil moyen diminue, passant de 7 h 38 pour les personnes déclarant être à l'aise financièrement à 7 h 22 pour les

personnes déclarant y arriver difficilement ou ne pas y arriver sans faire de dette. Des tendances identiques sont observées concernant les proportions de courts dormeurs (passant respectivement de 15,4 % à 29,0 %) ainsi que de situations de plainte d'insomnie (respectivement de 24,8 % à 45,8 %) avec un résultat tout particulièrement élevé parmi les femmes les plus en difficultés financièrement (50,5 % d'entre elles sont en situation de plainte d'insomnie).

De même, les moins diplômés (sans diplôme ou inférieur au Baccalauréat) sont proportionnellement plus nombreux à être courts dormeurs (24,3 % contre 17,6 % parmi ceux disposant d'un diplôme supérieur au Baccalauréat) mais également à décrire une situation de plainte d'insomnie (respectivement 37,9 % contre 28,0 %).

Enfin, les indicateurs de sommeil diffèrent selon la catégorie socioprofessionnelle : la proportion de courts dormeurs la plus importante est observée parmi les ouvriers (27,0 %) et la proportion de plainte d'insomnie est maximale parmi les employés (38,8 %). Les cadres et professions intellectuelles supérieures, à l'inverse, bénéficient des indicateurs les plus favorables (16,0 % de courts dormeurs et 26,4 % en situation de plainte d'insomnie).

TABLEAU 2 | Courts dormeurs et plainte d'insomnie parmi les adultes de 18-79 ans

	n	Courts dormeurs						Plainte d'insomnie					
		Ensemble		Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*		*		*		*	
18-29 ans	6 152	18,9	[17,7-20,2]	20,1	[18,3-22,0]	17,7	[16,2-19,4]	29,0	[27,5-30,4]	26,3	[24,3-28,4]	31,7	[29,7-33,7]
30-39 ans	5 794	20,4	[19,1-21,8]	22,9	[20,9-25,0]	18,1	[16,4-19,8]	29,3	[27,9-30,8]	25,0	[23,0-27,2]	33,3	[31,3-35,4]
40-49 ans	6 234	24,7	[23,4-26,1]	25,5	[23,6-27,6]	24,0	[22,2-25,9]	31,5	[30,1-32,9]	26,6	[24,7-28,7]	36,1	[34,1-38,1]
50-59 ans	6 559	26,1	[24,8-27,5]	28,4	[26,4-30,4]	23,9	[22,2-25,8]	35,9	[34,5-37,4]	30,0	[28,0-32,1]	41,5	[39,5-43,6]
60-69 ans	6 116	20,4	[19,1-21,7]	19,5	[17,7-21,5]	21,2	[19,4-23,1]	36,8	[35,3-38,4]	31,8	[29,7-34,0]	41,3	[39,2-43,5]
70-79 ans	4 085	17,3	[15,6-18,7]	15,9	[13,9-18,0]	18,4	[16,5-20,5]	37,3	[35,5-39,1]	29,8	[27,3-32,4]	43,4	[40,9-46,0]
Type de ménage		*		*		*		*		*		*	
Personne seule	7 690	23,1	[21,9-24,3]	23,9	[22,2-25,8]	22,3	[20,8-24,0]	36,8	[35,4-38,2]	32,7	[30,8-34,7]	40,7	[38,8-42,6]
Famille monoparentale	4 218	25,6	[23,9-27,4]	27,3	[24,4-30,3]	24,6	[22,5-26,8]	37,1	[35,2-39,1]	32,2	[29,3-35,3]	40,3	[37,8-42,9]
Couple sans enfant	10 038	17,7	[16,8-18,7]	18,0	[16,7-19,4]	17,5	[16,3-18,8]	32,7	[31,6-33,8]	26,8	[25,3-28,3]	38,4	[36,8-40,0]
Couple avec enfant(s)	9 289	22,5	[21,5-23,6]	24,7	[23,1-26,3]	20,5	[19,1-21,9]	29,7	[28,6-30,8]	25,4	[23,8-27,1]	33,9	[32,3-35,5]
Autres	3 705	21,1	[19,4-22,9]	21,0	[18,6-23,6]	21,1	[18,8-23,6]	31,5	[29,6-33,5]	26,8	[24,2-29,5]	36,8	[34,0-39,8]
Niveau de diplôme		*		*		*		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	24,3	[23,4-25,3]	25,2	[23,8-26,6]	23,4	[22,1-24,8]	37,9	[36,8-39,0]	32,6	[31,1-34,1]	43,4	[41,8-44,9]
Bac	8 332	22,5	[21,4-23,6]	23,6	[22,0-25,2]	21,5	[20,1-23,0]	32,3	[31,1-33,5]	27,2	[25,6-29,0]	37,0	[35,3-38,7]
Supérieur au Bac	14 723	17,6	[16,8-18,3]	18,0	[16,9-19,2]	17,2	[16,2-18,2]	28,0	[27,2-28,9]	22,9	[21,7-24,1]	32,3	[31,1-33,5]
PCS¹		*		*		*		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	18,6	[16,7-20,6]	19,2	[16,9-21,8]	17,3	[14,4-20,6]	33,6	[31,4-35,9]	30,4	[27,7-33,3]	39,7	[35,8-43,7]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	16,0	[15,0-17,0]	16,2	[14,9-17,6]	15,6	[14,1-17,3]	26,4	[25,2-27,7]	22,6	[21,1-24,2]	31,7	[29,8-33,7]
Professions intermédiaires	9 057	21,3	[20,2-22,3]	22,4	[20,8-24,1]	20,3	[19,0-21,6]	32,1	[30,9-33,2]	27,5	[25,8-29,3]	35,9	[34,3-37,4]
Employés	8 779	22,8	[21,7-23,9]	24,8	[22,3-27,4]	22,2	[21,0-23,5]	38,8	[37,5-40,1]	33,5	[30,8-36,3]	40,2	[38,8-41,6]
Ouvriers	5 357	27,0	[25,5-28,5]	27,4	[25,7-29,1]	25,6	[22,7-28,7]	32,5	[31,0-34,1]	29,8	[28,1-31,5]	41,5	[38,2-44,9]
Situation financière perçue		*		*		*		*		*		*	
À l'aise	4 854	15,4	[14,2-16,7]	16,2	[14,5-18,2]	14,5	[13,0-16,2]	24,8	[23,4-26,2]	20,4	[18,6-22,4]	29,2	[27,1-31,3]
Ça va	12 490	18,3	[17,5-19,2]	19,3	[18,1-20,6]	17,5	[16,4-18,6]	28,7	[27,8-29,7]	23,7	[22,4-25,0]	33,4	[32,1-34,8]
C'est juste	12 007	23,4	[22,5-24,4]	24,1	[22,7-25,5]	22,8	[21,5-24,0]	34,8	[33,7-35,9]	30,0	[28,5-31,6]	39,2	[37,7-40,6]
C'est difficile, endetté	5 589	29,0	[27,4-30,7]	30,8	[28,4-33,3]	27,4	[25,4-29,6]	45,8	[44,1-47,6]	40,7	[38,1-43,3]	50,5	[48,1-52,9]
Total	34 940	21,5	[20,9-22,0]	22,4	[21,6-23,2]	20,6	[19,9-21,4]	33,1	[32,5-33,7]	28,2	[27,3-29,0]	37,7	[36,9-38,6]

n: effectifs bruts ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 18,9 % des adultes âgés de 18 à 29 ans sont considérés comme courts dormeurs. 29,0 % des adultes de 18 à 29 ans sont en situation de plainte d'insomnie.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DES DISPARITÉS RÉGIONALES EXISTENT, NOTAMMENT ENTRE LA FRANCE HEXAGONALE ET LES DROM

Les indicateurs de sommeil observés varient selon la région de résidence (Tableau 3). Le temps moyen de sommeil sur une journée de 24 heures est plus élevé dans les régions de l'ouest de la France hexagonale (7 h 38) telles que la Bretagne et les Pays de la Loire et l'est moins en Îles-de-France (7 h 28) ou dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (7 h 26). Ces durées sont très différentes dans les DROM, avec les plus faibles retrouvées dans les Antilles: 7 h 19 en Guadeloupe et 7 h 21 en Martinique. À l'opposé, La Réunion présente le temps de sommeil moyen le plus élevé (7 h 41).

Les proportions les plus élevées de courts dormeurs sont observées dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane) dépassant 30 % dans ces territoires. En France hexagonale, la région Île-de-France se caractérise par une proportion de courts dormeurs significativement plus élevée (24,1 %) par rapport à la moyenne des autres régions tandis que les régions Pays de la Loire, Bretagne et Nouvelle-Aquitaine présentent les proportions les plus faibles. Les situations de plainte d'insomnie sont quant à elles proportionnellement plus nombreuses en Guadeloupe (38,5 %), en Guyane (38,3 %) et à La Réunion (39,4 %).

TABLEAU 3 | Temps de sommeil moyen sur 24 heures, courts dormeurs et plainte d'insomnie parmi les 18-79 ans selon la région

	n	Temps de sommeil moyen sur 24 heures		Courts dormeurs		Plainte d'insomnie	
		Durée ¹	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 044	7h34	[7h31 - 7h38]	19,9	[18,3 - 21,6]	32,5	[30,6 - 34,4]
Bourgogne-Franche-Comté	1 554	7h34	[7h29 - 7h38]	19,7	[17,4 - 22,1]	30,9	[28,3 - 33,6]
Bretagne	1 856	7h38*	[7h34 - 7h42]	18,6*	[16,7 - 20,6]	32,2	[29,9 - 34,6]
Centre-Val de Loire	1 482	7h33	[7h28 - 7h38]	21,3	[19,0 - 23,7]	35,6	[32,8 - 38,4]
Corse	1 460	7h26	[7h21 - 7h31]	22,5	[20,1 - 25,2]	36,3	[33,4 - 39,4]
Grand Est	2 401	7h30	[7h26 - 7h34]	22,8	[21,0 - 24,7]	33,5	[31,3 - 35,6]
Guadeloupe	1 491	7h19*	[7h11 - 7h26]	34,1*	[30,9 - 37,5]	38,5*	[35,1 - 42,1]
Guyane	1 298	7h37	[7h27 - 7h48]	30,4*	[26,6 - 34,4]	38,3*	[34,1 - 42,7]
Hauts-de-France	2 538	7h31	[7h27 - 7h35]	23,3	[21,5 - 25,1]	34,3	[32,2 - 36,3]
Île-de-France	3 884	7h28*	[7h25 - 7h31]	24,1*	[22,5 - 25,7]	33,0	[31,3 - 34,7]
La Réunion	1 568	7h41*	[7h34 - 7h47]	24,2	[21,5 - 27,1]	39,4*	[36,2 - 42,7]
Martinique	1 364	7h21*	[7h13 - 7h28]	32,5*	[29,3 - 35,8]	36,2	[32,7 - 39,7]
Normandie	1 672	7h37	[7h32 - 7h41]	19,6	[17,7 - 21,8]	33,9	[31,4 - 36,4]
Nouvelle-Aquitaine	2 577	7h34	[7h30 - 7h37]	19,3*	[17,7 - 21,1]	33,0	[30,9 - 35,0]
Occitanie	2 575	7h32	[7h29 - 7h36]	20,5	[18,8 - 22,3]	32,7	[30,7 - 34,8]
Pays de la Loire	2 027	7h38*	[7h34 - 7h41]	18,4*	[16,6 - 20,4]	31,0	[28,8 - 33,3]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 149	7h26*	[7h22 - 7h30]	22,0	[20,1 - 24,0]	32,8	[30,6 - 35,1]
Total	34 940	7h32	[7h30 - 7h33]	21,5	[20,9 - 22,0]	33,1	[32,5 - 33,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test de Wald/du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

1. Heures et minutes.

Note de lecture : parmi les adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Guadeloupe, la moyenne du temps de sommeil sur 24 heures s'élève à 7 h 19, 34,1 % sont considérés comme court dormeurs et 38,5 % sont en situation de plainte d'insomnie.

DISCUSSION

Selon les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France, le temps de sommeil moyen sur une journée de 24 heures parmi les personnes âgées de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale, Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion est estimé à plus de 7 heures et demie en 2024, soit une durée moyenne qui respecte les recommandations des spécialistes. Néanmoins, derrière ce premier constat rassurant, notamment après une période de crise sanitaire qui a mis à mal le sommeil tant en quantité qu'en qualité [12, 13], des disparités restent marquées et certains résultats doivent être soulignés.

Plus d'un adulte sur cinq déclare dormir 6 heures ou moins par nuit en semaine. Ces courts dormeurs, surreprésentés parmi les hommes et les personnes âgées de 40 à 59 ans, ont un surrisque de surpoids, d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de maladie cardiovasculaire, de dépression, ou d'accidents [14, 15] et ce, même si de potentielles siestes dans la journée permettent de compenser, en partie, de possibles manques nocturnes. La possibilité de rattraper un déficit de sommeil en dormant plus le week-end est quant à elle discutée [6] et ne peut pallier totalement à la dette qui se crée au cours des journées « normales » la semaine.

En 2024, de manière cohérente avec de précédentes enquêtes [4, 9], les temps de sommeil évoluent selon les âges de la vie : ils sont plus faibles entre 40 et 59 ans sans doute en lien avec une activité professionnelle plus importante notamment par rapport aux plus âgés, mais également en lien avec la présence d'enfants dans le foyer qui, selon notre étude, est associée à des temps de sommeil moyens inférieurs quelle que soit la structure familiale (monoparentale ou biparentale). Ces temps de sommeil sont à l'inverse plus importants aux âges extrêmes avec néanmoins des différences selon le sexe. Entre 18 et 29 ans, les femmes déclarent dormir 10 minutes en moyenne de plus que les hommes du même âge, tandis qu'entre 70 et 79 ans, les femmes ont des temps de sommeil inférieurs de 17 minutes par rapport à ceux des hommes. Les temps de sommeil dégradés observés pour les femmes les plus âgées (70-79 ans) s'accompagnent de plaintes d'insomnie pour 43,4 % d'entre elles, et sont ainsi plus fréquentes par rapport aux femmes plus jeunes. Ces situations de plainte d'insomnie sont par ailleurs plus importantes chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la classe d'âge. Les raisons d'un plus mauvais sommeil chez celles-ci s'avèrent multifactorielles : à la fois biologique (périodes menstruelles, ménopause), psychologique,

du fait d'une prévalence plus élevée des troubles anxiodepressifs, et sociétale, les femmes étant plus impliquées dans les activités domestiques et les prises en charges familiales [16, 17]. Une prévention des troubles du sommeil ciblée pour les femmes est un enjeu de santé publique important [6, 18].

À ces différences de sexe et d'âge, s'ajoutent des disparités socio-économiques particulièrement marquées. Si le statut professionnel et le niveau d'éducation influencent le sommeil, la situation financière perçue est de loin le facteur (parmi ceux étudiés dans cette étude) qui l'impacte le plus, tant en quantité qu'en qualité. En outre, les écarts sont encore plus tranchés parmi les femmes : 19 minutes de temps de sommeil séparent les femmes « à l'aise » financièrement de celles pour lesquelles c'est « difficile ou impossible d'y arriver sans faire de dette » contre 12 minutes pour les hommes ; les situations de plaintes d'insomnie sont quant à elles constatées pour plus d'une femme sur deux parmi les plus en difficultés financièrement. La qualité du sommeil étant fortement liée à la santé mentale [19, 20, 21], ce constat d'indicateurs de sommeil dégradés pour les plus précaires (tout particulièrement chez les femmes), pourrait s'expliquer en partie par une santé mentale moins bonne, par ailleurs observée dans le cadre des analyses réalisées pour les thématiques « épisodes dépressifs » et « troubles anxieux généralisés ». Il est également possible d'envisager l'effet délétère des conditions d'environnement du sommeil souvent perturbées chez les personnes aux revenus plus modestes : bruit, manque d'espace tranquille, temps de transport allongé, insécurité.

Le Baromètre de Santé publique France souligne enfin des différences territoriales importantes. Les indicateurs sont particulièrement dégradés dans les DROM, notamment les temps de sommeil dans les départements des Antilles-Guyane mais également les plaintes d'insomnie plus élevées dans la majorité des DROM et tout particulièrement à La Réunion, territoire dans lequel est pourtant observé le temps de sommeil le plus élevé des régions françaises.

Une attention toute particulière devra donc être portée à l'ensemble des populations identifiées (hommes de 40 à 60 ans, femmes de plus de 70 ans, populations les plus précaires ainsi que résidant en outre-mer) notamment dans le cadre de la feuille de route interministérielle en faveur du sommeil [22] qui a vu le jour en juillet 2025 et dont l'objectif du premier axe, sur les neufs prévus, est d'informer et promouvoir le sommeil comme déterminant de la santé globale. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Walker MP. The role of sleep in cognition and emotion. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1156:168-97.
- [2] Kryger MH. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6e édition. Philadelphia, PA: Elsevier – Health Sciences Division; 2016. 1784p.
- [3] Léger D & Bourdillon F. Éditorial. Le déclin du temps de sommeil en France n'est pas une fatalité. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 [consulté le 22/09/2025];[8-9]:146-8. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_0.html
- [4] Léger D, Zeghnoun A, Faraut B, Richard JB. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 [consulté le 22/09/2025]; [8-9]:149-60. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
- [5] Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015 Mar;1(1):40-43.
- [6] Leger D, Richard JB, Collin O, Sauvet F, Faraut B. Napping and weekend catchup sleep do not fully compensate for high rates of sleep debt and short sleep at a population level (in a representative nationwide sample of 12,637 adults). *Sleep Med.* 2020 Oct;74:278-288.
- [7] Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 28 de l'enquête CoviPrev (28 septembre-5 octobre 2021). Le point sur [En ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2021 [consulté le 22/09/2025]. 4 p. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-28-de-l-enquete-coviprev>
- [8] Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Enquêtes nationales des journées du sommeil [En ligne]. Paris : INSV [consulté le 22/09/2025]. Disponible : <https://institut-sommeil-vigilance.org/archives/>
- [9] Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2012;[44-45]:497-501.
- [10] Garbarino S., Lanteri P., Durando P., Magnavita N., Sannita W.G. Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/social costs of disordered sleep: A rapid review. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Aug 18;13(8):831.
- [11] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.); 2022. 1360 p.
- [12] Beck F, Léger D, Fressard L, Peretti-Watel P, Verger P; COCONEL Group. Covid-19 health crisis and lockdown associated with high level of sleep complaints and hypnotic uptake at the population level. *J Sleep Res.* 2021 Feb;30(1):e13119.
- [13] Beck F, Léger D, Cortaredona S, Verger P, Peretti-Watel P; COCONEL group. Would we recover better sleep at the end of Covid-19? A relative improvement observed at the population level with the end of the lockdown in France. *Sleep Med.* 2021 Feb;78:115-119.
- [14] Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017 Apr;32:246-256.
- [15] Faraut B, Touchette E, Gamble H, Royant-Parola S, Safar ME, Varsat B, Léger D. Short sleep duration and increased risk of hypertension: a primary care medicine investigation. *J Hypertens.* 2012 Jul;30(7):1354-63.
- [16] Brousse C. La vie quotidienne en France depuis 1974. Les enseignements de l'enquête Emploi du temps, Economie et Statistique, 2015 [consulté le 22/09/2025]; n° 478-480:79-117. Disponible : https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2015_num_478_1_10559
- [17] Litti E. L'articulation entre vies familiale et professionnelle repose toujours fortement sur les mères. *Etudes et résultats.* 2024 [consulté le 22/09/2025]; 1298, 8 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/larticulation-entre-vies-familiale-et>
- [18] Leger D, Ferini-Strambi L, Han F, Poyares D, Uchiyama M, Zee PC. Novel perspective of 'poor sleep' in public health: a narrative review. *BMJ Public Health.* 2024 Sep 4;2(2):e000952.
- [19] Corbo I, Forte G, Favieri F, Casagrande M. Poor Sleep Quality in Aging: The Association with Mental Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 17;20(3):1661.
- [20] Andersen TO, Sejling C, Jensen AK, Drews HJ, Ritz B, Varga TV, et al. Nighttime smartphone use, sleep quality, and mental health: investigating a complex relationship. *Sleep.* 2023 Dec 11;46(12):zsad256.
- [21] Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2021 Dec;60:101556.
- [22] Feuille de route interministérielle en faveur d'un sommeil de qualité 2025 2026 [En ligne]. Paris : Direction générale de la santé ; 2025 [consulté le 22/09/2025]. 26 p. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-feuille_de_route_sommeil-a4.pdf

AUTEURS

Arnaud Gautier¹, Christophe Léon¹, Raphaël Andler¹, Damien Léger^{2,3}

1. Santé publique France

2. Université Paris Cité, UMR VIFASOM

3. APHP, Hôtel-Dieu, Consultation de pathologie professionnelle Sommeil Vigilance et Travail, Centre du Sommeil et de la Vigilance

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Bien-être : score de satisfaction de vie

POINTS CLÉS

- En 2024, la majorité des adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarent relativement **satisfaits de leur vie actuelle**.
- Le score moyen de satisfaction de vie actuelle est de **7,1 sur 10**.
- Le score moyen des hommes est comparable à celui des femmes ; les 30-39 ans et les 60-79 ans se disent **davantage satisfaits de leur vie actuelle**.
- **Des disparités sont observées** en matière de statut socio-économique et de conditions de vie, plus particulièrement en fonction de la situation financière perçue.
- Les personnes résidant **dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)** déclarent en moyenne un niveau de satisfaction de vie plus faible en comparaison des habitants de France hexagonale.
- La satisfaction de vie des personnes présentant des **troubles psychiques** (épisodes dépressifs caractérisés, troubles anxieux généralisés) ou ayant eu des **conduites suicidaires** (pensées suicidaires ou tentatives de suicide) apparaît nettement inférieure à celle des individus non concernés.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

Le bien-être subjectif a été mesuré dans l'enquête par l'intermédiaire de deux questions (échelles de Cantril). La première porte sur la satisfaction de vie actuelle : « Sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente la pire vie possible et 10 la meilleure vie possible, où vous situez-vous actuellement ? ». La seconde concerne la projection dans l'avenir : « Toujours sur une échelle allant de 0 à 10, où pensez-vous vous situer dans 5 ans ? ».

Un taux élevé de non-réponses est globalement observé : 32,7 % des individus répondent « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » à au moins l'une des deux questions ; avec en particulier une forte proportion de non-réponses obtenue à la seconde question liée à la projection dans l'avenir (29,5 % vs. 12,2 % pour la première). Les analyses menées autour de cette non-réponse ont également permis de mettre en évidence un profil particulier des non-répondants (notamment davantage de femmes, des personnes plus âgées en moyenne et plus défavorisées socialement). De plus, le profil de santé mentale (indicateurs de trouble psychique et pensées suicidaires) des personnes répondant « Ne sait pas » aux deux échelles diffère de celui des individus ayant indiqué au moins un « Ne veut pas répondre » à l'une des deux questions. Ces observations ont alors conduit à ne pas reconstituer l'indicateur de bien-être créé par l'institut *Gallup* et construit à partir des deux variables [10]. Seule la satisfaction de vie actuelle a donc finalement été retenue en tant qu'indicateur du bien-être des individus, la part plus faible de non-réponses associée ayant permis de réaliser une imputation sur la variable (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Au-delà du calcul de moyennes par groupe, la répartition globale des notes attribuées à la satisfaction de vie observée sur l'ensemble de l'échantillon a guidé le choix de définition des catégories « extrêmes » (score strictement inférieur à 6 et score strictement supérieur à 8) et « intermédiaire » (score compris entre 6 et 8 inclus).

Évolutions : le questionnaire de l'édition 2017 du Baromètre de Santé publique France incluait déjà les échelles de Cantril (présent et avenir), avec des réponses collectées par téléphone. Les enquêteurs insistaient alors pour obtenir une note avant de proposer les options de non-réponse. L'édition 2024 a, quant à elle, proposé ces options dès le départ (en « première intention »). Ce changement de méthode a entraîné un taux de non-réponses plus élevé qui, en plus des évolutions liées au changement de mode de collecte des données (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »), ont ainsi empêché la comparaison des résultats entre les deux éditions.

CONTEXTE

Selon l'OMS, la santé mentale d'un individu ne peut se résumer à une simple absence de trouble psychique. Elle se définit plus largement comme « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » [1]. Le terme de « bien-être » est quant à lui polysémique et souvent considéré ou évalué comme un concept multidimensionnel. Historiquement et selon les disciplines, deux principales conceptions du bien-être dominent : l'aspect « hédonique » et l'aspect « eudémonique » [2, 3]. La première est ainsi plutôt centrée sur le ressenti ou la recherche du plaisir, du confort, le vécu de sensations, émotions ou expériences agréables et d'une minimisation de la souffrance. La seconde est plus en lien avec un aspect rationnel, où le bonheur est davantage fondé sur la façon de vivre en accord avec soi-même, de « se réaliser », de poursuivre et accomplir ses objectifs et d'être épanoui à travers le sens que l'on attribue à la vie. Bien que distinctes, ces deux conceptions du bien-être sont souvent liées [3].

Certains travaux se sont attachés à analyser la façon dont une simple évaluation subjective, exprimée à travers une seule question portant sur la satisfaction ou qualité de vie globale auto-déclarée par les individus vis-à-vis de leur vie actuelle, s'articule avec un ensemble de diverses composantes évaluées du bien-être [2, 4]. Il en ressort que si la mesure de la satisfaction déclarée dans la vie en général peut difficilement rendre compte à elle seule de l'état de l'ensemble des dimensions dont le bien-être est constitué, elle représente tout de même un bon indicateur de ce dernier.

La variable « satisfaction de vie » (« *life satisfaction* ») est régulièrement étudiée dans le cadre de plusieurs grandes enquêtes de la statistique publique à l'échelle nationale, européenne et internationale : l'enquête « Statistiques sur les ressources et conditions de vie » (SRCV) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), partie française de l'enquête *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) menée dans l'ensemble de l'Union Européenne [5, 6] ; l'*European Social Survey* (ESS) [4], et l' « Enquête nationale en Collège

et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances» (EnCLASS, uniquement chez les adolescents) [7] au niveau européen ; ainsi que l'« *OCDE Better life Index* » concernant les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [8]. Bien que la formulation de la question puisse légèrement varier selon l'enquête, il s'agit toujours pour les individus d'auto-évaluer leur degré de satisfaction vis-à-vis de leur vie actuelle sur une « échelle de Cantril », en lui donnant une note allant de 0 à 10 [9]. La *Gallup World Poll*, enquête internationale réalisée par l'institut de sondage *Gallup* au sein d'un ensemble de plus de 150 pays, mesure également la répartition entre différents niveaux de bien-être à partir de ce type d'échelle, en y intégrant une dimension liée à la projection dans l'avenir selon une méthodologie spécifique [10].

L'objectif de cette synthèse est de donner un aperçu de la satisfaction de vie actuelle de la population adulte âgée de 18 à 79 ans résidant en logement ordinaire en France hexagonale ou dans les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique ou La Réunion) en 2024, en analysant notamment les disparités sociales et territoriales ainsi que le lien avec certains indicateurs relatifs à la santé mentale des individus.

RÉSULTATS

LA MAJORITÉ DE LA POPULATION ADULTE ÂGÉE DE 18 À 79 ANS APPARAÎT RELATIVEMENT SATISFAITE DE SA VIE ACTUELLE

En 2024, sur une échelle allant de 0 à 10, le score moyen de satisfaction de vie actuelle déclaré par la population adulte âgée de 18 à 79 ans est de 7,1 (intervalle de confiance à 95 % : [7,11 - 7,16]). La distribution des scores se concentre principalement sur les notes comprises entre 6 et 8 incluses (65,9 % [65,3 % - 66,5 %]). La part de personnes indiquant un score supérieur à 8 est de 17,0 % [16,5 % - 17,5 %] et celle indiquant un score inférieur à 6 est de 17,1 % [16,6 % - 17,6 %] (Figure 1).

LES PLUS ÂGÉS SONT DAVANTAGE SATISFAITS DE LEUR VIE ACTUELLE

En 2024, le score moyen de satisfaction de vie actuelle est équivalent chez les femmes et les hommes (Tableau 1). La répartition des personnes entre les différents niveaux de

satisfaction (scores inférieurs à 6, compris entre 6 et 8 et supérieurs à 8) est également comparable entre les deux sexes (données non présentées).

Les personnes âgées de 60 ans ou plus ont quant à elles un score moyen de satisfaction de vie plus élevé que le reste de la population (respectivement 7,3 et 7,2 chez les 60-69 ans et les 70-79 ans), tout comme les 30-39 ans (7,2 de moyenne). Les 18-29 ans, 40-49 ans et 50-59 ans représentent les tranches d'âge les moins satisfaites globalement de leur vie. Concernant la distribution des scores, les 60-69 ans sont aussi, en proportion, plus nombreux à donner un score supérieur à 8 (21,1 %). Les 18-29 ans sont quant à eux moins nombreux à déclarer un score situé dans l'une des deux catégories extrêmes (respectivement 15,7 % et 15,2 % pour les scores inférieurs à 6 et supérieurs à 8), et ainsi davantage amenés à indiquer un score intermédiaire compris entre 6 et 8 quant à l'évaluation de leur vie actuelle (69,1 % d'entre eux) (Figure 1).

DES INÉGALITÉS SOCIALES ET DE FORTES DISPARITÉS EN RAPPORT AVEC LA PERCEPTION DE SA PROPRE SITUATION FINANCIÈRE

Le score de satisfaction de vie moyen des cadres et professions intellectuelles supérieures (7,5 sur 10) est plus élevé que celui observé sur l'ensemble des autres catégories socioprofessionnelles, à l'inverse de celui des employés (6,9) et des ouvriers (6,9). Les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat attribuent également en moyenne une note plus élevée à leur vie actuelle (7,3), tout comme les actifs occupés (7,3), les retraités (7,3) et les personnes en couple avec (7,4) ou sans enfant (7,4). Les individus avec un niveau de diplôme équivalent ou inférieur au Baccalauréat, ceux en situation de chômage ou les autres inactifs, ainsi que ceux vivant seuls ou au sein d'une famille monoparentale fournissent à l'inverse une évaluation de leur vie inférieure à la moyenne de l'ensemble de la population (Tableau 1).

D'autre part, on observe un gradient selon la situation financière perçue, avec un score moyen de satisfaction de vie d'autant plus élevé que les individus ont une perception positive de leur situation financière. Ainsi, les individus se déclarant « à l'aise » financièrement attribuent un score moyen de 8,0 à leur vie actuelle, contre 7,5 pour ceux indiquant que « ça va », 7,0 chez ceux considérant que « c'est juste » et enfin 6,0 chez ceux se trouvant dans une situation financière difficile ou d'endettement (Tableau 1).

TABLEAU 1 | Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		Moy.	IC 95 %	Moy.	IC 95 %	Moy.	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 152	7,06	[7,01 - 7,12]	7,10	[7,02 - 7,18]	7,03	[6,96 - 7,10]
30-39 ans	5 794	7,21	[7,16 - 7,26]	7,18	[7,10 - 7,26]	7,24	[7,17 - 7,31]
40-49 ans	6 234	7,05	[7,00 - 7,11]	7,02	[6,94 - 7,10]	7,09	[7,02 - 7,16]
50-59 ans	6 559	7,07	[7,01 - 7,12]	7,08	[7,01 - 7,16]	7,05	[6,98 - 7,12]
60-69 ans	6 116	7,25	[7,20 - 7,31]	7,28	[7,20 - 7,36]	7,23	[7,15 - 7,31]
70-79 ans	4 085	7,20	[7,14 - 7,26]	7,22	[7,13 - 7,30]	7,18	[7,09 - 7,27]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	6,99	[6,95 - 7,03]	7,01	[6,96 - 7,07]	6,96	[6,91 - 7,02]
Bac	8 332	7,06	[7,02 - 7,11]	7,07	[7,00 - 7,13]	7,06	[7,01 - 7,12]
Supérieur au Bac	14 723	7,35	[7,32 - 7,38]	7,35	[7,31 - 7,39]	7,35	[7,31 - 7,39]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	7,22	[7,14 - 7,31]	7,18	[7,08 - 7,29]	7,29	[7,15 - 7,43]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	7,54	[7,49 - 7,58]	7,53	[7,48 - 7,59]	7,54	[7,47 - 7,60]
Professions intermédiaires	9 057	7,26	[7,22 - 7,30]	7,20	[7,13 - 7,26]	7,31	[7,25 - 7,36]
Employés	8 779	6,94	[6,90 - 6,99]	6,88	[6,77 - 6,98]	6,96	[6,91 - 7,01]
Ouvriers	5 357	6,92	[6,86 - 6,97]	6,94	[6,88 - 7,01]	6,83	[6,71 - 6,95]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 854	8,00	[7,95 - 8,04]	7,97	[7,91 - 8,04]	8,02	[7,95 - 8,08]
Ça va	12 490	7,52	[7,49 - 7,55]	7,50	[7,46 - 7,55]	7,53	[7,49 - 7,57]
C'est juste	12 007	6,96	[6,92 - 6,99]	6,98	[6,93 - 7,03]	6,94	[6,89 - 6,99]
C'est difficile, endetté	5 589	5,99	[5,92 - 6,06]	5,96	[5,86 - 6,07]	6,01	[5,92 - 6,10]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 240	7,27	[7,25 - 7,30]	7,27	[7,22 - 7,31]	7,28	[7,24 - 7,32]
Études	2 528	7,09	[7,01 - 7,17]	7,10	[6,98 - 7,23]	7,08	[6,97 - 7,19]
Chômage	2 747	6,53	[6,44 - 6,63]	6,52	[6,38 - 6,65]	6,55	[6,42 - 6,68]
Retraite	8 422	7,27	[7,23 - 7,32]	7,30	[7,24 - 7,36]	7,25	[7,19 - 7,32]
Autres inactifs	3 003	6,44	[6,35 - 6,53]	6,30	[6,15 - 6,45]	6,52	[6,41 - 6,64]
Type de ménage		*		*		*	
Personne seule	7 690	6,84	[6,79 - 6,89]	6,79	[6,72 - 6,87]	6,88	[6,81 - 6,95]
Famille monoparentale	4 218	6,66	[6,59 - 6,74]	6,73	[6,60 - 6,85]	6,62	[6,53 - 6,71]
Couple sans enfant	10 038	7,40	[7,37 - 7,44]	7,41	[7,36 - 7,46]	7,39	[7,34 - 7,45]
Couple avec enfant(s)	9 289	7,36	[7,32 - 7,40]	7,33	[7,27 - 7,39]	7,39	[7,34 - 7,44]
Autres	3 705	6,95	[6,87 - 7,02]	6,97	[6,86 - 7,08]	6,92	[6,82 - 7,02]
Total	34 940	7,14	[7,11 - 7,16]	7,14	[7,11 - 7,17]	7,13	[7,10 - 7,16]

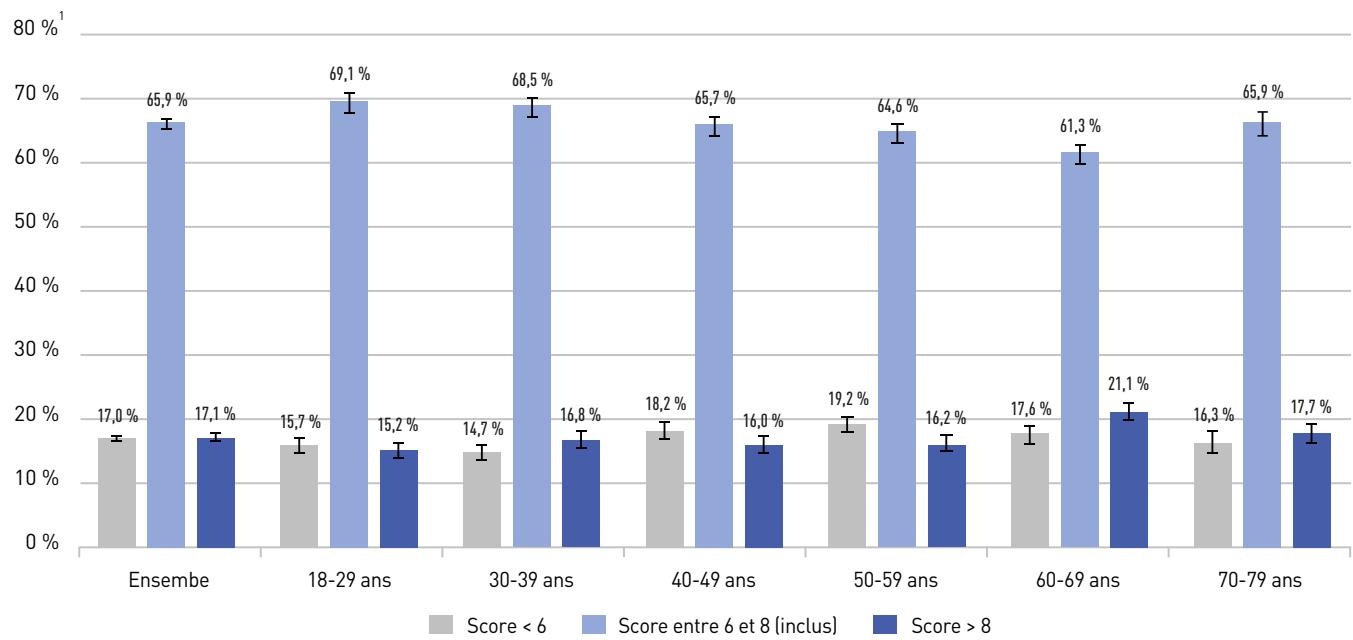
n : effectifs bruts ; Moy. : moyenne ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test de Wald).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : Les adultes âgés de 18 à 29 ans donnent un score moyen de 7,06 sur 10 concernant leur satisfaction de vie actuelle.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 1 | Répartition de la population adulte de 18 à 79 ans entre les différents niveaux de satisfaction de vie actuelle selon la tranche d'âge

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

En termes de distribution des scores, la proportion de personnes attribuant une note inférieure à 6 à leur vie actuelle est plus élevée chez les employés (20,9 %), les ouvriers (22,5 %), les personnes avec un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat (22,1 %), celles en situation de chômage (29,8 %) ou inactives (34,1 %), les personnes vivant seules (22,9 %) ou en famille monoparentale (24,9 %), ainsi que celles en situation financière difficile ou en situation d'endettement (42,5 %). À l'opposé, les scores les plus élevés (supérieurs à 8) sont plus fréquemment déclarés chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (21,1 %), les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat (18,1 %), les personnes se déclarant à l'aise financièrement (32,6 %), les retraités (20,3 %), ainsi que les couples avec enfants (18,3 %) et couples sans enfants (21,1 %) (données non présentées).

LES RÉSIDENTS DES DROM NETTEMENT MOINS SATISFAITS DE LEUR VIE QUE LES HABITANTS DE LA FRANCE HEXAGONALE

Quelques disparités régionales apparaissent (Tableau 2) : les habitants de Bourgogne-Franche-Comté et des Pays

de la Loire s'estiment dans l'ensemble plus satisfaits de leur vie comparés aux habitants des autres régions (scores moyens de 7,2). À l'inverse, les habitants des DROM affichent des scores moyens inférieurs à ceux observés en France hexagonale (6,5 pour la Martinique et la Guadeloupe ; 6,8 pour la Guyane et 6,7 pour La Réunion).

Par ailleurs, les personnes résidant en Bretagne, en Normandie ou dans les Pays de la Loire sont quant à elles en proportion moins nombreuses que les habitants des autres régions à déclarer un score de satisfaction de vie inférieur à 6 (respectivement 14,5 % [12,7 % - 16,4 %] ; 14,5 % [12,6 % - 16,5 %] et 13,0 % [11,4 % - 14,8 %]), à l'inverse des personnes vivant en Occitanie (19,3 % [17,5 % - 21,1 %]) ou dans les DROM (Guadeloupe : 31,3 % [28,0 % - 34,7 %] ; Guyane : 27,7 % [24,0 % - 31,6 %] ; La Réunion : 28,6 % [25,7 % - 31,8 %] ; Martinique : 32,2 % [28,6 % - 35,9 %]). La Bourgogne-Franche-Comté comprend quant à elle une plus grande proportion de personnes déclarant un score supérieur à 8 (19,6 % [17,5 % - 21,8 %]), au contraire de la Guadeloupe (12,1 % [9,7 % - 14,8 %]) et de la Martinique (12,0 % [9,8 % - 14,5 %]) où ces mêmes proportions sont inférieures à la moyenne.

TABLEAU 2 | Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans selon la région

	n	Moy.	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 044	7,19	[7,12 - 7,26]
Bourgogne-Franche-Comté	1 554	7,25*	[7,15 - 7,34]
Bretagne	1 856	7,20	[7,12 - 7,28]
Centre-Val de Loire	1 482	7,17	[7,07 - 7,27]
Corse	1 460	7,17	[7,07 - 7,27]
Grand Est	2 401	7,06	[6,98 - 7,13]
Guadeloupe	1 491	6,55*	[6,41 - 6,69]
Guyane	1 298	6,76*	[6,59 - 6,94]
Hauts-de-France	2 538	7,07	[7,00 - 7,15]
Île-de-France	3 884	7,14	[7,08 - 7,20]
La Réunion	1 568	6,73*	[6,60 - 6,86]
Martinique	1 364	6,51*	[6,35 - 6,67]
Normandie	1 672	7,22	[7,14 - 7,31]
Nouvelle-Aquitaine	2 577	7,19	[7,12 - 7,26]
Occitanie	2 575	7,06	[6,99 - 7,14]
Pays de la Loire	2 027	7,23*	[7,16 - 7,31]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 149	7,14	[7,06 - 7,22]
Total	34 940	7,14	[7,11 - 7,16]

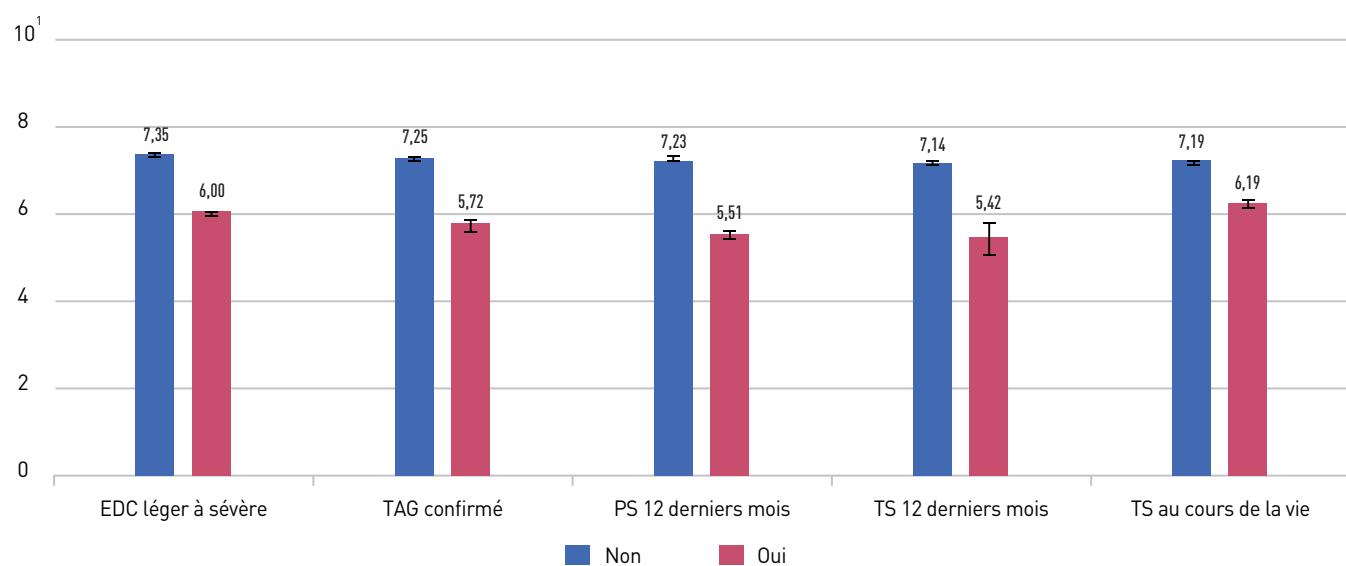
n : effectifs bruts ; Moy. : moyenne ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.
Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test de Wald), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : les adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bourgogne-Franche-Comté donnent un score moyen de 7,25 sur 10 concernant leur satisfaction de vie actuelle. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

UNE SATISFACTION DE VIE FORTEMENT CORRÉLÉE AVEC LES INDICATEURS DE TROUBLES PSYCHIQUES ET DE CONDUITES SUICIDAIRES

En 2024, les personnes ayant vécu, au cours des 12 derniers mois, un épisode dépressif caractérisé (EDC), un trouble anxieux généralisé (TAG) ou déclaré des pensées suicidaires (PS) ont un score moyen de satisfaction de vie nettement inférieur à ceux observés sur le reste de la population (respectivement 6,0 ; 5,7 et 5,5). C'est également le cas des personnes ayant déclaré une tentative de suicide (TS) au cours des 12 derniers mois ou au cours de leur vie (respectivement 5,4 et 6,2) (Figure 2).

En outre, la proportion d'individus ayant un score de satisfaction de vie actuelle inférieur à 6 est supérieure en cas d'EDC ou de TAG dans l'année (38,0 % et 44,1 % respectivement). Elle est également plus importante parmi les personnes ayant déclaré des PS (48,4 %) ou une TS au cours des 12 derniers mois (56,5 %) ainsi qu'au moins une TS au cours de la vie (34,8 %). Ces populations sont à l'inverse proportionnellement moins nombreuses à déclarer une note supérieure à 8 (respectivement 5,2 % pour l'EDC ; 4,9 % pour le TAG ; 4,1 % pour les PS ; 7,9 % pour les TS au cours de la vie ; effectifs trop faibles en ce qui concerne les TS au cours des 12 derniers mois) (données non présentées).

FIGURE 2 | Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans selon la présence de troubles anxieux, dépressif ou les conduites suicidaires

EDC : « épisode dépressif caractérisé » ; TAG : « trouble anxieux généralisé » ; PS : « pensées suicidaires » ; TS : « tentative de suicide ».

1. Moyennes pondérées et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

L'étude réalisée dans le cadre de cette synthèse confirme les résultats des principales enquêtes nationales et internationales portant sur la satisfaction de vie de la population française [5,6,8].

En 2024, au sein de la population adulte âgée de 18 à 79 ans, le score moyen attribué à la satisfaction de sa vie actuelle est de 7,1 sur une échelle allant de 0 à 10. Ce résultat est en adéquation avec la moyenne de « satisfaction dans la vie » mesurée par l'Insee en 2023 chez les 16 ans ou plus (7,2 sur 10) [5]. Par ailleurs, deux tiers des personnes déclarent un score compris entre 6 et 8.

À l'image de ce qui a pu être observé sur les données d'autres enquêtes [5,8], aucun écart n'a été relevé entre les hommes et les femmes concernant le score moyen de satisfaction de vie déclaré. Ce résultat s'observe également à l'échelle des pays membres de l'OCDE, où l'absence de différence entre hommes et femmes a pu être relevée à la fois en 2010 et en 2023 [8].

En revanche, les résultats mettent en évidence une relation décroissante entre l'âge et la satisfaction de vie, en contraste avec ceux de l'enquête SRCV (2023) selon lesquels les jeunes adultes se déclarent globalement plus satisfaits de leur vie que les personnes âgées [5]. Cette divergence pourrait peut-être en partie s'expliquer par des différences dans la formulation de la question, concernant notamment les termes indiqués en référence pour les bornes de l'échelle (ici de la « pire » à la « meilleure » vie possible ; vs. de « pas du tout satisfait » à « entièrement satisfait » dans l'enquête SRCV). L'emploi d'un mode de collecte différent (« face à face » dans le cadre de l'enquête SRCV vs. multimode pour le Baromètre de Santé publique France) pourrait aussi introduire un effet différencié selon l'âge. À l'échelle internationale, si les jeunes adultes ont traditionnellement tendance à fournir un plus haut niveau de bien-être subjectif et une meilleure évaluation de leur satisfaction de vie en comparaison des adultes les plus âgés, il semble que l'écart se soit réduit au cours de la dernière décennie [8]. Concernant la satisfaction de vie en particulier, une absence d'écart entre jeunes adultes et personnes âgées a ainsi été constatée au niveau de l'ensemble des 38 pays membres de l'OCDE en 2023.

Les employés, ouvriers, les personnes avec un plus faible niveau de diplôme, en situation de chômage, en situation financière difficile, ainsi que celles vivant seules ou au

sein d'une famille monoparentale attribuent un score moyen plus faible au sujet de leur vie actuelle. Les écarts généralement observés en termes de bien-être entre les diverses catégories sociales ou selon la catégorie socio-professionnelle sont en effet importants, et peuvent notamment refléter des différences de revenus et de conditions de vie [11]. Les disparités plus spécifiquement observées en fonction de la composition du ménage viennent également renforcer le constat déjà établi selon lequel les personnes en couple (avec ou sans enfants) ont un niveau de satisfaction de vie nettement plus élevé que celui déclaré par les personnes vivant seules ou à la tête d'une famille monoparentale [12]. Par ailleurs, les écarts mesurés au niveau européen ou international concernant le lien entre le niveau d'éducation et le bien-être (et en particulier la satisfaction de vie) persistent également depuis plusieurs années [6, 8].

Les habitants des départements d'outre-mer déclarent une satisfaction de vie inférieure en moyenne à celle des résidents des autres régions, un constat également mis en lumière par l'Insee à partir des données récentes de l'enquête SRCV (intégrant les DROM depuis 2022) [12]. Cette moindre satisfaction pourrait s'expliquer en partie par un contexte socio-économique plus défavorable et des écarts en termes de niveau de vie, puisque selon cette même étude la proportion d'individus vivant sous le seuil de pauvreté est deux à quatre fois plus élevée dans les DROM qu'en France hexagonale.

Enfin, les personnes ayant présenté des troubles psychiques (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux généralisé) ou des conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) déclarent également une satisfaction de vie inférieure au reste de la population. Une étude récente a ainsi pu montrer que le facteur de santé mentale représente une composante prépondérante au sein de la satisfaction exprimée dans la vie en général, derrière la satisfaction procurée par les conditions matérielles de vie (en particulier le logement et la situation financière) [2]. La variable de satisfaction de vie est en effet considérée par l'Insee comme l'un des principaux indicateurs de richesse ou de qualité de vie des populations [5]. Plus généralement, si la santé mentale fait partie des éléments clés à mettre en lien avec la satisfaction de vie (comme d'autres facteurs tels que la santé physique, le statut d'emploi ou la qualité de l'environnement, etc.), la notion de « qualité de vie » est tellement large qu'il serait en réalité impossible d'essayer de recenser de façon exhaustive les covariables potentielles du bien-être subjectif [13].

Bien que souvent considérée comme un indicateur robuste, facile à mettre en œuvre et couramment utilisé pour évaluer le bien-être subjectif, l'étude de la moyenne de satisfaction de vie déclarée à partir de données d'enquête peut faire l'objet de certaines critiques [14]. Celles-ci portent ainsi principalement sur les biais cognitifs liés à l'auto-évaluation (mémoire, capacité à poser un « regard d'ensemble » instantané sur sa propre vie, personnes déclarant le bonheur qu'elles pensent qu'elles devraient ressentir plutôt que leur réelle satisfaction actuelle, en rapport à des comparaisons ou jugements extérieurs, etc.); et concernent également la sémantique, le choix de l'échelle appliquée, l'ordonnancement du questionnaire ainsi que d'autres biais liés à l'interprétation des données (jugement global et rétrospectif pouvant à la fois être influencé par l'humeur, la mémoire ou le contexte immédiat). D'un point de vue conceptuel, la satisfaction de vie ne représenterait de plus que l'un des trois principaux aspects du bien-être subjectif, sans rendre compte des deux autres que sont les affects positifs et les affects négatifs [15]. La complexité de l'évaluation du bien-être invite donc à engager la réflexion sur le choix des outils ou échelles à mobiliser afin de le mesurer. Les futures enquêtes réalisées par Santé publique France permettront alors d'étudier d'autres indicateurs en lien avec le bien-être, dont l'analyse pourrait encore davantage s'interpréter sous l'angle de la santé mentale.

En conclusion, la population adulte âgée de 18 à 79 ans attribue un score moyen de 7,1 sur 10 à sa satisfaction de vie actuelle. Derrière ce résultat se profilent des disparités marquées selon les conditions économiques, sociales et territoriales et selon l'état de santé mentale. Ces constats plaident en faveur de politiques visant à réduire les inégalités sociales et renforcer les actions de prévention en santé mentale. Les prochains travaux permettront probablement de mieux appréhender la mesure du bien-être en population ainsi que son articulation avec l'état de santé mentale des individus.

AUTEURS

Clément Mertens¹, Christophe Léon¹, Ingrid Gillaizeau¹

1. Santé publique France

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [2] Legleye S. Structure du bien-être et satisfaction dans la vie en général 2022
- [3] Vanhoutte B. Happy and flourishing? Hedonic and eudemonic wellbeing. European Social Survey (ESS ERIC); 2015
- [4] Jeffrey K, Abdallah S, Quick A. Le bien-être social et personnel des Européens - Principaux résultats de la 6^e édition de l'Enquête Sociale Européenne (ESS). European Social Survey (ESS ERIC); 2015
- [5] Insee. Les nouveaux indicateurs de richesse –Indicateurs statistiques. Institut national de la statistique et des études économiques; 2025
- [6] Eurostat. Living conditions in Europe - life satisfaction and quality of life. European Commission; 2024
- [7] Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2022. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024
- [8] OECD. How's Life? 2024: Well-being and Resilience in Times of Crisis. Paris: OECD Publishing; 2024
- [9] Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1965
- [10] Gallup, Inc. Gallup Global Well-Being. The Behavioral Economics of GDP Growth 2010
- [11] Insee. Le bien-être subjectif, une question de classes sociales ? Institut national de la statistique et des études économiques; 2023
- [12] Insee. France, portrait social. Fiches thématiques. Institut national de la statistique et des études économiques; 2024
- [13] OECD. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. OECD Publishing; 2013
- [14] Zeidan J. Les différentes mesures du bien-être subjectif. Rev Fr Déconomie 2012:35-70. <https://doi.org/10.3917/rfe.123.0035>
- [15] Diener E. Subjective well-being. Psychol Bull 1984;95:542-75. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins

POINTS CLÉS

- **En 2024, 15,6 % des adultes de 18 à 79 ans** ont vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC).
- **Les femmes, les jeunes adultes et les personnes précaires ou isolées** sont les plus exposés.
- **La gravité des EDC est plus forte chez les femmes et les adultes de 18 à 59 ans**, avec un pic chez les 40-49 ans (7,1 % d'épisodes sévères).
- **Les télétravailleurs, les employés et les professions intermédiaires** sont davantage concernés par la survenue d'un EDC au cours de l'année.
- **44 % des personnes ayant subi un EDC sont sans prise en charge**, proportion qui atteint 54 % chez les hommes. Le médecin généraliste reste le premier point de contact.
- **Plus de la moitié des agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise et ouvriers** ayant vécu un EDC au cours de l'année ne sont pas pris en charge.
- **Il existe une relative homogénéité géographique** de la prévalence de l'EDC, bien que les régions de La Réunion et d'Occitanie affichent une proportion d'EDC significativement plus élevée.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

L'édition 2024 inclut la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) développé par l'OMS [10] afin de mesurer l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois. Un EDC se caractérise par : 1) au moins un symptôme principal ; 2) accompagné d'au moins trois symptômes secondaires ; 3) avec un retentissement sur les activités habituelles.

1) Symptômes principaux

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

2) Symptômes secondaires (pendant au moins les deux semaines)

- Se sentir épuisé 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 un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié.
- 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 (seulement si symptôme principal de tristesse).

3) Retentissement des symptômes sur la vie quotidienne avec une perturbation des activités habituelles (pendant au moins les deux semaines) (faible, modérée ou importante)

L'EDC est considéré comme léger si la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 3 ou 4 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation faible des activités habituelles ; modéré si la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 3 ou 4 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation modérée ou importante des activités habituelles OU 5 à 7 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation faible ou modérée des activités habituelles ; sévère si la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 5 à 7 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation importante des activités habituelles.

N.B. : l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, qui font partie de la liste des symptômes du DSM-IV [11] ne sont toutefois pas mesurés par le CIDI-SF.

Pour évaluer le recours aux soins, l'enquête s'appuie sur des questions pour lesquelles les personnes interrogées et concernées par un EDC dans l'année doivent répondre par oui ou par non, avec la possibilité de refuser si elles le souhaitent. Il s'agit, au cours des 12 derniers mois, du recours à un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement ; du recours à la psychothérapie ; et de la consommation de médicaments pour les nerfs, pour dormir comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs (voir questionnaire). Un indicateur « aucun recours thérapeutique » a ainsi pu être créé si la personne concernée n'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses.

Évolutions : la version courte du CIDI-SF, afin de mesurer l'EDC au cours des 12 derniers mois, a également été posée dans les éditions 2005, 2010, 2017 et 2021 du Baromètre de Santé publique France. L'analyse des évolutions fera l'objet de travaux ultérieurs.

CONTEXTE

Les troubles psychiques constituent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur fréquence élevée, de leur impact important sur la qualité de vie et de leur coût économique considérable [1]. En France, ils représentent le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie : ainsi, en 2022, les pathologies psychiatriques et la consommation de psychotropes ont généré les dépenses les plus élevées par catégorie de pathologie, dépassant celles liées aux maladies cardiovasculaires et aux cancers [2]. À ces coûts directs s'ajoute une charge indirecte importante, liée notamment aux nombreuses comorbidités somatiques associées, en partie favorisées par des comportements de santé délétères (tabagisme, alcoolisme, diminution de l'activité physique, pratiques sexuelles à risque, etc.) [3].

Parmi l'ensemble des troubles psychiques, le trouble dépressif est l'un des plus fréquents. Il se caractérise par une tristesse persistante et/ou par une perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant, ainsi que divers symptômes somatiques et cognitifs pouvant entraîner une souffrance importante et une altération du fonctionnement quotidien (manque d'énergie, perte ou gain de poids, difficultés à dormir, difficultés à se concentrer, dévalorisation ou culpabilité excessive, pensées morbides) [4]. En 2021, les troubles dépressifs caractérisés représentaient la deuxième cause mondiale d'années de vie vécues avec une incapacité (YLDs¹), totalisant 56,3 millions de YLDs (intervalle de confiance à 95 % : [39,3 - 76,5]), soit une augmentation de 36,5 % par rapport à 2010. Parmi les troubles psychiques, l'EDC était la première cause de YLDs à l'échelle mondiale [5].

En France, les derniers travaux issus d'enquêtes en population générale avaient montré des niveaux élevés de troubles dépressifs [6, 7]. La pandémie de COVID-19, avec les confinements et restrictions prolongées jusqu'au premier semestre 2021, avait provoqué une hausse marquée des symptômes dépressifs, en particulier chez les jeunes [8].

Au sein de la population active, la prévalence des troubles dépressifs est plus faible que dans la population générale, mais des variations selon les catégories socioprofessionnelles et le secteur d'activité ont été mises en évidence [9].

L'objectif principal de cette synthèse est d'estimer la part de personnes ayant déclaré avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois au sein de la population générale ainsi que dans la population active, d'en caractériser l'intensité (léger, modéré, sévère), de décrire les populations et d'analyser les disparités sociales et territoriales, selon le sexe, le statut socio-économique et la région de résidence. Le recours aux soins pour les personnes présentant un EDC est également abordé.

Ces résultats sont déterminants pour identifier les populations les plus vulnérables et orienter les politiques de prévention et d'accès aux soins. Ils s'inscrivent dans une démarche plus large d'analyse de la santé mentale (satisfaction de vie, troubles anxieux généralisés, conduites suicidaires).

RÉSULTATS

UN ADULTE SUR SIX TOUCHÉ PAR UN EDC EN 2024

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans ayant vécu un EDC au cours des 12 derniers mois est de 15,6 % (intervalle de confiance à 95 % : [15,1 % - 16,0 %]).

LES FEMMES, LES JEUNES ET LES PLUS PRÉCAIRES PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS

La proportion d'adultes concernée par un EDC est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes : respectivement 18,2 % [17,5 % - 18,9 %] et 12,8 % [12,2 % - 13,4 %]. Cette différence persiste dans l'ensemble des tranches d'âge, à l'exception des 70-79 ans. La proportion d'EDC est également plus importante chez les 18-29 ans (21,5 %) et diminue avec l'avancée en âge (Tableau 1).

Les personnes vivant seules (18,9 %) ou au sein d'une famille monoparentale (20,8 %) présentent des proportions plus importantes d'EDC par rapport aux autres types de ménage (Tableau 1).

En 2024, les titulaires d'un Baccalauréat ou équivalent apparaissent les plus concernés par un EDC (18,4 %)

1. « Les années de vie vécues avec une incapacité » est un terme traduit de l'anglais « Years lived with disability » (YLDs) reflétant l'impact d'une maladie et la gravité des incapacités qu'elle entraîne.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 126	21,5	[20,3 - 22,8]	16,4	[14,8 - 18,1]	26,7	[24,9 - 28,6]
30-39 ans	5 776	16,9	[15,7 - 18,1]	14,5	[12,9 - 16,2]	19,2	[17,5 - 20,9]
40-49 ans	6 213	17,3	[16,1 - 18,4]	14,3	[12,7 - 16,0]	20,1	[18,5 - 21,8]
50-59 ans	6 534	16,6	[15,6 - 17,8]	13,6	[12,2 - 15,1]	19,6	[18,0 - 21,2]
60-69 ans	6 089	10,4	[9,4 - 11,3]	8,7	[7,4 - 10,1]	11,9	[10,6 - 13,3]
70-79 ans	4 057	8,6	[7,5 - 9,8]	7,1	[5,6 - 8,8]	9,8	[8,3 - 11,5]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 819	13,4	[12,7 - 14,2]	11,6	[10,6 - 12,6]	15,3	[14,2 - 16,5]
Bac	8 295	18,4	[17,4 - 19,5]	15,0	[13,6 - 16,4]	21,6	[20,2 - 23,1]
Supérieur au Bac	14 681	16,4	[15,7 - 17,2]	13,0	[12,0 - 14,0]	19,3	[18,3 - 20,3]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 537	11,5	[10,0 - 13,0]	10,1	[8,4 - 12,0]	14,1	[11,4 - 17,1]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 841	13,2	[12,3 - 14,2]	11,1	[9,9 - 12,3]	16,1	[14,6 - 17,7]
Professions intermédiaires	9 024	17,1	[16,1 - 18,1]	14,3	[12,9 - 15,7]	19,4	[18,1 - 20,7]
Employés	8 737	18,3	[17,3 - 19,3]	16,3	[14,3 - 18,6]	18,8	[17,7 - 19,9]
Ouvriers	5 323	12,9	[11,9 - 14,0]	11,9	[10,7 - 13,1]	16,4	[14,1 - 19,0]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 849	9,0	[8,1 - 10,0]	7,8	[6,6 - 9,2]	10,2	[8,9 - 11,7]
Ça va	12 445	11,5	[10,8 - 12,1]	8,6	[7,7 - 9,5]	14,2	[13,2 - 15,2]
C'est juste	11 951	16,4	[15,6 - 17,2]	13,5	[12,4 - 14,6]	19,0	[17,9 - 20,2]
C'est difficile, endetté	5 550	28,3	[26,7 - 29,9]	25,1	[22,9 - 27,4]	31,2	[29,0 - 33,4]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 188	15,3	[14,7 - 15,9]	12,6	[11,8 - 13,5]	17,9	[17,0 - 18,9]
Études	2 519	21,7	[19,7 - 23,7]	16,3	[13,8 - 19,1]	26,1	[23,3 - 29,1]
Chômage	2 730	25,0	[22,9 - 27,2]	20,6	[17,7 - 23,7]	29,6	[26,5 - 32,8]
Retraite	8 374	8,9	[8,2 - 9,7]	7,3	[6,3 - 8,4]	10,4	[9,3 - 11,6]
Autres inactifs	2 984	23,9	[22,0 - 25,8]	21,5	[18,6 - 24,6]	25,4	[22,9 - 28,0]
Type de ménage		*		*		*	
Personne seule	7 657	18,9	[17,8 - 20,0]	16,5	[15,0 - 18,1]	21,1	[19,5 - 22,6]
Famille monoparentale	4 199	20,8	[19,2 - 22,4]	16,2	[13,9 - 18,6]	23,8	[21,7 - 26,0]
Couple sans enfant	9 992	11,5	[10,8 - 12,3]	9,3	[8,4 - 10,4]	13,7	[12,6 - 14,8]
Couple avec enfant(s)	9 255	14,0	[13,2 - 14,9]	11,8	[10,7 - 13,1]	16,1	[14,9 - 17,4]
Autres	3 692	18,3	[16,8 - 20,0]	14,2	[12,2 - 16,5]	22,9	[20,5 - 25,4]
Total	34 795	15,6	[15,1 - 16,0]	12,8	[12,2 - 13,4]	18,2	[17,5 - 18,9]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 21,5 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

tandis que ceux ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat sont moins concernés (13,4 %). Quel que soit le diplôme, les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à déclarer un EDC au cours de l'année (Tableau 1).

Les données révèlent également une disparité significative de la prévalence des EDC selon les catégories socioprofessionnelles. Les employés (18,3 %) et les professions intermédiaires (17,1 %) sont plus concernés que les cadres ou les ouvriers par exemple. Les femmes apparaissent

plus affectées que les hommes dans toutes les catégories socioprofessionnelles (Tableau 1).

Des écarts marqués s'observent également selon le niveau socio-économique. Les personnes déclarant des difficultés financières ont trois fois plus souvent vécu un EDC que celles se disant à l'aise financièrement (28,3 % contre 9,0 %). De même, la prévalence est plus élevée chez les personnes au chômage (25,0 %) et chez les autres inactifs (23,9 %) alors qu'elle est la plus faible chez les retraités (8,9 %) (Tableau 1).

UNE GRAVITÉ DES EDC ACCRUE CHEZ LES FEMMES ET LES ADULTES DE 18-59 ANS

En 2024, 0,6 % [0,5 % - 0,7 %] des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir vécu un EDC léger au cours des 12 derniers mois, 9,2 % [8,9 % - 9,6 %] un EDC modéré et 5,7 % [5,4 % - 6,0 %] un EDC sévère. Ces proportions sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, 0,8 % des femmes contre 0,5 % des hommes rapportent un EDC léger, 10,5 % contre 7,9 % un EDC modéré, et 6,9 % contre 4,4 % un EDC sévère.

La prévalence selon l'intensité de l'EDC varie selon l'âge. Les adultes les plus jeunes (18-29 ans) déclarent le plus souvent un EDC modéré (13,7 %). Les proportions d'EDC modéré diminuent progressivement avec l'avancée en âge tandis que celles d'EDC sévère restent stables jusqu'à 59 ans, avec un pic observé chez les 40-49 ans (7,1 %) (Figure 1).

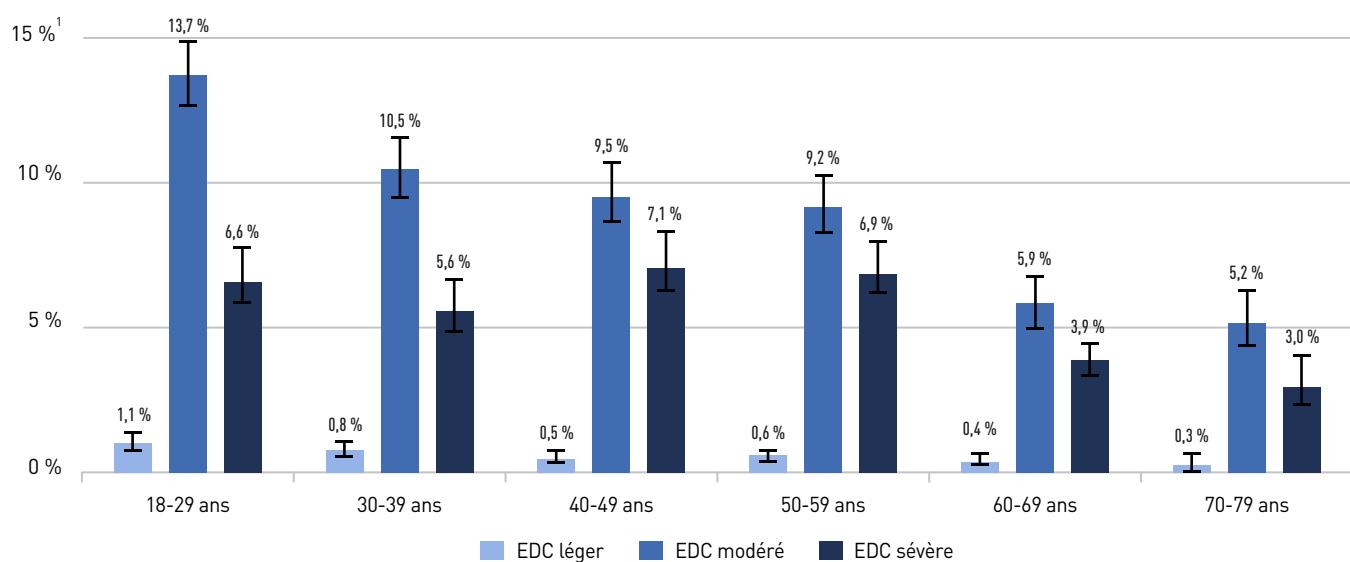
Les différences entre hommes et femmes sont particulièrement marquées chez les 18-59 ans, tant pour les formes modérées que sévères. Elles ont toutefois tendance à s'estomper au-delà de 60 ans (données non présentées).

LA MOITIÉ DES HOMMES TOUCHÉS PAR UN EDC SONT SANS PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Au cours des 12 derniers mois, 43,8 % des personnes concernées par un EDC dans l'année déclarent avoir consulté au moins un professionnel pour des problèmes d'ordre émotif, nerveux, psychologique ou de comportement : 25,4 % déclarent avoir consulté un médecin généraliste, 22,1 % un psychologue ou un psychothérapeute, 13,1 % un psychiatre et 6,2 % un autre professionnel de santé. Par ailleurs, 22,8 % ont suivi une ou plusieurs psychothérapie(s) et 41,7 % déclarent avoir pris des médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).

Au total, 44,2 % des adultes de 18-79 ans ayant vécu un EDC au cours de l'année n'ont eu aucun recours thérapeutique (ni à un professionnel, ni à une psychothérapie, ni aux médicaments). Cette proportion de non-recours aux soins diminue avec l'intensité de l'EDC : 64,2 % en cas d'EDC léger, 50,7 % en cas d'EDC modéré et 31,4 % en cas d'EDC sévère. Elle est nettement plus élevée chez les hommes (53,9 %) que chez les femmes (37,9 %) (Tableau 2).

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon son intensité (léger, modéré, sévère) et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Recours aux soins chez les adultes de 18-79 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon le type de professionnel, l'intensité de l'EDC et le sexe

	n	EDC (%)			Selon l'intensité de l'EDC (%)								
					EDC léger			EDC modéré			EDC sévère		
		Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Aucun recours thérapeutique¹	5 559	44,2	53,9	37,9	64,2	77,0	56,4	50,7	59,4	44,6	31,4	41,2	25,6
A consulté un professionnel	5 562	43,8	34,9	49,8	25,1	15,8	30,9	37,3	29,9	42,5	56,6	46,0	62,9
Un médecin généraliste		25,4	21,9	27,7	11,9	12,5	11,6	21,1	18,5	23,0	33,9	29,0	36,8
Un psychiatre		13,1	10,7	14,8	6,2	3,1	8,1	8,9	7,5	9,9	20,8	17,3	22,9
Un psychologue ou un psychothérapeute		22,1	15,8	26,3	12,3	3,2	17,9	18,3	14,0	21,3	29,4	20,4	34,7
Un autre professionnel		6,2	4,2	7,5	3,1	1,0	4,4	4,9	3,0	6,2	8,7	6,9	9,8
A suivi une ou plusieurs psychothérapie(s)	5 559	22,8	15,5	27,6	13,6	3,1	20,0	17,2	11,9	20,9	32,9	23,5	38,6
A pris des médicaments	5 562	41,7	35,2	45,9	25,2	18,0	29,6	34,9	29,0	39,1	54,5	48,3	58,2

n: effectifs bruts.

1. Aucun recours thérapeutique : n'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).

Note de lecture : 44,2 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois n'ont eu aucun recours thérapeutique (ni à un professionnel, ni à une psychothérapie, ni aux médicaments). Par ailleurs, 21,1 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un EDC modéré au cours des 12 derniers mois ont consulté un médecin généraliste au cours de l'année.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DES DISPARITÉS DE RECOURS MARQUÉES ENTRE HOMMES ET FEMMES QUELLE QUE SOIT L'INTENSITÉ DE L'EDC

Parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste est la première porte d'entrée en cas d'EDC (jusqu'à 33,9 % pour les EDC sévères), notamment chez les femmes.

Le recours au psychiatre augmente avec l'intensité de l'EDC (6,2 % en cas d'EDC léger, 8,9 % d'EDC modéré et 20,8 % d'EDC sévère), particulièrement chez les femmes. Une tendance similaire est observée pour les psychologues et les psychothérapeutes (Tableau 2).

La psychothérapie suit elle aussi un gradient selon la gravité : de 13,6 % en cas d'EDC léger à 32,9 % en cas d'EDC sévère, toujours avec un recours plus fréquent chez les femmes (Tableau 2).

Enfin, l'usage de médicaments augmente sensiblement avec l'intensité de l'EDC : 25,2 % en cas d'EDC léger, 34,9 % en cas d'EDC modéré et 54,5 % en cas d'EDC sévère. Là encore, les femmes y ont davantage recours (Tableau 2).

UNE RELATIVE HOMOGÉNÉITÉ RÉGIONALE

Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 révèlent une relative homogénéité géographique de la prévalence de l'EDC, bien que certaines disparités régionales puissent être observées (Tableau 3).

Par rapport aux autres régions, la région Île-de-France présente un niveau significativement inférieur d'EDC au cours des 12 derniers mois (14,7 % [13,5 % - 15,9 %]). À l'inverse, les régions Occitanie (17,7 % [16,1 % - 19,4 %]) et La Réunion (18,3 % [15,8 % - 21,0 %]) présentent des niveaux significativement supérieurs.

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon la région

Région	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 030	16,7	[15,2 - 18,3]
Bourgogne-Franche-Comté	1 549	14,4	[12,5 - 16,4]
Bretagne	1 852	14,5	[12,8 - 16,3]
Centre-Val de Loire	1 477	13,7	[11,9 - 15,7]
Corse	1 457	15,5	[13,4 - 17,8]
Grand Est	2 389	15,8	[14,3 - 17,5]
Guadeloupe	1 479	16,5	[13,9 - 19,3]
Guyane	1 291	14,0	[11,4 - 17,1]
Hauts-de-France	2 526	16,3	[14,8 - 17,9]
Île-de-France	3 869	14,7*	[13,5 - 15,9]
La Réunion	1 559	18,3*	[15,8 - 21,0]
Martinique	1 352	12,4	[10,3 - 14,8]
Normandie	1 668	14,4	[12,7 - 16,4]
Nouvelle-Aquitaine	2 568	16,1	[14,6 - 17,7]
Occitanie	2 565	17,7*	[16,1 - 19,4]
Pays de la Loire	2 019	13,8	[12,2 - 15,5]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 145	15,8	[14,2 - 17,5]
Total	34 795	15,6	[15,1 - 16,0]

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 14,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Île-de-France déclarent avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

LA DÉPRESSION DANS LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE¹

En 2024, la proportion d'actifs occupés âgés de 18 à 64 ans ayant vécu un EDC au cours des 12 derniers mois est de 15,3 % [14,7 % - 16,0 %]. Comme dans la population générale, les femmes présentent une prévalence plus élevée que les hommes (17,9 % contre 12,6 %). Les EDC moyens et sévères représentent 95 % des EDC quel que soit le sexe.

Les prévalences d'EDC diffèrent peu selon le statut d'emploi chez les hommes, contrairement à ce qui est observé chez les femmes. Chez ces dernières, la prévalence est significativement plus élevée chez les salariées d'une entreprise (19,3 %) (Tableau 4).

TABLEAU 4 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon les caractéristiques professionnelles

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Statut d'emploi						*	
À votre compte	2 288	14,2	[12,5 - 16,1]	12,8	[10,7 - 15,1]	16,5	[13,7 - 19,6]
Salarié de la fonction publique	4 677	16,2	[15,0 - 17,6]	14,4	[12,3 - 16,7]	17,2	[15,6 - 18,9]
Salarié d'une entreprise	10 153	15,5	[14,7 - 16,3]	12,4	[11,4 - 13,5]	19,3	[18,0 - 20,6]
Salarié d'un particulier	809	12,7	[10,0 - 15,8]	8,5	[5,0 - 13,4]	15,3	[11,7 - 19,5]
Refus/Ne sait pas/Autre	115	10,0	[4,4 - 18,9]	10,4	[2,3 - 26,9]	9,8	[3,2 - 21,6]
Total	18 043						
Travailleurs à leur compte		*	*				
Travaille seul	1 282	16,8	[14,4 - 19,5]	15,6	[12,4 - 19,3]	18,4	[14,8 - 22,6]
Au moins une autre personne dans l'entreprise	1 005	10,6	[8,5 - 13,0]	9,4	[7,0 - 12,4]	12,9	[9,2 - 17,5]
Total	2 287						
Type de contrat des salariés¹							
Fonctionnaire	3 261	16,5	[15,0 - 18,1]	14,7	[12,2 - 17,5]	17,4	[15,6 - 19,5]
En contrat à durée indéterminée (CDI)	10 614	15,0	[14,2 - 15,8]	11,9	[11,0 - 13,0]	18,5	[17,3 - 19,7]
En contrat à durée déterminée (CDD)	1 499	17,3	[15,0 - 19,8]	14,8	[11,3 - 18,9]	19,2	[16,2 - 22,6]
Refus/Ne sait pas/Autre	265	16,0	[10,9 - 22,3]	16,1	[8,4 - 26,9]	15,9	[9,5 - 24,3]
Total	15 639						
Salariés d'entreprise		*				*	
Manœuvre, ouvrier spécialisé	787	16,8	[13,9 - 20,0]	14,5	[11,1 - 18,4]	22,6	[17,1 - 28,9]
Ouvrier qualifié, technicien d'atelier	1 460	11,5	[9,7 - 13,5]	11,0	[9,0 - 13,4]	13,1	[9,6 - 17,5]
Employé de bureau, de commerce, de services	2 035	19,4	[17,4 - 21,5]	14,4	[11,0 - 18,4]	21,1	[18,8 - 23,6]
Agent de maîtrise y compris administrative ou commerciale	911	17,7	[14,9 - 20,7]	13,5	[10,1 - 17,5]	22,7	[18,4 - 27,5]
Technicien	950	15,5	[13,0 - 18,3]	14,5	[11,5 - 18,0]	17,6	[13,4 - 22,5]
Ingénieur, cadre d'entreprise	2 635	13,4	[12,0 - 14,9]	11,1	[9,4 - 12,9]	17,2	[14,7 - 19,9]
Dans une autre situation	1 312	16,8	[14,4 - 19,5]	12,3	[8,6 - 16,7]	19,9	[16,7 - 23,3]
Refus/Ne sait pas	63	4,4	[0,8 - 12,7]	3,3	[0,0 - 22,4]	4,9	[0,7 - 16,2]
Total	10 153						
Télétravail		*	*			*	
Oui	4 724	17,2	[15,9 - 18,4]	14,1	[12,4 - 15,9]	19,9	[18,2 - 21,8]
Non	13 258	14,7	[14,0 - 15,4]	12,1	[11,2 - 13,1]	17,4	[16,3 - 18,5]
Total	17 982						

Selon les variables étudiées, il existe des données manquantes. Les effectifs sont donc différents de ceux attendus pour le statut d'emploi, les travailleurs à leur compte et le télétravail.

1. La catégorie CDI comprend les agents à statut (EDF, SNCF,...). La catégorie CDD comprend les missions d'intérim, les contrats d'apprentissage et les contrats à durée limitée (saisonniers, vacations...).

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

Note de lecture : 14,2 % des actifs occupés âgés de 18 à 64 ans à leur compte déclarent avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, parmi les salariés d'entreprise, 16,8 % des manœuvres et ouvriers spécialisés déclarent avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

1. Dans l'encadré sur la population active, l'échantillon porte sur 18 043 actifs occupés, âgés de 18 à 64 ans.

Parmi les personnes qui déclarent travailler à leur compte, ce sont celles qui travaillent seules qui présentent une prévalence d'EDC plus élevée (16,8 %) (Tableau 4). Cette différence est significative uniquement chez les hommes. Chez les salariés, le type de contrat ne montre pas de différence significative (Tableau 4).

En entreprise, les employés de bureau, de commerce ou de services présentent la prévalence la plus importante (19,4 %). Chez les femmes, en plus de ces employées (21,1 %), les agents de maîtrise (22,7 %) et les ouvrières spécialisées (22,6 %) présentent les prévalences les plus élevées (Tableau 4).

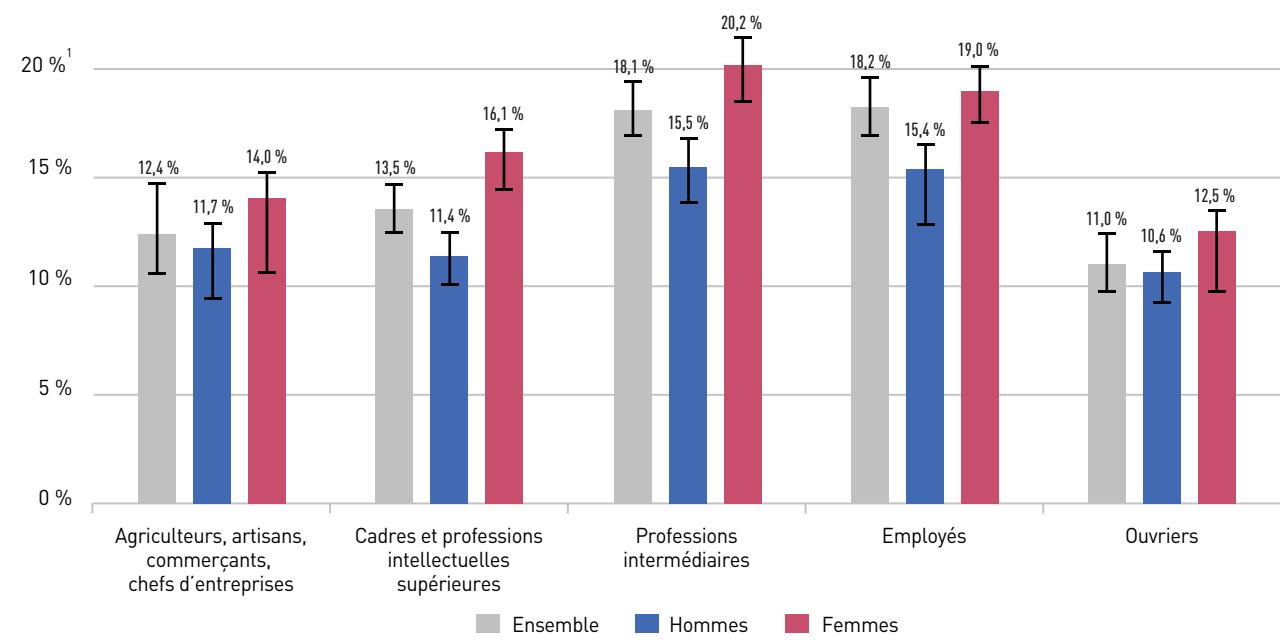
Les actifs qui effectuent du télétravail sont davantage touchés par un EDC

La prévalence d'EDC dans l'année est plus élevée chez les personnes effectuant du télétravail (17,2 % contre 14,7 % chez ceux qui n'en font pas). Cette différence concerne aussi bien les hommes que les femmes (Tableau 4).

Près d'une personne sur cinq déclare un EDC parmi les employés et les professions intermédiaires

Les prévalences d'EDC dans l'année présentent des différences significatives selon la catégorie socioprofessionnelle, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 2). Chez les actifs occupés de 18-64 ans, ce sont les professions intermédiaires et les employés qui présentent les proportions les plus élevées : 18,1 % [16,9 % - 19,4 %] et 18,2 % [16,8 % - 19,6 %] respectivement.

FIGURE 2 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon la catégorie socioprofessionnelle



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Plus de la moitié des actifs de la catégorie des agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise et de la catégorie des ouvriers n'ont pas de prise en charge thérapeutique

Parmi les actifs occupés de 18 à 64 ans qui déclarent un EDC, le non-recours aux soins (ni consultation, ni psychothérapie, ni prise de médicaments) est différent selon la catégorie socioprofessionnelle (Tableau 5). Les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (54,3 %), ainsi que les ouvriers (55,0 %) sont, en proportion, plus nombreux que les autres catégories à déclarer ne pas avoir eu de recours thérapeutique, en particulier les hommes (62,0 % et 59,4 % respectivement).

Plus de la moitié des cadres et professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires déclarant un EDC indiquent consulter un professionnel

Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires ayant vécu un EDC au cours des 12 derniers mois sont, en proportion, plus nombreux à déclarer avoir consulté un professionnel pour des raisons de santé mentale que les autres catégories (respectivement 53,6 % et 50,9 %). Les femmes, dans ces catégories, ont beaucoup plus consulté que les hommes (Tableau 5).

Ce sont également les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont davantage suivi une psychothérapie, suivis par les professions intermédiaires (respectivement 31,6 % et 27,9 %) (Tableau 5).

Enfin, la prise de médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.) est plus importante chez les employés (42,9 %), suivis des cadres et professions intellectuelles supérieures (40,1 %) et des professions intermédiaires (36,9 %) (Tableau 5).

TABLEAU 5 | Recours aux soins chez les actifs occupés âgés de 18-64 ans déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe

	n	Aucun recours thérapeutique ¹ (%)			A consulté un professionnel (%)			A suivi une ou plusieurs psychothérapies (%)			A pris des médicaments (%)		
		Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
PCS		*		*	*	*	*	*	*	*	*		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	187	54,3	62,0	40,4	32,6	24,8	46,6	19,2	14,2	28,3	28,3	21,9	39,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	618	39,2	50,0	29,3	53,6	42,5	63,7	31,6	24,9	37,8	40,1	34,7	45,0
Professions intermédiaires	953	41,1	52,0	34,2	50,9	41,2	57,0	27,9	15,8	35,5	36,9	31,2	40,5
Employés	781	44,2	55,3	41,7	42,2	33,0	44,3	19,6	14,3	20,9	42,9	35,4	44,6
Ouvriers	298	55,0	59,4	38,8	35,6	31,9	49,4	15,9	12,1	30,1	32,4	29,6	43,2

n : effectifs bruts.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Aucun recours thérapeutique : n'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments pour les nerfs ou pour dormir (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).

Note de lecture : 54,3 % des actifs occupés âgés de 18-64 ans de la catégorie des agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois n'ont eu aucun recours thérapeutique (ni à un professionnel, ni à une psychothérapie, ni aux médicaments). Par ailleurs, 53,6 % des actifs occupés âgés de 18-64 ans de la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois ont consulté un professionnel au cours de l'année.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

Les résultats de cette synthèse confirment que les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) constituent un enjeu majeur de santé publique en France. En 2024, 15,6 % des personnes âgées de 18 à 79 ans déclarent avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois, un chiffre qui s'inscrit dans une tendance à la hausse déjà amorcée en 2017 [12] et amplifiée par les effets de la pandémie de COVID-19 [7]. Parmi les actifs occupés âgés de 18 à 64 ans, la prévalence d'EDC (15,3 %) est proche de celle observée dans l'ensemble de la population, et suit une tendance similaire à la hausse [9].

Les résultats mettent également en évidence des disparités sociodémographiques et socio-économiques marquées. Les femmes, les jeunes adultes, les employés et les personnes en situation de précarité économique ou d'isolement social, présentent des taux d'EDC plus élevés. Ces résultats rejoignent notamment les résultats de l'enquête EpiCov ayant également identifié ces populations comme présentant des risques accrus de troubles dépressifs [6]. Chez les jeunes adultes, la vulnérabilité aux troubles peut être exacerbée par des conditions d'insertion parfois complexes, une instabilité économique, l'exposition aux violences ou encore des usages numériques susceptibles d'impacter la santé mentale [13]. Chez les

femmes, plusieurs facteurs sont identifiables dans la littérature, parmi lesquels la charge mentale, les conditions de travail, les inégalités de genre, ou encore les violences sexistes et sexuelles [14].

Pour l'ensemble de la population, le recours aux soins reste insuffisant : près de 44 % des personnes concernées par un EDC (et jusqu'à 53 % des hommes) ne bénéficient d'aucune forme de prise en charge, y compris en cas de forme de dépression sévère. Le faible recours aux soins s'expliquerait par de multiples freins : coût, disponibilité des professionnels, délais d'attente, stigmatisation persistante autour des troubles psychiques, ou encore méconnaissance des ressources disponibles [15].

Le médecin généraliste apparaît comme premier recours en cas d'EDC, en particulier pour les femmes et en cas d'EDC sévère. Le recours aux consultations (psychologue, psychiatre) et soins spécialisés (psychothérapies, médication) augmente avec la gravité des symptômes mais demeure globalement insuffisant, y compris en cas d'EDC sévère.

Parmi les actifs occupés, les EDC varient selon la catégorie socioprofessionnelle, les professions intermédiaires et les employés étant particulièrement exposés. Ce résultat avait également été observé en 2017, mais les différences n'atteignaient alors pas le seuil de significativité [9]. Bien que ces résultats ne permettent pas d'associer l'EDC à des facteurs professionnels, ils mettent en évidence des catégories socioprofessionnelles plus à risque. Les résultats mettent également en évidence que le télétravail est associé à un risque plus élevé d'EDC, chez les hommes comme chez les femmes. Bien qu'il offre une certaine autonomie et flexibilité, il a été démontré que le télétravail peut générer des effets délétères (stress, isolement, intensification du travail, amplification de l'amplitude horaire, hyperconnectivité, etc.), en particulier lorsqu'il s'exerce dans des conditions peu favorables (espace de travail inadapté) [16]. Le télétravail a également pour effet de brouiller les frontières entre vie privée et vie professionnelle, d'autant plus chez les

femmes, notamment celles qui ont des responsabilités familiales [17]. Enfin, le recours aux soins pour raisons de santé mentale varie également selon la catégorie socioprofessionnelle chez les actifs occupés. Ainsi, les cadres et les professions intermédiaires sont plus enclins à consulter, bien que près de 40 % d'entre eux ne bénéficient d'aucune prise en charge. Ces résultats sont cohérents avec les données du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, d'après lesquelles les cadres signalent davantage de souffrance psychique en lien avec le travail à la médecine du travail [18] et avec les autres données de la littérature [19].

L'analyse des données ne montre pas de disparités régionales majeures bien que quelques différences soient observées. La région Île-de-France affiche la prévalence d'EDC dans l'année significativement la plus faible tandis que l'Occitanie et La Réunion enregistrent les prévalences les plus élevées. Cette relative homogénéité observée à l'échelle régionale masque probablement des disparités locales qu'il est difficile d'interpréter avec le Baromètre de Santé publique France. Des analyses plus fines, au niveau du département par exemple, seraient nécessaires pour identifier les zones plus à risque.

En conclusion, la forte prévalence des EDC, en particulier parmi les publics les plus vulnérables, et les difficultés persistantes d'accès aux soins spécialisés confirment l'importance d'une mobilisation renforcée en matière de santé mentale. Les disparités observées selon l'âge, le sexe, la situation sociale ou professionnelle soulignent l'importance de renforcer les actions de prévention ciblées en tenant compte des déterminants sociaux et contextuels. Le faible recours aux soins, même en cas de formes de dépression sévères, appelle à améliorer l'accessibilité à la prise en charge, à soutenir l'articulation entre soins de premiers recours et soins spécialisés, et à agir sur la stigmatisation associée à la santé mentale et au recours aux soins. Ces orientations doivent s'inscrire dans une stratégie globale, cohérente et durable de promotion de la santé mentale et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Ministère du travail de la santé et des solidarités. Santé mentale et psychiatrie. Mise en œuvre de la feuille de route – État d'avancement au 1^{er} mars 2024. Paris ; 2024. 128 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf
- [2] L'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025. Paris ; 2024. 425 p. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-rapport-propositions-pour-2025-charges-produits>
- [3] Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77
- [4] Organisation mondiale de la Santé. Dépression. 2023. https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1
- [5] Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133-61
- [6] Hazo JB. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. Dans: Drees, rédacteur. Études et résultats. Paris 2025. p. 8
- [7] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023(2):28-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html
- [8] du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, et al. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023(26):570-89. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html
- [9] Gigonzac V, Delézire P, Khreddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018(32-33):645-52. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_2.html
- [10] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen H-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1998;7(4):171-85. <https://doi.org/10.1002/mpr.47>
- [11] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition), Washington DC, USA; : American Psychiatric Association; 1994
- [12] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018(32-33):637-44. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_0.html
- [13] Husky MM, Léon C, du Roscoät E, Vasiliadis HM. Prevalence of past-year major depressive episode among young adults between 2005 and 2021: Results from four national representative surveys in France. *J Affect Disord*. 2023;342:192-200
- [14] Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146-58
- [15] Mertens C, Gillaizeau I, Léon C, du Roscoät E. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021-septembre 2022). *Le Point sur*. 2023:23. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/representations-sur-la-sante-mentale-et-les-troubles-psychiques-resultats-des-vagues-24-a-35-de-l-enquete-coviprev>
- [16] Shaholli D, Manai MV, Iantorno F, Di Giampaolo L, Nieto HA, Greco E, et al. Teleworking and Mental Well-Being: A Systematic Review on Health Effects and Preventive Measures. *Sustainability* 2024
- [17] Castro-Trancón N, Zuazua-Vega M, Osca A, Cifre E, García-Izquierdo AL. Effects of teleworking on wellbeing from a gender perspective: a systematic review. *Frontiers in Organizational Psychology*. 2024;Volume 2 – 2024 <https://www.frontiersin.org/journals/organizational-psychology/articles/10.3389/forgp.2024.1360373>
- [18] Delézire P, Homère J, Garras L, Bonnet T, Chatelot J. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 2024(5):92-103. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/5/2024_5_3.html
- [19] Direction de la recherche des études de l'évaluation et de la statistique. Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. Dans : Drees, rédacteur. Études et résultats. Paris 2006. p. 8. Duret C, Gripon E, Fadel M. Parcours médicaux et professionnels des patients consultant une unité spécialisée dans les atteintes de la santé psychique au travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2024;85(4):101965. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S177587952300259X>

AUTEURS

Christophe Léon¹, Laëtitia Perrin¹, Ingrid Gillaizeau¹, Alexandra Papadopoulos¹

¹Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Trouble anxieux généralisé : prévalence et recours aux soins

POINTS CLÉS

- **En 2024, 6,3 % des adultes de 18 à 79 ans** et 5,9 % des actifs occupés de 18 à 64 ans ont été concernés par un trouble anxieux généralisé (TAG) au cours des 12 derniers mois.
- **Les femmes, les jeunes adultes et les personnes précaires ou isolées socialement** sont les plus concernés.
- **Près de 30 % des personnes concernées par un TAG en 2024** n'ont eu aucun recours aux soins en lien avec leur santé mentale, avec une proportion encore plus élevée chez les hommes (39,2 %).
- **Les employés et les professions intermédiaires** sont les catégories socioprofessionnelles les plus concernées par un TAG. Parmi la catégorie regroupant les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, près d'une personne sur deux concernée par un TAG n'a pas de recours aux soins en lien avec sa santé mentale.
- On observe **peu de disparités régionales**, cependant **les habitants de La Réunion** présentent une prévalence du TAG dans l'année plus élevée que ceux des autres régions.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

L'édition 2024 inclut la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview - Short Form* (CIDI-SF) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [15] afin de mesurer le trouble anxieux généralisé (TAG) au cours des 12 derniers mois. Un TAG a été caractérisé par les critères suivants [16] :

- une période d'inquiétude, de tension ou d'anxiété d'au moins 6 mois ;
- une anxiété et une inquiétude excessives pratiquement quotidiennes liées à plus d'un événement ;
- une difficulté à contrôler cette anxiété ;
- au moins trois symptômes d'anxiété parmi l'agitation, la fatigue, la difficulté à se concentrer, l'irritabilité, la tension musculaire et les troubles du sommeil ;
- et un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles (a répondu oui à la question : « Au cours des 12 derniers mois, durant la période pendant laquelle vous vous sentiez très soucieux(se) ou anxieux(se), est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ? »), qui constitue un critère supplémentaire par rapport à l'algorithme classiquement utilisé [16]¹.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » à une des questions permettant d'établir le diagnostic de TAG ont été exclues des analyses, soit 1 201 personnes. Les résultats présentés portent donc sur les réponses de 33 739 individus.

Évolutions : les questions sur le TAG étant posées pour la première fois dans le Baromètre de Santé publique France, des analyses d'évolution ne sont donc pas possibles.

1. Afin de mesurer plus précisément la prévalence du trouble anxieux généralisé (TAG) en population générale, le critère d'impact des symptômes sur les activités habituelles, qui ne figure pas dans l'algorithme classique du CIDI-SF, a été ajouté pour les exploitations du Baromètre de Santé publique France.

CONTEXTE

Les troubles psychiques constituent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur fréquence élevée, de leur impact important sur la qualité de vie et de leur coût économique considérable. Avec près de 28 milliards d'euros en 2023, ils représentent le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie en France, dépassant celles liées aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers [1]. La pandémie de Covid-19, de par son ampleur, sa durée et les restrictions mises en place, a eu un impact sur la santé mentale de la population, comme l'ont montré les exploitations des précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France [2], ou encore les autres études réalisées durant cette période [3-7].

Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les troubles psychiques les plus fréquents [8]. Une personne souffre de troubles anxieux lorsqu'elle ressent une anxiété forte et durable sans lien avec un danger ou une menace réelle, qui perturbe son fonctionnement normal et ses activités quotidiennes [9]. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 4 % de la population mondiale vivait avec un trouble anxieux en 2019, et ces derniers touchaient davantage les femmes que les hommes [8]. En France, une étude du début des années 2000 estimait que 22,4 % des adultes avaient déjà présenté au moins un trouble anxieux au cours de leur vie [10].

D'après les dernières classifications internationales (Classification internationale des maladies-11^e version [CIM-11] et Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5^e édition [DSM-V]), les troubles anxieux peuvent prendre différentes formes dont les principales sont : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale et l'agoraphobie [11-13]. Le TAG, en particulier, est caractérisé par une période d'au moins 6 mois d'anxiété et de soucis excessifs à propos de deux sujets ou plus [12]. D'après l'étude européenne ESEMeD/MHEDEA (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) réalisée en 2001-2003, le TAG était la deuxième forme de trouble anxieux la plus fréquente parmi les adultes en France avec une prévalence au cours des 12 derniers mois égale à 2,1 %, derrière la phobie spécifique [10].

Jusqu'à présent, aucune édition du Baromètre de Santé publique France n'avait évalué la prévalence du TAG. Les éditions 2017 et 2021 avaient évalué les états anxieux à

partir de l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression*) [14]. Cette échelle a pour avantage d'identifier une symptomatologie anxieuse avec un nombre réduit de questions. Cependant, elle ne prend pas en compte les antécédents, la durée des symptômes, ou les facteurs contextuels qui pourraient influencer l'état psychologique de l'individu. De plus, elle mesure la présence de symptômes « actuels » (au cours des 15 derniers jours) et peut donc être soumise à un effet de saisonnalité lié à la période d'interview. Dans l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France, il a donc été fait le choix d'introduire la mesure du TAG au cours des 12 derniers mois, à partir de la version courte du CIDI-SF (*Composite International Diagnostic Interview - Short Form*) [15].

L'objectif principal de cette synthèse est d'estimer la part des adultes âgés de 18 à 79 ans concernés par un TAG au cours des 12 derniers mois, de décrire la population générale et la population active concernées par un TAG, et d'étudier les disparités socio-économiques, selon le sexe, la région et la catégorie socioprofessionnelle. Le recours aux soins pour les personnes présentant un TAG est également abordé. Ces analyses s'inscrivent dans une démarche plus large d'analyse de la santé mentale au sein du panorama global de la santé et des comportements de santé en France.

RÉSULTATS

PLUS D'UN ADULTE SUR VINGT PRÉSENTE UN TAG EN 2024

En 2024, parmi les personnes âgées de 18 à 79 ans, la prévalence du TAG au cours des 12 derniers mois est estimée à 6,3 % (intervalle de confiance à 95 % : [6,0 % - 6,6 %]).

LES FEMMES, LES JEUNES, LES PLUS PRÉCAIRES ET LES CHÔMEURS SONT LES PLUS CONCERNÉS

La prévalence du TAG est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes avec des prévalences respectives de 7,6 % [7,2 % - 8,1 %] et 4,8 % [4,4 % - 5,2 %], et ce quelle que soit la classe d'âge (Tableau 1). Les 18-29 ans sont la classe d'âge la plus concernée avec une prévalence de 8,1 % [7,3 % - 9,0 %], alors qu'à l'inverse les 70-79 ans sont les moins concernés avec 2,9 % [2,3 % - 3,7 %]. Dans le détail, chez les femmes, les 18-29 ans et les 40-49 ans

sont les classes d'âge avec les plus fortes prévalences du TAG avec respectivement 11,1 % [9,9 % - 12,6 %] et 9,2 % [8,1 % - 10,5 %]. À l'inverse, chez les hommes, il s'agit des 30-39 ans [5,6 % [4,6 % - 6,7 %]] et des 50-59 ans [6,4 % [5,4 % - 7,5 %]].

Des différences s'observent également selon le niveau de diplôme, la perception de sa situation financière, la

situation professionnelle ou le type de ménage. Les personnes ayant un niveau Baccalauréat ou supérieur ont une prévalence du TAG supérieure aux personnes moins diplômées [7,1 % et 6,8 % respectivement contre 5,4 %]. Un gradient croissant de la prévalence du TAG est observé à mesure que la situation financière perçue se fait plus difficile, les personnes déclarant des difficultés financières ayant une prévalence du TAG nettement plus

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	5 811	8,1	[7,3 - 9,0]	5,1	[4,1 - 6,2]	11,1	[9,9 - 12,6]
30-39 ans	5 603	7,1	[6,3 - 7,9]	5,6	[4,6 - 6,7]	8,6	[7,4 - 9,8]
40-49 ans	6 053	7,3	[6,6 - 8,2]	5,4	[4,4 - 6,4]	9,2	[8,1 - 10,5]
50-59 ans	6 369	7,3	[6,6 - 8,1]	6,4	[5,4 - 7,5]	8,2	[7,2 - 9,5]
60-69 ans	5 951	3,8	[3,3 - 4,5]	3,2	[2,5 - 4,0]	4,5	[3,6 - 5,5]
70-79 ans	3 952	2,9	[2,3 - 3,7]	2,5	[1,6 - 3,7]	3,2	[2,4 - 4,3]
Niveau de diplôme		*				*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 457	5,4	[4,9 - 5,9]	4,7	[4,1 - 5,4]	6,1	[5,3 - 6,9]
Bac	8 009	7,1	[6,4 - 7,8]	4,9	[4,2 - 5,8]	9,1	[8,1 - 10,1]
Supérieur au Bac	14 273	6,8	[6,4 - 7,4]	4,9	[4,3 - 5,6]	8,5	[7,8 - 9,3]
PCS¹		*				*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 486	4,9	[3,9 - 6,0]	4,6	[3,4 - 6,0]	5,3	[3,8 - 7,2]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 691	5,6	[5,0 - 6,3]	4,4	[3,7 - 5,2]	7,3	[6,2 - 8,5]
Professions intermédiaires	8 758	6,2	[5,6 - 6,9]	4,6	[3,8 - 5,5]	7,6	[6,7 - 8,5]
Employés	8 417	7,2	[6,6 - 7,9]	5,7	[4,5 - 7,1]	7,6	[6,9 - 8,4]
Ouvriers	5 188	5,8	[5,0 - 6,5]	4,9	[4,2 - 5,8]	8,4	[6,8 - 10,5]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 733	3,6	[3,1 - 4,2]	2,6	[1,9 - 3,4]	4,7	[3,8 - 5,7]
Ça va	12 129	4,4	[4,0 - 4,8]	3,2	[2,7 - 3,8]	5,5	[4,9 - 6,1]
C'est juste	11 540	6,2	[5,7 - 6,7]	4,6	[4,0 - 5,4]	7,6	[6,8 - 8,5]
C'est difficile, endetté	5 337	12,9	[11,8 - 14,1]	11,0	[9,4 - 12,7]	14,7	[13,1 - 16,4]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	17 699	5,9	[5,5 - 6,3]	4,6	[4,1 - 5,1]	7,2	[6,6 - 7,9]
Études	2 372	8,7	[7,5 - 10,1]	4,9	[3,6 - 6,6]	11,9	[10,0 - 14,1]
Chômage	2 623	11,0	[9,5 - 12,6]	8,5	[6,6 - 10,7]	13,6	[11,4 - 16,1]
Retraite	8 176	3,3	[2,9 - 3,8]	2,7	[2,1 - 3,4]	3,9	[3,2 - 4,7]
Autres inactifs	2 869	11,3	[9,8 - 12,8]	10,1	[8,1 - 12,5]	12,0	[10,0 - 14,1]
Type de ménage		*		*		*	
Personne seule	7 384	8,0	[7,2 - 8,8]	6,4	[5,5 - 7,5]	9,5	[8,4 - 10,7]
Famille monoparentale	4 039	9,4	[8,2 - 10,6]	7,2	[5,6 - 9,0]	10,8	[9,3 - 12,5]
Couple sans enfant	9 747	4,6	[4,1 - 5,1]	3,7	[3,1 - 4,5]	5,4	[4,7 - 6,1]
Couple avec enfant(s)	9 048	5,4	[4,9 - 5,9]	4,1	[3,4 - 4,8]	6,7	[5,9 - 7,5]
Autres	3 521	6,5	[5,5 - 7,5]	4,6	[3,4 - 5,9]	8,6	[7,1 - 10,3]
Total	33 739	6,3	[6,0 - 6,6]	4,8	[4,4 - 5,2]	7,6	[7,2 - 8,1]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 8,1 % des adultes âgés de 18 à 29 ans présentent un TAG au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

élevée (12,9 %). Les personnes vivant dans une famille monoparentale ou vivant seules ont une prévalence plus élevée du TAG avec respectivement 9,4 % et 8,0 %, comparées aux autres types de ménage. Les personnes au chômage et autres inactifs sont plus concernés par le TAG (respectivement 11,0 % et 11,3 %) que les autres situations professionnelles. Il est également à noter que les étudiantes présentent une prévalence du TAG importante évaluée à 11,9 %, alors qu'elle n'est que de 4,9 % chez les étudiants.

Les prévalences du TAG présentent également des différences significatives selon la catégorie socioprofessionnelle (PCS). Tous sexes confondus, ce sont les employés et les professions intermédiaires qui présentent les prévalences les plus élevées avec respectivement 7,2 % et 6,2 %.

PRÈS DE TROIS ADULTES SUR DIX CONCERNÉS PAR UN TAG N'ONT PAS EU RECOURS À DES SOINS EN LIEN AVEC LEUR SANTÉ MENTALE

Parmi les personnes concernées par un TAG au cours de l'année, 60,4 % [57,8 % - 62,9 %] ont consulté au moins un professionnel au sujet de leur santé mentale (problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement) au cours des 12 derniers mois (Tableau 2), les femmes ayant plus de recours à un professionnel que les hommes (66,5 % contre 50,1 %). Tous sexes confondus, le professionnel consulté en priorité est le médecin généraliste

[34,7 %], suivi par le psychologue ou psychothérapeute (31,6 %). Chez les femmes, le psychologue ou psychothérapeute (37,6 %) est au même niveau que le médecin généraliste (37,2 %). Un tiers des personnes identifiées comme présentant un TAG a suivi une ou plusieurs psychothérapies au cours des 12 derniers mois avec une proportion plus importante chez les femmes (39,7 % contre 24,5 % des hommes). Plus d'un adulte concerné par un TAG sur deux (54,1 %) a pris au moins une fois des médicaments pour les nerfs ou pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs au cours de l'année écoulée.

Au total, 29,0 % [26,7 % - 31,4 %] des adultes concernés par un TAG au cours de l'année n'ont aucun recours aux soins sur la même période (ni professionnel, ni psychothérapie, ni médicaments pour les nerfs ou pour dormir). Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (39,2 %) que chez les femmes (23,0 %).

PEU DE DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES RELEVÉES

La prévalence du TAG est assez homogène sur le territoire hexagonal avec des prévalences variant de 5,1 % en Bretagne à 7,2 % dans le Grand Est, sans différence majeure entre les régions (Tableau 3). Les valeurs extrêmes concernent les départements et régions d'outre-mer (DROM) avec une prévalence du TAG supérieure aux autres régions à la Réunion (8,1 % [6,4 % - 10,1 %]) et une prévalence inférieure aux autres régions en Martinique (2,7 % [1,8 % - 3,8 %]) (Tableau 3).

TABLEAU 2 | Recours aux soins en lien avec la santé mentale chez les adultes de 18-79 ans en cas de TAG au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Aucun recours¹	2 142	29,0	[26,7 - 31,4]	39,2	[35,0 - 43,5]	23,0	[20,3 - 25,8]
A consulté un professionnel	2 143	60,4	[57,8 - 62,9]	50,1	[45,8 - 54,5]	66,5	[63,4 - 69,5]
Un médecin généraliste		34,7	[32,3 - 37,1]	30,4	[26,5 - 34,5]	37,2	[34,2 - 40,3]
Un psychiatre		21,7	[19,5 - 23,9]	18,9	[15,6 - 22,7]	23,3	[20,6 - 26,2]
Un psychologue ou un psychothérapeute		31,6	[29,3 - 34,0]	21,6	[18,3 - 25,3]	37,6	[34,5 - 40,7]
Un autre professionnel		9,1	[7,8 - 10,6]	6,2	[4,3 - 8,5]	10,9	[9,1 - 12,3]
A suivi une ou plusieurs psychothérapie(s)	2 142	34,0	[31,6 - 36,4]	24,5	[21,0 - 28,3]	39,7	[36,6 - 42,8]
A pris des médicaments	2 143	54,1	[51,5 - 56,6]	48,6	[44,2 - 52,9]	57,3	[54,1 - 60,5]

n: effectifs bruts; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. N'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments pour les nerfs ou pour dormir (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).

Note de lecture : 60,4 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois ont consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale au cours de l'année.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois selon la région

	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	2 957	6,4	[5,5 - 7,5]
Bourgogne-Franche-Comté	1 521	6,2	[4,9 - 7,8]
Bretagne	1 799	5,1	[4,1 - 6,3]
Centre-Val de Loire	1 429	6,5	[5,3 - 8,0]
Corse	1 395	6,3	[5,0 - 7,7]
Grand Est	2 308	7,2	[6,0 - 8,4]
Guadeloupe	1 430	4,7	[3,4 - 6,4]
Guyane	1 245	5,5	[3,7 - 7,7]
Hauts-de-France	2 449	7,0	[5,9 - 8,1]
Île-de-France	3 735	6,2	[5,3 - 7,1]
La Réunion	1 509	8,1*	[6,4 - 10,1]
Martinique	1 305	2,7*	[1,8 - 3,8]
Normandie	1 629	5,9	[4,7 - 7,3]
Nouvelle-Aquitaine	2 499	5,9	[5,0 - 7,0]
Occitanie	2 499	6,2	[5,2 - 7,3]
Pays de la Loire	1 952	5,8	[4,7 - 7,0]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 078	6,4	[5,3 - 7,6]
Total	33 739	6,3	[6,0 - 6,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 2,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Martinique présentent un TAG au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

LE TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ DANS LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE¹

En 2024, la prévalence du TAG au cours des 12 derniers mois dans la population des actifs occupés de 18 à 64 ans s'élève à 5,9 % [5,5 % - 6,4 %]. Comme dans la population générale, les femmes présentent une prévalence du TAG plus élevée que les hommes (7,3 % contre 4,6 %).

Chez les personnes qui travaillent à leur compte, la prévalence du TAG est significativement plus élevée chez les hommes travaillant seul (7,1 %) que chez ceux travaillant à leur compte mais avec au moins une autre personne dans l'entreprise (2,6 %) (Tableau 4). Ni le statut d'emploi, ni le type de contrat chez les salariés ne présentent de différence. Parmi les salariés d'entreprise, les employés de bureau, de commerce ou de services ont la prévalence du TAG la plus élevée (7,5 %), suivis des agents de maîtrise (6,8 %).

Les femmes exerçant du télétravail ont une prévalence plus élevée du TAG

Les personnes exerçant du télétravail présentent davantage de TAG que les personnes n'en réalisant pas : 6,8 % [6,0 % - 7,7 %] (Tableau 4), et cette différence se retrouve uniquement chez les femmes (8,5 % [7,3 % - 9,8 %]). Concernant la satisfaction du télétravail, les personnes déclarant un TAG indiquent être moins satisfaites du télétravail que celles n'en déclarant pas : 8,3 % des personnes déclarant un TAG se disent insatisfaites contre 5,5 % chez celles n'en déclarant pas.

1. Dans l'encadré sur la population active, l'échantillon porte sur 17 556 actifs occupés, âgés de 18 à 64 ans et sans données manquantes sur les questions permettant d'évaluer le TAG.

TABLEAU 4 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois selon les caractéristiques professionnelles

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Statut d'emploi							
À votre compte	2247	6,0	[4,8-7,3]	5,0	[3,7-6,6]	7,5	[5,5-9,8]
Salarié de la fonction publique	4 550	6,1	[5,3-7,1]	5,0	[3,7-6,5]	6,8	[5,7-8,0]
Salarié d'une entreprise	9 866	6,1	[5,5-6,6]	4,5	[3,9-5,2]	8,0	[7,1-8,9]
Salarié d'un particulier	785	3,8	[2,5-5,4]	SD	SD	SD	SD
Refus/Ne sait pas/sans rémunération	107	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	17 555						
Travailleurs à leur compte				*			
Travaille seul	1 258	6,9	[5,3-8,8]	7,1	[4,9-9,8]	6,7	[4,4-9,6]
Au moins une autre personne dans l'entreprise	988	4,7	[3,3-6,4]	2,6	[1,4-4,3]	8,9	[5,7-13,2]
Total	2 246						
Type de contrat des salariés¹							
Fonctionnaire	3 184	6,5	[5,4-7,6]	4,9	[3,4-7,0]	7,3	[6,0-8,8]
En contrat à durée indéterminée (CDI)	10 315	5,7	[5,2-6,3]	4,3	[3,7-5,0]	7,4	[6,6-8,3]
En contrat à durée déterminée (CDD)	1 448	6,7	[5,2-8,5]	6,2	[4,0-9,0]	7,2	[5,2-9,5]
Refus/Ne sait pas/Autre	254	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	15 201						
Salariés d'entreprise		*					
Manœuvre, ouvrier spécialisé	764	6,2	[4,5-8,3]	6,4	[4,4-9,0]	SD	SD
Ouvrier qualifié, technicien d'atelier	1 428	3,9	[2,8-5,1]	3,0	[2,0-4,3]	SD	SD
Employé de bureau, de commerce, de services	1 962	7,5	[6,2-8,9]	SD	SD	8,7	[7,1-10,5]
Agent de maîtrise y compris administrative ou commerciale	900	6,8	[5,1-8,9]	SD	SD	9,4	[6,5-13,0]
Technicien	929	5,5	[4,0-7,5]	SD	SD	SD	SD
Ingénieur, cadre d'entreprise	2 568	5,9	[5,0-7,0]	4,8	[3,7-6,1]	7,7	[6,0-9,8]
Dans une autre situation	1 261	7,0	[5,3-9,1]	SD	SD	8,3	[6,0-11,1]
Refus/Ne sait pas	54	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	9 866						
Télétravail		*				*	
Oui	4 612	6,8	[6,0-7,7]	4,9	[3,9-6,0]	8,5	[7,3-9,8]
Non	12 885	5,6	[5,2-6,1]	4,5	[3,9-5,2]	6,9	[6,2-7,6]
Total	17 497						

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. La catégorie CDI comprend les agents à statut (EDF, SNCF, etc.). La catégorie CDD comprend les missions d'intérim, les contrats d'apprentissage et les contrats à durée limitée (saisonniers, vacations, etc.).

Selon les variables étudiées, il existe des données manquantes. Les effectifs sont donc différents de ceux attendus pour le statut d'emploi, les travailleurs à leur compte et le télétravail.

Note de lecture : 6,0 % des actifs occupés à leur compte âgés de 18 à 64 ans présentent un TAG au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

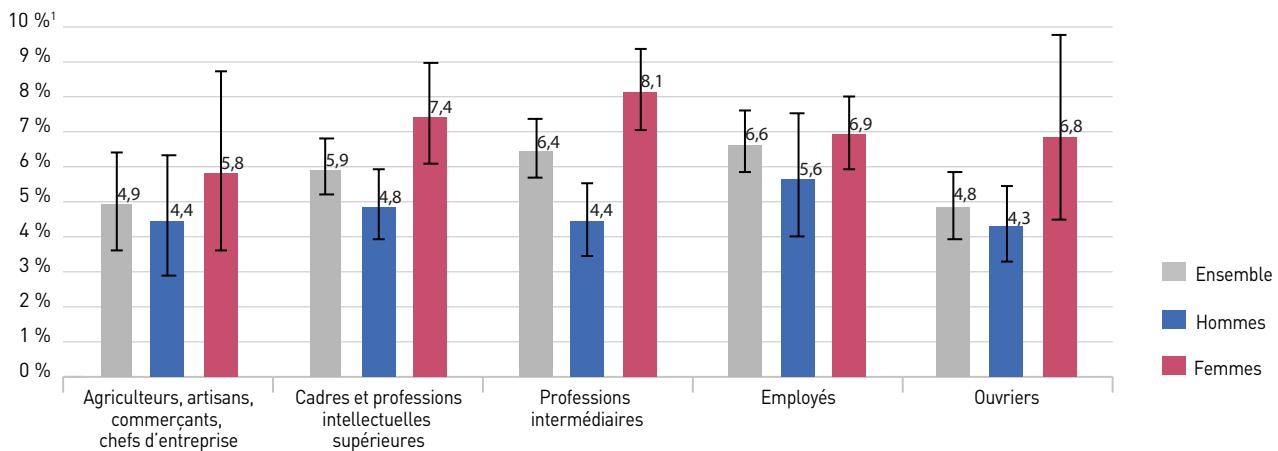
Une personne sur quinze chez les employés et les professions intermédiaires est concernée par un TAG

Les prévalences du TAG présentent des différences significatives selon la catégorie socioprofessionnelle (PCS) tous sexes confondus, mais ces différences disparaissent lorsque les hommes et les femmes sont séparés. Tous sexes confondus, ce sont les employés et les professions intermédiaires qui présentent les prévalences les plus élevées : 6,6 % [5,8 % - 7,6 %] et 6,4 % [5,7 % - 7,3 %] respectivement (Figure 1).

Dans la catégorie agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, près d'une personne sur deux concernée par un TAG n'a pas recours à des soins en lien avec sa santé mentale

Parmi les actifs occupés de 18 à 64 ans concernés par un TAG, le recours aux soins en lien avec sa santé mentale diffère selon la PCS. Ce sont les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise qui ont le moins recours à des soins (ni consultation, ni psychothérapie, ni prise de médicaments) : près de la moitié des personnes déclarant un TAG dans cette catégorie (45,5 %) n'ont pas recours à des soins.

Concernant le type de recours, les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent davantage consulter un professionnel : 70,1 % des actifs occupés concernés par un TAG (Tableau 5).

FIGURE 1 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois selon la PCS

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 5 | Recours aux soins en lien avec la santé mentale chez les actifs occupés de 18-64 ans en cas de TAG au cours des 12 derniers mois

PCS	n	Aucun recours ¹			A consulté un professionnel			A suivi une ou plusieurs psychothérapies			A pris des médicaments		
		Ensemble %	Hommes %	Femmes %	Ensemble %	Hommes %	Femmes %	Ensemble %	Hommes %	Femmes %	Ensemble %	Hommes %	Femmes %
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	71	45,5	SD	SD	41,3	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Cadres et professions intellectuelles supérieures	258	23,4	32,8	SD	70,1	58,2	80,1	46,1	36,6	54,1	52,4	49,5	54,8
Professions intermédiaires	321	30,5	48,2	22,7	63,4	47,7	70,4	43,4	SD	52,3	47,8	35,1	53,4
Employés	270	25,8	SD	22,9	61,8	SD	64,6	29,7	SD	31,2	57,0	SD	57,9
Ouvriers	123	34,5	37,8	SD	53,6	52,0	SD	SD	SD	SD	50,6	52,3	SD

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. N'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments pour les nerfs ou pour dormir (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidiépresseurs, etc.).

Note de lecture : 41,3 % des actifs occupés âgés de 18 à 64 ans exerçant en tant qu'agriculteurs, artisans, commerçants ou chefs d'entreprise et présentant un TAG au cours des 12 derniers mois ont consulté un professionnel en lien avec leur santé mentale.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, une femme sur deux et un homme sur trois qui déclarent un TAG indiquent suivre une psychothérapie

Ce sont également les catégories des cadres et professions intellectuelles supérieures, et des professions intermédiaires dans lesquelles le suivi d'une psychothérapie est le plus important : 46,1 % et 43,4 % des actifs occupés concernés par un TAG y ont eu recours (Tableau 5). La moitié des femmes dans ces

catégories déclarent suivre une psychothérapie, et un tiers pour les hommes chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Concernant la prise de médicaments pour les nerfs ou pour dormir, les femmes ne présentent pas de différence en fonction de la PCS, mais plus de la moitié d'entre elles déclarent un usage de médicaments quelle que soit la PCS. En revanche, parmi les hommes, les professions intermédiaires déclarent moins souvent avoir pris des médicaments (35,1 %) (Tableau 5).

DISCUSSION

L'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France permet de fournir des indicateurs mis à jour concernant le trouble anxieux généralisé (TAG) en France, les derniers portant sur ce trouble datant du début des années 2000. Ainsi, en 2024, 6,3 % des adultes de 18 à 79 ans sont concernés par un TAG au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, si on ne considère que la population des actifs occupés âgés entre 18 et 64 ans, la prévalence du TAG s'élève à 5,9 %, chiffre proche de celui observé dans la population générale.

Les résultats mettent en exergue de fortes disparités sociodémographiques, en cohérence avec la littérature existante sur la santé mentale et plus particulièrement sur l'anxiété [14, 17-19]. Comme pour l'épisode dépressif caractérisé (EDC), les populations les plus à risque de TAG sont les femmes, les jeunes, les personnes en situation de précarité économique, ou en situation d'isolement social ou de monoparentalité. De plus, si on considère la catégorie socioprofessionnelle, les professions intermédiaires et les employés présentent les prévalences de TAG les plus élevées. Chez les femmes, les prévalences sont les plus importantes chez les salariées d'entreprise, alors que chez les hommes, ce sont les indépendants travaillant seuls. Comme observé pour l'EDC, le télétravail apparaît comme un facteur de risque du TAG, notamment chez les femmes. Une revue de la littérature confirme ces résultats en montrant des niveaux de stress, d'anxiété, de dépression et d'isolement augmentés chez les télétravailleurs [20]. Les personnes télétravaillant et déclarant un TAG sont moins satisfaites de faire du télétravail que celles qui ne déclarent pas de TAG. Cependant, il est important de considérer que les disparités constatées peuvent également être des conséquences du TAG et d'une santé mentale dégradée, et non uniquement des facteurs de risque. Notre étude ne permet pas d'établir cette causalité.

Même si le recours aux soins en lien avec la santé mentale apparaît plus élevé que pour l'EDC (voir synthèse consacrée à l'EDC), ce recours reste insuffisant, et ce en dépit de mesures existantes (éducation thérapeutique, psychothérapies, médicaments) [21]. Ainsi, près de 30 % des personnes concernées par un TAG (près de 40 % chez les hommes) n'ont déclaré aucune prise en charge en lien avec leur santé mentale. Parmi les PCS, les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise déclarent le moins de recours aux soins, à l'inverse des cadres et

professions intellectuelles supérieures. Ce résultat est à mettre en lien avec les données de la littérature qui indiquent plus de facilité pour les cadres à évoquer leur souffrance psychique en lien avec le travail [22,23]. Ce faible recours aux soins pourrait s'expliquer par de multiples freins : recours perçu comme non nécessaire, coût, accessibilité des professionnels, délais d'attente, stigmatisation persistante autour des troubles psychiques ou encore méconnaissance des ressources disponibles [24].

L'analyse des données montre peu de disparités régionales au niveau de la France hexagonale, mais des différences notables sont observées dans deux territoires ultra-marins. A notre connaissance, ces résultats constituent les premières estimations de la prévalence du TAG à ce niveau géographique, les études antérieures se limitant au niveau hexagonal [10,17]. Cette relative homogénéité observée à l'échelle régionale masque probablement des disparités locales qu'il est difficile d'interpréter avec le Baromètre de Santé publique France. Des analyses plus fines, au niveau du département par exemple, seraient nécessaires pour identifier les zones plus à risque.

La prévalence du TAG mesurée par le questionnaire CIDI-SF dans le Baromètre de Santé publique France 2024 ne peut être directement comparée aux données des précédentes éditions ou avec les autres études évoquées précédemment. En effet, même si les états anxieux ont été mesurés lors des éditions 2017 et 2021 [14] ou lors de la pandémie de Covid-19 au travers des enquêtes Coviprev [3] ou Epicov [5,25], les échelles utilisées (HAD pour les précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France et pour Coviprev, et GAD-7 (*General Anxiety Disorder*) pour Epicov) étaient des outils de dépistage des symptômes anxieux, non spécifiques au diagnostic du TAG, contrairement au CIDI-SF. La temporalité couverte par les questions était également différente entre les études puisqu'elle couvre la dernière année écoulée pour le CIDI-SF alors qu'elle portait sur les 7 ou 15 derniers jours pour respectivement la HAD et le GAD-7. Par ailleurs, les questions posées dans l'étude ESEMeD/MHEDEA, issues d'une version plus complète du CIDI, permettaient quant à elle de prendre en compte les diagnostics différentiels. Par conséquent, il n'est pas possible de comparer directement la prévalence de notre étude avec celle de cette dernière chez les adultes de 18 ans ou plus (2,1 % [1,5 % - 2,6 %]) [10]. Malgré ces limites, une augmentation semble se dégager, et elle s'inscrit dans la tendance à la hausse des indicateurs de santé mentale constatée ces dernières années en France [2,3]. Elle est aussi cohérente avec le doublement de la

prévalence du TAG au cours des 12 derniers mois observé entre 2012 et 2022 chez les 15 ans et plus au Canada (de 2,6 % [2,3 % - 2,8 %] en 2012 à 5,2 % [4,7 % - 5,8 %] en 2022), réalisée elle aussi avec une version plus complète du CIDI [26].

En conclusion, la forte prévalence du TAG chez les publics vulnérables, et les difficultés persistantes de recours aux soins justifient une action publique coordonnée en faveur de la santé mentale. Même si ces résultats ne permettent pas d'associer le TAG à des facteurs professionnels, ils mettent néanmoins en évidence des catégories socio-professionnelles plus à risque comme les employés et les professions intermédiaires. La proportion élevée de non-recours aux soins appelle à améliorer l'accessibilité à la prise en charge, à soutenir l'articulation entre soins de premier recours et soins spécialisés, et à agir sur la stigmatisation associée à la santé mentale et au recours aux soins. Ces orientations doivent s'inscrire dans une stratégie globale, cohérente et durable de promotion de la santé mentale et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 [Internet]. 2025 juill [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>
- [2] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2023;2:28-40
- [3] du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, et al. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. Bull Epidemiol Hebd. 2023;26:570-89
- [4] Hazo JB. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2025 juin p. 8. (Etudes et Résultats). Report No.: 1340. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-etat-des-lieux
- [5] Hazo JB, Boulch A. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes [Internet]. 2022 [cité 23 juill 2025] p. 8. Report No.: 1233. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amelioration-chez-les>
- [6] Peretti-Watel P, Alleaume C, Léger D, Beck F, Verger P. Anxiety, depression and sleep problems: a second wave of COVID-19. Gen Psychiatry. 22 sept 2020;33(5):e100299
- [7] Alleaume C, Peretti-Watel P, Beck F, Leger D, Vaiva G, Verger P, et al. Incidence of PTSD in the French population a month after the COVID-19 pandemic-related lockdown: evidence from a national longitudinal survey. BMC Public Health. 5 août 2022;22(1):1500
- [8] Organisation Mondiale de la Santé. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. Genève: OMS; 2022 [cité 16 févr 2024]. 296 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
- [9] Pelissolo A. Troubles anxieux (dossier). Rev Prat. 2019;69(9):969-92
- [10] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale. avr 2005;31(2):182-94
- [11] Bouvard A, Doumy O, Bienvenu T, Aouizerate B. Nosographie actuelle des troubles anxieux. Rev Prat. 2019;69(9):970-3
- [12] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- [13] Organisation Mondiale de la Santé. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed, ICD-11. 2019
- [14] Léon C, Gillaizeau I, du Roscoät E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France [2017-2021]. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;14:246-55
- [15] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1998;7(4):171-85
- [16] Walters EE, Kessler RC, Nelson RC, Mroczek D. Scoring the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). 2002 dec.
- [17] Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the « Mental Health in General Population » survey (MHGP). *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* sept 2011;26(6):339-45
- [18] Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry.* 1 mai 2017;74(5):465-75
- [19] Lemogne C, Hoertel N, Airagnes G, Limosin F. Épidémiologie des troubles anxieux. *Rev Prat.* 2019;69(9):976-8
- [20] Shaholli D, Manai MV, Iantorno F, Di Giampaolo L, Nieto HA, Greco E, et al. Teleworking and Mental Well-Being: A Systematic Review on Health Effects and Preventive Measures. *Sustainability.* janv 2024;16(18):8278
- [21] Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves [Internet]. Paris: Haute Autorité de santé; 2007 p. 36. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- [22] Delézire P, Homère J, Garras L, Bonnet T, Chatelot J. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;5:92-103
- [23] Chapireau F. Les recours aux soins spécialisés en santé mentale [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 nov p. 8. (Etudes et Résultats). Report No.: 533. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-aux-soins-specialises-en-sante-mentale-0>
- [24] Mertens C, Gillaizeau I, Léon C, du Roscoät E. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021 - septembre 2022). Saint-Maurice: Santé publique France; 2023 oct p. 21. (Le Point sur)
- [25] Hazo JB. Anxiété en population générale : résultats de l'enquête EpiCov. *Rhizome.* 17 janv 2025;90-91:4-6
- [26] Stephenson E. Mental disorders and access to mental health care [Internet]. Statistics Canada; 2023 sept. (Insights on Canadian Society). Report No.: 75-006-X. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.htm>

AUTEURS

Jonathan Roux¹, Laëtitia Perrin¹, Christophe Léon¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Conduites suicidaires : prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide

POINTS CLÉS

- En 2024, **un adulte sur vingt de 18 à 79 ans (5,2 %) déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois**, 0,4 % déclare avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, et 5,4 % au cours de sa vie.
- Les femmes, les jeunes adultes, les personnes précaires ou isolées** sont les plus concernées.
- Une femme en contrat précaire** (CDD, missions d'intérim, vacation, contrat d'apprentissage) sur dix déclare une tentative de suicide au cours de sa vie.
- Les hommes qui appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle des employés** sont les plus concernés par les pensées suicidaires.
- Les régions Hauts-de-France et Grand Est** sont les régions où les prévalences de conduites suicidaires sont les plus élevées.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

L'édition 2024 inclut un module qui porte sur les conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) et contient les trois questions suivantes pour estimer la prévalence :

- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?
- Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?
- Votre dernière tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ?

Pour ces questions, les modalités « Ne souhaite pas répondre » et « Ne sait pas » étaient affichées en même temps que les autres modalités de réponse (en « première intention »). Ainsi, 6,9 % des personnes enquêtées ont répondu « Ne souhaite pas répondre » ou « Ne sait pas » à au moins une de ces trois questions. Il a donc été décidé d'imputer les valeurs manquantes pour ces trois variables (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Évolutions : ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Ce changement a entraîné une augmentation du taux de non-réponse. Des méthodes statistiques adaptées ont donc été utilisées (imputation des données manquantes, cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Cependant, les évolutions présentées restent à interpréter avec prudence.

CONTEXTE

Avec 8 958 décès par suicide en 2021, soit 13,3 pour 100 000 habitants [1], la France présente un des taux de suicide parmi les plus élevés d'Europe [2]. Si globalement ce taux est stable depuis 2017 [1], certains groupes de la population méritent une surveillance particulière. Les adolescentes (11-17 ans) et les jeunes femmes (18-24 ans) montrent une augmentation très marquée des hospitalisations pour geste auto-infligé enregistrées dans le Système National des Données de Santé (SNDS), qui s'est manifestée après le premier confinement du fait de la pandémie de Covid-19 et qui continue ces dernières années [3].

Or, une part importante des conduites suicidaires (terme englobant à la fois les pensées suicidaires et les tentatives de suicide) ne donne pas lieu à un contact avec le système de soins, ce qui, pris de façon isolée, conduit à une sous-estimation significative de leur prévalence. Selon les enquêtes menées à partir du Baromètre de Santé publique France entre 2000 et 2017, la prévalence des tentatives de suicide déclarées serait en moyenne 4,6 fois supérieure à celle enregistrée dans les bases de données médico-administratives des hôpitaux [4].

Pour pallier les limites des données hospitalières, l'interrogation directe d'échantillons représentatifs de la population est essentielle. Elle permet d'obtenir des estimations des prévalences des tentatives de suicide et des pensées suicidaires à partir de déclarations, complétant ainsi la surveillance épidémiologique du suicide en France.

Le Baromètre de Santé publique France permet ces estimations, et les données de ses éditions de 2010 à 2021 confirment l'augmentation des conduites suicidaires observée ces dernières années chez les jeunes adultes à partir des données d'hospitalisations. L'édition 2021 a montré que les personnes âgées de 18 à 24 ans constituaient la catégorie d'âge la plus concernée par les pensées suicidaires dans l'année et les tentatives de suicide au cours de la vie (avec respectivement une prévalence de 7,2 % et 9,2 %) [5]. En termes d'évolution, les vagues successives du Baromètre de Santé publique France ont montré une augmentation des conduites suicidaires entre 2010 et 2014, suivi d'une diminution jusqu'à 2021 [5]. Cependant, au vu de l'augmentation récente du nombre de passages aux urgences chez les jeunes adultes, les données de 2024 sont particulièrement attendues.

Un autre avantage du Baromètre de Santé publique France est la taille importante de son échantillon, qui permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population source. En 2021, la prévalence des pensées suicidaires dans la population générale était estimée à 4,2 % et celle des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois à 0,5 % [5]. Ces prévalences étaient légèrement plus basses dans la population active (3,2 % et 0,3 % respectivement) [6]. L'étude du suicide au sein de la population active présente un grand intérêt dans la mesure où la relation au travail est complexe. En effet, si l'emploi est généralement reconnu comme un facteur protecteur vis-à-vis des conduites suicidaires, il peut également être un facteur de risque psychosocial important lorsqu'il est associé à des contraintes (manque de soutien, surcharge de travail, harcèlement, etc.) [7-9].

À partir des données du Baromètre de Santé publique France 2024, cette synthèse vise à actualiser les prévalences des tentatives de suicide et des pensées suicidaires selon l'âge et le sexe et d'observer les évolutions par rapport aux éditions précédentes (2021, 2020 et 2017). Elle vise également à explorer les disparités sociales et territoriales. Par ailleurs, un focus est fait sur la population active.

Ces résultats s'inscrivent dans une démarche plus large d'analyse de la santé mentale (satisfaction de vie, troubles anxieux généralisés, épisodes dépressifs caractérisés).

RÉSULTATS

UNE PERSONNE SUR VINGT DÉCLARE AVOIR EU DES PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

En 2024, parmi les personnes de 18-79 ans, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est estimée à 5,2 % (intervalle de confiance à 95 % : [5,0 % - 5,5 %]). Elle apparaît légèrement plus élevée chez les femmes (5,6 % [5,2 % - 6,0 %]) que chez les hommes (4,8 % [4,4 % - 5,2 %]). Cette différence est principalement portée par les 18-29 ans (8,6 % [7,8 % - 9,5 %]) avec une différence significative entre les hommes et les femmes (6,5 % contre 10,8 %).

Les prévalences des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont différentes en fonction du niveau d'étude : les personnes non diplômées ou ayant un

diplôme inférieur au Baccalauréat présentent la prévalence la plus faible (3,9 %). Les femmes affichent la prévalence la plus élevée pour le niveau d'études équivalent au Baccalauréat (8,0 %). Quant aux hommes, les prévalences pour les niveaux Baccalauréat et supérieurs sont équivalentes.

Les étudiants (10,2 %), les chômeurs (8,7 %), les inactifs (8,4 %), ainsi que les personnes seules (7,3 %) ou en situation de famille monoparentale (7,6 %), sont particulièrement concernées par le fait d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année. On observe par ailleurs un gradient croissant significatif entre la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et la perception de difficultés financières personnelles (Tableau 1).

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 152	8,6	[7,8 - 9,5]	6,5	[5,4 - 7,6]	10,8	[9,6 - 12,1]
30-39 ans	5 794	5,4	[4,8 - 6,1]	5,6	[4,6 - 6,7]	5,3	[4,4 - 6,2]
40-49 ans	6 234	5,3	[4,7 - 6,0]	5,1	[4,2 - 6,2]	5,5	[4,6 - 6,6]
50-59 ans	6 559	5,7	[5,0 - 6,4]	5,0	[4,1 - 6,0]	6,4	[5,4 - 7,4]
60-69 ans	6 116	2,6	[2,1 - 3,0]	2,8	[2,1 - 3,5]	2,4	[1,8 - 3,0]
70-79 ans	4 085	2,9	[2,3 - 3,7]	3,2	[2,3 - 4,4]	2,7	[1,8 - 3,8]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	3,9	[3,5 - 4,4]	3,9	[3,3 - 4,5]	4,0	[3,4 - 4,6]
Bac	8 332	7,0	[6,4 - 7,7]	5,9	[5,1 - 6,9]	8,0	[7,0 - 9,0]
Supérieur au Bac	14 723	5,8	[5,3 - 6,3]	5,4	[4,8 - 6,1]	6,1	[5,5 - 6,8]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	4,0	[3,1 - 5,0]	3,7	[2,6 - 5,0]	4,5	[3,0 - 6,4]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	5,0	[4,3 - 5,6]	4,5	[3,8 - 5,4]	5,5	[4,5 - 6,6]
Professions intermédiaires	9 057	5,7	[5,1 - 6,3]	4,9	[4,1 - 5,8]	6,3	[5,5 - 7,2]
Employés	8 779	5,5	[5,0 - 6,1]	6,6	[5,3 - 8,1]	5,3	[4,7 - 5,9]
Ouvriers	5 357	4,3	[3,8 - 5,0]	4,2	[3,5 - 4,9]	4,9	[3,6 - 6,5]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 854	3,4	[2,8 - 4,0]	3,3	[2,5 - 4,2]	3,4	[2,6 - 4,4]
Ça va	1 249	3,9	[3,5 - 4,3]	3,4	[2,9 - 4,0]	4,3	[3,8 - 4,9]
C'est juste	12 007	4,9	[4,4 - 5,3]	4,3	[3,7 - 5,0]	5,3	[4,7 - 6,0]
C'est difficile, endetté	5 589	10,7	[9,7 - 11,7]	10,5	[9,0 - 12,1]	10,8	[9,5 - 12,3]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 240	4,8	[4,5 - 5,2]	4,2	[3,7 - 4,7]	5,5	[4,9 - 6,0]
Études	2 528	10,2	[8,8 - 11,7]	7,6	[5,9 - 9,6]	12,4	[10,4 - 14,6]
Chômage	2 747	8,7	[7,4 - 10,2]	8,7	[6,8 - 10,8]	8,8	[7,0 - 10,9]
Retraite	8 422	2,7	[2,3 - 3,2]	3,0	[2,4 - 3,6]	2,5	[1,9 - 3,2]
Autres inactifs	3 003	8,4	[7,2 - 9,7]	9,6	[7,6 - 11,9]	7,6	[6,2 - 9,2]
Type de ménage		*		*		*	
Personne seule	7 690	7,3	[6,6 - 8,1]	7,9	[6,9 - 9,1]	6,7	[5,8 - 7,7]
Famille monoparentale	4 218	7,6	[6,6 - 8,7]	7,7	[6,1 - 9,5]	7,6	[6,4 - 8,9]
Couple sans enfant	10 038	3,9	[3,5 - 4,4]	3,3	[2,8 - 4,0]	4,4	[3,8 - 5,2]
Couple avec enfant(s)	9 289	3,6	[3,2 - 4,1]	3,2	[2,6 - 3,9]	4,0	[3,4 - 4,7]
Autres	3 705	6,5	[5,6 - 7,5]	4,7	[3,7 - 5,9]	8,5	[7,1 - 10,2]
Total	34 940	5,2	[5,0 - 5,5]	4,8	[4,4 - 5,2]	5,6	[5,2 - 6,0]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi²).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 8,6 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

UNE PERSONNE SUR VINGT DÉCLARE AVOIR FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE SA VIE

En 2024, 5,4 % [5,1 % - 5,7 %] des 18-79 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,1 % [6,7 % - 7,6 %] des femmes contre 3,6 % [3,2 % - 4,0 %] des hommes). C'est parmi les 18-29 ans que la prévalence est

la plus importante (6,7 % [5,9 % - 7,5 %]). Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes sont davantage concernées que les hommes (Tableau 2).

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, ce sont les personnes dont le niveau d'étude est équivalent au Baccalauréat ou inférieur qui présentent les prévalences les plus élevées (6,5 % et 5,9 % respectivement).

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une tentative de suicide au cours de la vie

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*				*	
18-29 ans	6 152	6,7	[5,9 - 7,5]	4,0	[3,1 - 5,1]	9,3	[8,1 - 10,7]
30-39 ans	5 794	5,3	[4,6 - 6,0]	3,8	[2,9 - 4,9]	6,6	[5,6 - 7,7]
40-49 ans	6 234	5,2	[4,6 - 5,9]	3,8	[3,0 - 4,8]	6,6	[5,6 - 7,7]
50-59 ans	6 559	5,3	[4,7 - 6,0]	3,6	[2,8 - 4,4]	7,0	[6,1 - 8,1]
60-69 ans	6 116	5,4	[4,8 - 6,2]	3,8	[3,0 - 4,7]	6,9	[5,9 - 8,1]
70-79 ans	4 085	4,2	[3,4 - 5,1]	2,2	[1,4 - 3,3]	5,8	[4,6 - 7,2]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	5,9	[5,4 - 6,5]	4,2	[3,6 - 4,9]	7,6	[6,8 - 8,5]
Bac	8 332	6,5	[5,9 - 7,2]	3,9	[3,2 - 4,8]	8,8	[7,9 - 9,9]
Supérieur au Bac	14 723	4,2	[3,8 - 4,6]	2,5	[2,1 - 3,0]	5,6	[5,0 - 6,2]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	3,9	[3,0 - 4,9]	2,2	[1,5 - 3,3]	7,1	[5,1 - 9,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	3,4	[2,9 - 4,0]	2,4	[1,8 - 3,0]	4,8	[3,9 - 5,9]
Professions intermédiaires	9 057	4,8	[4,3 - 5,4]	3,0	[2,4 - 3,7]	6,4	[5,6 - 7,3]
Employés	8 779	7,6	[7,0 - 8,4]	5,4	[4,1 - 6,8]	8,3	[7,5 - 9,1]
Ouvriers	5 357	5,2	[4,5 - 6,0]	4,5	[3,8 - 5,4]	7,6	[6,0 - 9,5]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 854	3,2	[2,6 - 3,8]	2,0	[1,4 - 2,9]	4,3	[3,4 - 5,4]
Ça va	1 249	4,1	[3,7 - 4,6]	3,0	[2,4 - 3,6]	5,2	[4,6 - 5,9]
C'est juste	12 007	5,5	[5,1 - 6,1]	3,5	[2,9 - 4,1]	7,5	[6,7 - 8,3]
C'est difficile, endetté	5 589	9,8	[8,8 - 10,9]	6,7	[5,5 - 8,2]	12,6	[11,1 - 14,2]
Situation professionnelle		*		*		*	
Travail	18 240	4,6	[4,3 - 5,0]	2,9	[2,5 - 3,4]	6,3	[5,8 - 7,0]
Études	2 528	7,3	[6,2 - 8,6]	4,0	[2,7 - 5,5]	10,1	[8,3 - 12,2]
Chômage	2 747	7,5	[6,2 - 8,9]	6,9	[5,1 - 9,1]	8,0	[6,2 - 10,1]
Retraite	8 422	4,9	[4,3 - 5,5]	3,1	[2,4 - 3,9]	6,5	[5,6 - 7,5]
Autres inactifs	3 003	8,6	[7,4 - 10,0]	6,5	[4,8 - 8,6]	10,0	[8,3 - 11,9]
Type de ménage		*		*		*	
Personne seule	7 690	7,9	[7,2 - 8,7]	5,8	[4,8 - 6,8]	9,9	[8,8 - 11,2]
Famille monoparentale	4 218	7,2	[6,2 - 8,2]	4,1	[3,0 - 5,5]	9,2	[7,8 - 10,7]
Couple sans enfant	10 038	4,2	[3,7 - 4,7]	2,8	[2,2 - 3,4]	5,6	[4,8 - 6,3]
Couple avec enfant(s)	9 289	4,0	[3,5 - 4,5]	2,6	[2,0 - 3,2]	5,3	[4,6 - 6,1]
Autres	3 705	5,6	[4,7 - 6,7]	3,8	[2,6 - 5,3]	7,6	[6,1 - 9,2]
Total	34 940	5,4	[5,1 - 5,7]	3,6	[3,2 - 4,0]	7,1	[6,7 - 7,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 6,7 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Les chômeurs (7,5 %), les inactifs (8,6 %), les étudiants (7,3 %), ainsi que les personnes seules (7,9 %) ou en situation de famille monoparentale (7,2 %) sont particulièrement concernées par les tentatives de suicide au cours de la vie.

Un gradient croissant significatif entre la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie et la perception de difficultés financières personnelles est observé (Tableau 2).

QUATRE PERSONNES SUR MILLE DÉCLARENT AVOIR FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE L'ANNÉE

Concernant les tentatives de suicide au cours de l'année, la prévalence est de 0,4 % [0,3 % - 0,5 %], sans différence significative entre les hommes et les femmes (0,3 % [0,2 % - 0,4 %] et 0,5 % [0,4 % - 0,7 %] respectivement, données non présentées).

Parmi les 18-29 ans, la prévalence atteint 1,0 % [0,7 % - 1,3 %]. Il est important de noter que cette tranche d'âge est la seule pour laquelle le nombre de tentatives de suicide dans l'année dépasse le seuil de diffusion requis (30 ou plus), permettant la présentation d'un pourcentage fiable. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes femmes (1,5 % [1,1 % - 2,1 %]).

Les étudiants (1,3 %), ainsi que les personnes en situation de famille monoparentale (0,8 %) et les personnes dont le niveau d'étude est équivalent au Baccalauréat (0,6 %), sont particulièrement concernés par les actes suicidaires dans l'année. Les personnes déclarant une situation financière difficile sont également plus concernées par les actes suicidaires dans l'année (1,0 %). Les données pour les autres catégories ne sont pas diffusées car leurs effectifs sont insuffisants (Tableau 3).

LES RÉGIONS HAUTS-DE-FRANCE ET GRAND EST PLUS CONCERNÉES QUE LA MOYENNE

Concernant les analyses régionales, les régions Hauts-de-France et Grand Est ont une prévalence des pensées suicidaires dans l'année statistiquement supérieure à la moyenne observée dans les autres régions (6,5 % et 6,2 % respectivement).

TABLEAU 3 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble	
		%	IC 95 %
Niveau de diplôme		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	0,3	[0,2 - 0,5]
Bac	8 332	0,6	[0,4 - 0,8]
Supérieur au Bac	14 723	0,4	[0,3 - 0,5]
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	SD	SD
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	SD	SD
Professions intermédiaires	9 057	0,4	[0,2 - 0,6]
Employés	8 779	0,5	[0,4 - 0,7]
Ouvriers	5 357	0,4	[0,3 - 0,7]
Situation financière perçue			
À l'aise	4 854	SD	SD
Ça va	1 249	0,3	[0,2 - 0,4]
C'est juste	12 007	0,4	[0,3 - 0,5]
C'est difficile, endetté	5 589	1,0	[0,7 - 1,4]
Situation professionnelle			
Travail	18 240	0,3	[0,2 - 0,4]
Études	2 528	1,3	[0,8 - 1,8]
Chômage	2 747	SD	SD
Retraite	8 422	SD	SD
Autres inactifs	3 003	SD	SD
Type de ménage			
Personne seule	7 690	0,5	[0,3 - 0,7]
Famille monoparentale	4 218	0,8	[0,5 - 1,1]
Couple sans enfant	10 038	SD	SD
Couple avec enfant(s)	9 289	SD	SD
Autres	3 705	0,7	[0,4 - 1,0]
Total	34 940	0,4	[0,3 - 0,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 1,0 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Concernant la déclaration d'une tentative de suicide au cours de la vie, la région Île-de-France (4,6 %) présente une prévalence significativement inférieure à celle observée dans les autres régions, tandis qu'elle est statistiquement supérieure pour les régions Pays de la Loire (6,2 %) et Hauts-de-France (6,7 %) (Tableau 4).

TABLEAU 4 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie, selon la région

	n	Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois		Tentatives de suicide au cours de la vie	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 044	4,8	[4,0 - 5,7]	4,8	[4,0 - 5,8]
Bourgogne-Franche-Comté	1 554	5,1	[4,0 - 6,4]	6,0	[4,8 - 7,4]
Bretagne	1 856	5,0	[4,0 - 6,1]	4,9	[3,9 - 6,0]
Centre-Val de Loire	1 482	4,5	[3,5 - 5,8]	6,4	[5,1 - 8,0]
Corse	1 460	4,3	[3,3 - 5,6]	4,7	[3,6 - 6,1]
Grand Est	2 401	6,2*	[5,2 - 7,3]	5,2	[4,3 - 6,3]
Guadeloupe	1 491	6,3	[4,7 - 8,2]	4,4	[3,3 - 5,9]
Guyane	1 298	6,9	[4,7 - 9,7]	6,1	[4,6 - 7,9]
Hauts-de-France	2 538	6,5*	[5,4 - 7,6]	6,7*	[5,7 - 7,9]
Île-de-France	3 884	5,0	[4,3 - 5,8]	4,6*	[3,8 - 5,4]
La Réunion	1 568	4,9	[3,7 - 6,5]	6,5	[5,0 - 8,3]
Martinique	1 364	4,6	[3,3 - 6,3]	4,5	[3,2 - 6,2]
Normandie	1 672	5,6	[4,5 - 6,9]	5,3	[4,2 - 6,7]
Nouvelle-Aquitaine	2 577	4,9	[4,0 - 5,8]	5,5	[4,6 - 6,6]
Occitanie	2 575	4,9	[4,1 - 5,9]	5,7	[4,7 - 6,8]
Pays de la Loire	2 027	5,5	[4,4 - 6,6]	6,2*	[5,1 - 7,4]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 149	5,1	[4,2 - 6,2]	5,5	[4,5 - 6,7]
Total	34 940	5,2	[5,0 - 5,5]	5,4	[5,1 - 5,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 6,2 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Grand Est déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

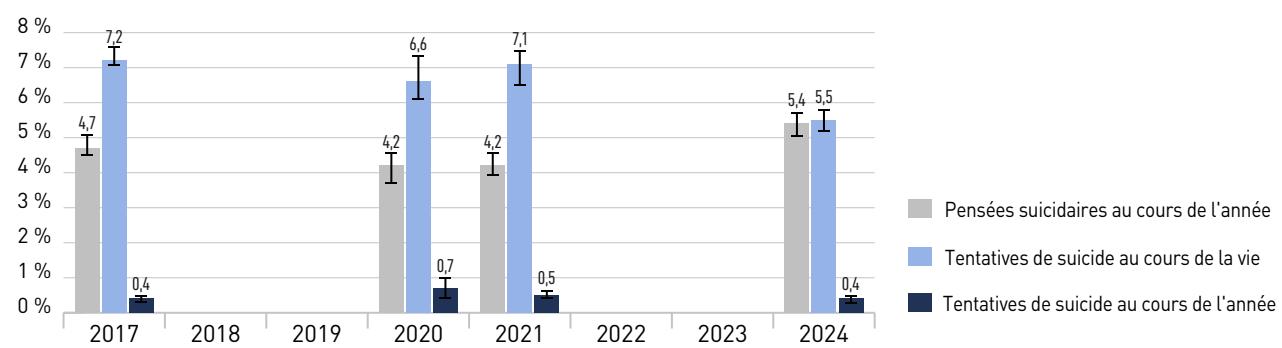
ÉVOLUTIONS DES CONDUITES SUICIDAIRES EN FRANCE HEXAGONALE

En 2024, parmi les 18-75 ans résidant en France hexagonale, la prévalence des pensées suicidaires semble en augmentation. En effet, la prévalence, qui était relativement stable entre 2017 et 2020-2021 augmente pour atteindre 5,4 % en 2024 (Figure 1).

Le pourcentage de personnes âgées de 18-75 ans déclarant avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie était stable entre 2017 et 2021. En 2024, le pourcentage déclaré est plus faible (5,5 %) (Figure 1).

La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 18-75 ans apparaît stable depuis 2017 (Figure 1).

La méthode de l'enquête a changé en 2024 (cf. encadré « Méthode »). Les évolutions avec les éditions antérieures ont été présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

FIGURE 1 | Proportion d'adultes déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie et des 12 derniers mois en 2017, 2020, 2021 et 2024

Champ commun entre les éditions du Baromètre de Santé publique France 2017, 2020 et 2021 : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

PENSÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ACTIFS OCCUPÉS¹

Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Un actif sur vingt déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans la population active occupée âgée de 18 à 64 ans est de 4,9 % [4,5 % - 5,3 %]. Comme dans la population générale, les femmes déclarent davantage de pensées suicidaires que les hommes (5,5 % contre 4,2 %).

La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois est plus élevée chez les salariés de la fonction publique (5,5 % [4,7 % - 6,4 %]), suivis

des salariés d'entreprise (5,0 % [4,5 % - 5,5 %]) (Tableau 5). Le type de fonction occupée par les salariés d'entreprise ne présente pas de différence significative.

Les personnes en contrat précaire (CDD, missions d'intérim, vacation, contrat d'apprentissage) déclarent davantage de pensées suicidaires

Concernant le type de contrat pour les salariés, les personnes en contrat précaire (contrat à durée déterminée (CDD), missions d'intérim, vacations et contrats d'apprentissage) ont une prévalence de pensées suicidaires dans l'année plus importante par

TABLEAU 5 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Statut d'emploi		*					
À votre compte	2 291	3,9	[3,0 - 4,9]	3,4	[2,3 - 4,7]	4,7	[3,2 - 6,6]
Salarié de la fonction publique	4 685	5,5	[4,7 - 6,4]	4,5	[3,4 - 5,9]	6,0	[5,0 - 7,2]
Salarié d'une entreprise	10 188	5,0	[4,5 - 5,5]	4,4	[3,8 - 5,1]	5,7	[4,9 - 6,5]
Salarié d'un particulier	811	3,4	[2,1 - 5,0]	SD	SD	SD	SD
Refus/Ne sait pas/sans rémunération	119	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	18 094						
Type de contrat des salariés¹		*		*		*	
Fonctionnaire	3 267	5,3	[4,4 - 6,3]	5,0	[3,5 - 6,7]	5,5	[4,4 - 6,8]
En contrat à durée indéterminée (CDI)	10 644	4,4	[4,0 - 4,9]	3,9	[3,3 - 4,5]	5,1	[4,4 - 5,8]
En contrat à durée déterminée (CDD)	1 504	8,8	[7,2 - 10,7]	8,5	[6,0 - 11,5]	9,1	[6,9 - 11,6]
Refus/Ne sait pas/Autre	269	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	15 684						
Salariés d'entreprise							
Manœuvre, ouvrier spécialisé	788	5,5	[3,9 - 7,5]	6,0	[4,0 - 8,7]	SD	SD
Ouvrier qualifié, technicien d'atelier	1 466	4,6	[3,4 - 5,9]	3,8	[2,7 - 5,2]	SD	SD
Employé de bureau, de commerce, de services	2 040	4,6	[3,7 - 5,8]	SD	SD	5,0	[3,8 - 6,4]
Agent de maîtrise y compris administrative ou commerciale	916	5,0	[3,6 - 6,8]	SD	SD	SD	SD
Technicien	955	5,6	[4,1 - 7,5]	5,5	[3,7 - 7,8]	SD	SD
Ingénieur, cadre d'entreprise	2 637	4,4	[3,5 - 5,4]	3,9	[2,9 - 5,3]	5,1	[3,7 - 6,8]
Dans une autre situation	1 321	6,5	[5,0 - 8,2]	SD	SD	7,3	[5,3 - 9,8]
Total	10 123						
Télétravail							
Oui	4 738	5,0	[4,3 - 5,7]	4,8	[3,8 - 5,9]	5,1	[4,2 - 6,2]
Non	13 295	4,9	[4,4 - 5,3]	4,1	[3,5 - 4,7]	5,6	[5,0 - 6,3]
Total	18 033						
PCS		*					
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 359	3,3	[2,3 - 4,6]	SD	SD	4,6	[2,7 - 7,1]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 484	4,5	[3,8 - 5,2]	4,0	[3,1 - 5,0]	5,1	[4,1 - 6,3]
Professions intermédiaires	5 379	5,6	[4,8 - 6,3]	4,7	[3,7 - 5,8]	6,2	[5,2 - 7,4]
Employés	4 257	5,7	[4,9 - 6,6]	6,9	[5,1 - 9,2]	5,4	[4,5 - 6,4]
Ouvriers	2 616	3,9	[3,1 - 4,7]	3,7	[2,8 - 4,6]	4,8	[3,1 - 7,1]
Total	18 095						

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. La catégorie CDI comprend les agents à statut (EDF, SNCF, etc.). La catégorie CDD comprend les missions d'intérim, les contrats d'apprentissage et les contrats à durée limitée (saisonnières, vacations, etc.).

Dans les différentes variables étudiées, il existe des données manquantes. Les effectifs sont donc différents de ceux attendus.

Note de lecture : 3,9 % des personnes âgées de 18 à 64 ans qui travaillent à leur compte déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

1. Dans l'encadré sur la population active, l'échantillon porte sur 18 095 actifs occupés, âgés de 18 à 64 ans.

rapport aux personnes en contrat à durée indéterminée (CDI) et aux fonctionnaires (8,8 % contre 4,4 % et 5,3 % respectivement) (Tableau 5).

Les actifs occupés qui effectuent du télétravail ne présentent pas de différence de prévalence sur les pensées suicidaires par comparaison à ceux n'en effectuant pas (Tableau 5).

Plus d'une personne sur vingt déclare des pensées suicidaires parmi les employés et les professions intermédiaires

Parmi les actifs occupés, les catégories professions intermédiaires et employés présentent des prévalences de pensées suicidaires significativement plus élevées que les autres catégories socioprofessionnelles (PCS) (5,6 % et 5,7 % respectivement) (Tableau 5). Les hommes présentent une prévalence particulièrement élevée chez les employés: 6,9 %.

Tentatives de suicide au cours de la vie

La prévalence des tentatives de suicide sur la vie entière dans la population active occupée âgée de 18 à 64 ans est de 4,6 % [4,3 % - 5,0 %]. Les femmes ont une prévalence de tentatives de suicide au cours de la vie significativement plus élevée que les hommes (6,4 % [5,8 % - 7,0 %] contre 2,9 % [2,5 % - 3,4 %]).

Une femme sur dix en contrat précaire (CDD, missions d'intérim, vacation, contrat d'apprentissage) déclare une tentative de suicide au cours de sa vie

Aucune association n'est observée avec le statut d'emploi (Tableau 6). Par contre, parmi les salariés, les personnes travaillant sous contrat précaire ont des prévalences de tentatives de suicide plus élevées (8,3 % [6,7 % - 10,1 %]) que les fonctionnaires ou les personnes en CDI. Une femme sur dix ayant un statut professionnel précaire déclare une tentative de suicide au cours de sa vie (Tableau 6).

Les personnes n'effectuant pas de télétravail semblent présenter une prévalence de tentative de suicide plus élevée (4,9 % [4,4 % - 5,3 %] contre 4,0 % [3,4 % - 4,8 %] (résultat proche de la significativité) (Tableau 6).

Les employés déclarent davantage de tentatives de suicide au cours de leur vie

Parmi les actifs occupés, ce sont les employés qui déclarent le plus de tentatives de suicide au cours de leur vie (7,0 % [6,1 % - 8,0 %]) (Tableau 6). Les cadres et professions intellectuelles supérieures ont la prévalence la plus faible. Chez les hommes, en plus des employés (4,8 % [3,2 % - 6,8 %]), la prévalence est aussi plus élevée parmi les ouvriers 4,2 % [3,2 % - 5,4 %].

TABLEAU 6 | Proportion d'actifs occupés de 18-64 ans déclarant une tentative de suicide au cours de la vie

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Statut d'emploi							
À votre compte	2 291	3,2	[2,4 - 4,2]	SD	SD	5,7	[4,1 - 7,8]
Salarié de la fonction publique	4 685	4,8	[4,1 - 5,6]	3,0	[2,0 - 4,1]	5,8	[4,9 - 6,9]
Salarié d'une entreprise	10 188	4,7	[4,3 - 5,3]	3,2	[2,6 - 3,8]	6,7	[5,9 - 7,5]
Salarié d'un particulier	811	5,8	[3,9 - 8,2]	SD	SD	7,9	[5,2 - 11,3]
Refus/Ne sait pas/sans rémunération	119	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	18 094						
Type de contrat des salariés¹							
Fonctionnaire	3 267	4,5	[3,7 - 5,5]	SD	SD	5,8	[4,6 - 7,1]
En contrat à durée indéterminée (CDI)	10 644	4,4	[4,0 - 4,9]	3,0	[2,4 - 3,6]	6,1	[5,3 - 6,9]
En contrat à durée déterminée (CDD)	1 504	8,3	[6,7 - 10,1]	5,1	[3,2 - 7,8]	10,8	[8,5 - 13,4]
Refus/Ne sait pas/Autre	269	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total	15 684						
Télétravail							
Oui	4 738	4,0	[3,4 - 4,8]	2,2	[1,4 - 3,1]	5,7	[4,7 - 6,9]
Non	13 295	4,9	[4,4 - 5,3]	3,2	[2,7 - 3,7]	6,7	[6,0 - 7,4]
Total	18 033						
PCS							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 359	3,0	[2,0 - 4,2]	SD	SD	6,5	[4,0 - 9,8]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 484	3,0	[2,4 - 3,6]	1,9	[1,3 - 2,7]	4,3	[3,4 - 5,5]
Professions intermédiaires	5 379	4,4	[3,7 - 5,0]	2,1	[1,5 - 2,8]	6,2	[5,2 - 7,3]
Employés	4 257	7,0	[6,1 - 8,0]	4,8	[3,2 - 6,8]	7,6	[6,6 - 8,8]
Ouvriers	2 616	4,5	[3,6 - 5,6]	4,2	[3,2 - 5,4]	SD	SD
Total	18 095						

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion. Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. La catégorie CDI comprend les agents à statut (EDF, SNCF, etc.). La catégorie CDD comprend les missions d'intérim, les contrats d'apprentissage et les contrats à durée limitée (saisonniers, vacations, etc.).

Dans les différentes variables étudiées, il existe des données manquantes. Les effectifs sont donc différents de ceux attendus.

Note de lecture : 3,2 % des personnes âgées de 18 à 64 ans qui travaillent à leur compte déclarent une tentative de suicide au cours de leur vie.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

Lenquête Baromètre de Santé publique France 2024 indique que 5,2 % des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 5,4 % déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 0,4 % au cours de l'année précédant l'enquête.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois semble connaître une augmentation, passant de 4,2 % en 2021 à 5,4 % en 2024, soit une hausse de plus de 1 point, dépassant ainsi le taux observé en 2017. Inversement, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a diminué de plus de 1 point entre 2021 et 2024 (passant de 7,1 % à 5,5 %), tandis que la prévalence des tentatives déclarées au cours des 12 derniers mois est restée stable. L'impact sur ces résultats des changements méthodologiques introduits dans le Baromètre de Santé publique France en 2024 (notamment introduction d'un nouveau mode de collecte par internet et la modification des conditions de réponse aux trois questions sur les conduites suicidaires) nécessite des analyses complémentaires. Ces dernières sont indispensables, en particulier pour valider et interpréter la diminution de la prévalence des tentatives de suicides déclarées, un indicateur qui devrait théoriquement rester plutôt stable sur une période aussi courte.

Les résultats concernant les autres indicateurs (pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois) sont cohérents. La stabilité de la prévalence des tentatives de suicide survenues au cours des 12 derniers mois est un résultat plus attendu, et les résultats concernant les pensées suicidaires sont en accord avec les augmentations observées entre 2021 et 2022 sur l'indicateur du recours aux urgences hospitalières pour pensées suicidaires et les derniers résultats de l'enquête Epicov; cette dernière étude montrant que les jeunes étaient particulièrement concernés [10].

Laugmentation isolée de la prévalence des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois pourrait s'expliquer par un impact différentiel de la conjoncture actuelle (aléas climatiques, tensions géopolitiques et conflits armés à l'échelle mondiale, inflation, hausse du chômage, etc.) sans modifier de façon notable la fréquence de la réalisation d'actes de tentative de suicide entre les années précédentes et 2024.

Comme pour les précédentes études [5], les prévalences de tentatives de suicide vie entière et celles des pensées suicidaires au cours de l'année sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes, avec des différences particulièrement marquées chez les moins de 29 ans.

Le principal résultat de ces analyses reste les fortes prévalences des pensées suicidaires (10,8 %) et des actes suicidaires vie entière (9,3 %) ou dans les douze derniers mois (1,5 %) chez les 18-29 ans, comparées aux niveaux observés dans les autres tranches d'âge chez les femmes. Même si les classes d'âge utilisées dans les analyses des éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France n'étaient pas exactement les mêmes, une prévalence nettement plus élevée dans la classe d'âge la plus jeune (18-24 ans) chez les femmes était aussi observée en 2021. Ce qui n'était pas le cas jusqu'en 2017 [5]. Il en est de même chez les hommes pour les pensées suicidaires, ce qui vient confirmer la progression importante du mal-être des plus jeunes, déjà observée pour les épisodes dépressifs [11]. Le constat d'une détérioration plus importante de la santé mentale des jeunes femmes à la suite de la pandémie de Covid-19 a également été retrouvé à l'échelle internationale [12-14]. Les résultats de l'enquête Epicov montraient également une hausse des pensées suicidaires chez les femmes de 15-24 ans en novembre 2020 et décembre 2022; et pour les garçons du même âge en décembre 2022 [10, 15].

Les résultats montrent également que d'autres segments de la population sont davantage concernés par les gestes et idées suicidaires, telles que les personnes sans emploi et, plus globalement, celles vulnérables sur le plan socio-économique. C'est également le cas des personnes vivant seules ou dans le cadre monoparental. Ces associations sont fréquemment retrouvées dans les enquêtes françaises [5, 16], ainsi que dans la littérature internationale [17]. On observe par ailleurs davantage de tentatives de suicide déclarées au cours de la vie pour les personnes ayant un niveau Baccalauréat ou inférieur et a contrario, davantage de déclarations de pensées suicidaires pour les personnes de niveau Baccalauréat ou supérieur.

Dans le Baromètre de Santé publique France 2024, 4,9 % des actifs en emploi ont déclaré des pensées suicidaires. Ce résultat est proche de celui observé dans la population générale (5,2 %), alors que dans les éditions précédentes (2010, 2014, 2017, 2020 et 2021) [6], la prévalence des pensées suicidaires variait entre 3,2 et 4 % et était ainsi systématiquement plus basse qu'en population générale.

La prévalence des données de 2024 présente une augmentation importante de 1,7 point, et cette proportion dépasse la plus forte proportion obtenue en 2014 (4,0 %) [6]. Concernant les tentatives de suicides, comme pour les pensées suicidaires, les résultats sont proches de ceux de la population générale.

Les personnes en contrat précaire (CDD, missions d'intérim, vacation, contrat d'apprentissage) déclarent davantage de conduites suicidaires. Cela concerne une femme sur 10 pour les tentatives de suicide au cours de la vie. Ces résultats mériteraient d'être ajustés sur le sexe et l'âge. Néanmoins ils sont cohérents avec une étude française de 2005 qui montrait que les hommes en contrat d'intérim étaient les plus concernés par les tentatives de suicide (7,1 % contre 3,1 % pour les CDI) [18], mais également avec les données de la littérature internationale qui soulignent le lien entre insécurité de l'emploi et conduites suicidaires (pensées et tentatives) [8, 19], même après ajustement sur le revenu, l'éducation, le statut marital, l'âge et le sexe [20].

Enfin, la prévalence des conduites suicidaires diffère selon la catégorie socioprofessionnelle (PCS). Dans notre étude, les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les cadres sont les moins concernés. Une étude de 2005 sur les tentatives de suicide vie entière en fonction de la PCS chez les personnes en emploi a montré également que ces catégories étaient moins concernées par les tentatives de suicide vie entière que les autres [18]. Dans notre étude, les employés sont la catégorie la plus exposée aux conduites suicidaires ; puis viennent les professions intermédiaires, également concernées par les pensées suicidaires. Chez les hommes, les ouvriers présentent également une prévalence de tentatives de suicide au cours de la vie plus élevée. C'est cette dernière catégorie qui avait la prévalence la plus élevée dans l'étude de 2005. La surreprésentation des employés dans les conduites suicidaires a été retrouvée dans les éditions précédentes du Baromètre de Santé publique France : en 2017, 2020 et 2021 chez les hommes pour les pensées suicidaires [6].

Les prévalences des conduites suicidaires observées en 2024 dans le Baromètre de Santé publique France suggèrent le maintien d'une détérioration de la santé mentale des plus jeunes (18-29 ans). Ces résultats, ainsi que ceux issus des activités hospitalières, témoignent du fait que cette détérioration s'inscrit dans la durée, particulièrement pour les jeunes femmes.

En 2024, les résultats du Baromètre de Santé publique France indiquent une hausse des pensées suicidaires, tandis que les tentatives de suicide au cours de l'année restent stables. Les jeunes de 18 à 29 ans, et plus particulièrement les jeunes femmes, affichent une prévalence élevée de pensées suicidaires. Ces résultats, combinés aux données hospitalières, confirment une situation de mal-être accrue chez cette population. Il conviendra cependant de surveiller l'évolution des pensées suicidaires dans le temps pour l'ensemble de la population. En accompagnement de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide et du renforcement des dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique, il semble nécessaire de mieux comprendre les causes d'une telle évolution, afin de mieux cibler les facteurs de risque et de protection sur lesquels intervenir. Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques et les professions ont révélé des populations particulièrement vulnérables qu'il convient de cibler dans les prochaines stratégies de prévention et notamment les femmes en emplois précaires. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Roux J, Moulin A, Pirard P, Regnault N, Vernay M. Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin [En ligne]. 2025;:9. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/bulletin-national/conduites-suicidaires-en-france.-bilan-2023>
- [2] santé Dgdl. Stratégie nationale de prévention du suicide2023;:12. Disponible: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide_02092025.pdf
- [3] Pirard P, Chin F, Khréddine I, Tebeka S, Regnault N. Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en france lors de l'infection à la Covid-19: tendances temporelles nationales en 2020-2021 [Hospitalizations for deliberate self-harm in acute care facilities in France during COVID-19 infection: national and regional temporal trends in 2020-2021]. Bull Épidémiol Hebd. 2023;12:230
- [4] Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, Du Roscoät E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. Psychological Medicine. 2022;52(4):707-14
- [5] Léon C, Du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France: résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;3:42-56
- [6] Chan-Chee C, Ha C. Pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes en activité professionnelle en France métropolitaine entre 2010 et 2021: Résultats du baromètre santé. Bull Épidémiol Hebd. 2024;25:550-71
- [7] Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. Preventive medicine. 2021;152:106498
- [8] Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. Occupational and environmental medicine. 2018;75(4):245-53
- [9] Niedhammer I, Bèque M, Chastang J-F, Bertrais S. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. BMC Public Health. 2020;20(1):895
- [10] Hazo J-B. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. Études et résultats [En ligne]. 2025; 1340. Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-etat-des-lieux
- [11] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans: résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;2:28-40
- [12] Fortea A, Fortea L, Gómez-Ramiro M, Fico G, Giménez-Palomo A, Sagué-Vilavella M, et al. Upward trends in eating disorders, self-harm, and suicide attempt emergency admissions in female adolescents after COVID-19 lockdown. Spanish journal of psychiatry and mental health. 2023
- [13] Dijkstra L, Güloksüz S, Batalla A, van Os J. Young adults, particularly young women, account for an increasingly large share of Dutch mental healthcare expenditure over the period between 2015 and 2021. Epidemiol Psychiatr Sci. 2024;33:e48
- [14] Morthorst BR, Heinrichsen M, Erlangsen A. Joinpoint analyses of rates on hospital-recorded deliberate self-harm: an update on Danish national trends. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2025;60(3):727-36
- [15] Hazo J-B, Costemalle V, Rouquette A, Bajos N, Warszawski J, Bagein G, et al. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Études et résultats [En ligne]. 2021; 1210. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-degradation-de-la-sante-mentale chez-les-jeunes-en-2020>
- [16] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011;47:488-92
- [17] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological bulletin. 2017;143(2):187
- [18] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2010;58(2):139-50
- [19] Blomqvist S, Virtanen M, LaMontagne AD, Hanson LLM. Perceived job insecurity and risk of suicide and suicide attempts: a study of men and women in the Swedish working population. Scandinavian journal of work, environment & health. 2022;48(4):293
- [20] Min K-B, Park S-G, Hwang SH, Min J-Y. Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. Preventive medicine. 2015;71:72-6

AUTEURS

Philippe Pirard¹, Christophe Leon¹, Laëtitia Perrin¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement

POINTS CLÉS

- En 2024, 22 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir une **hypertension artérielle (HTA)**.
- Trois quarts des adultes déclarent avoir eu au moins une prise de la pression artérielle dans l'année écoulée.
- Les personnes les moins diplômées déclarent deux fois plus souvent qu'elles ont une HTA que les personnes les plus diplômées.
- Une personne sur quatre se déclarant hypertendue ne reçoit pas de traitement antihypertenseur.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut un module de questions portant sur l'HTA. Les répondants sont considérés comme hypertendus s'ils ont déclaré qu'un médecin leur a déjà dit qu'ils avaient de l'HTA, ou s'ils ont déclaré avoir déjà pris un traitement pour soigner une HTA. La temporalité de la dernière mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé fait l'objet d'une question spécifique posée à l'ensemble de la population d'étude. La prise d'un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois est estimée parmi les personnes ayant déclaré être hypertendues.

Pour les indicateurs analysés, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ($n < 1\%$) ont été regroupées avec les personnes ayant répondu « Non ».

Évolutions : ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Ce changement semble avoir cependant peu d'impact sur les indicateurs analysés (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Aussi, les évolutions de prévalence de l'HTA sont présentées mais sont à interpréter avec prudence.

CONTEXTE

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France touchant un adulte sur trois, soit 17 millions de personnes [1]. Définie par une élévation chronique de la pression artérielle au-delà des seuils de 140/90 mmHg, l'HTA représente un facteur de risque cardiovasculaire majeur, et est responsable de nombreuses complications cardio-neurovasculaires et rénales.

Souvent asymptomatique au début de la maladie, l'HTA est qualifiée de « tueur silencieux » en raison de son évolution à bas bruit. En l'absence de dépistage, de prise en charge et de contrôle des pressions artérielles, l'HTA entraîne des lésions irréversibles des organes cibles (artères, cœur, rein, cerveau etc.), conduisant à des événements graves tels que les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde, les insuffisances cardiaques mais aussi à des atteintes rénales chroniques et des démences. Elle est ainsi responsable de plus de 55 000 décès et de près de 400 000 hospitalisations chaque année en France [2].

Malgré l'existence de stratégies thérapeutiques efficaces, incluant les adaptations du mode de vie (réduction de la consommation de sel, régime alimentaire adapté, activité physique, perte de poids, diminution de la consommation d'alcool, etc.) et des traitements médicamenteux, une part importante de la population hypertendue reste non diagnostiquée ou insuffisamment prise en charge. Ces indicateurs traduisent une marge de progression possible à chaque étape de la chaîne de soins, depuis le dépistage jusqu'au contrôle tensionnel, et soulignent la nécessité de mieux comprendre les dynamiques de dépistage et de traitement de l'HTA connue dans la population.

Dans ce contexte, cette synthèse vise, à partir des données déclaratives du Baromètre de Santé publique France 2024, à décrire la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarant hypertendus, à en analyser les disparités régionales ; et à estimer le taux de dépistage, via une mesure de pression artérielle, et de traitement médicamenteux de l'HTA.

RÉSULTATS

PLUS D'UN ADULTE SUR CINQ DÉCLARE AVOIR UNE HTA

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA est de 22,0 % (intervalle de confiance à 95 % : [21,5 % - 22,6 %] ; Tableau 1). Cette proportion est de 22,7 % [21,9 % - 23,5 %] chez les hommes, et de 21,5 % [20,7 % - 22,2 %] chez les femmes. Elle augmente progressivement avec l'âge, allant de 4,3 % [3,6 % - 5,0 %] chez les 18-29 ans à 51,2 % [49,3 % - 53,0 %] chez les 70-79 ans. La proportion d'HTA déclarée est marquée par un fort gradient socio-économique. Elle varie selon le niveau de diplôme, allant de 14,7 % chez les adultes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat à 30,2 % chez les adultes sans diplôme. De même, seuls 18,6 % des adultes se déclarant à l'aise financièrement déclarent une HTA contre 24,1 % des adultes déclarant une situation financière difficile. Des disparités selon la catégorie socioprofessionnelle sont observées uniquement chez les femmes, chez qui 16,1 % des cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent une HTA contre 28,7 % des ouvrières.

DES DISPARITÉS RÉGIONALES

La proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA en 2024 varie significativement selon la région (Carte). En France hexagonale, cette proportion allait de 19,3 % [17,8 % - 20,8 %] en Île-de-France à 24,9 % [23,0 % - 27,0 %] en région Grand Est. La proportion d'HTA déclarée dans les Antilles était significativement plus élevée que la moyenne des autres régions : 27,7 % [24,6 % - 31,0 %] en Guadeloupe et 30,5 % [27,1 % - 34,1 %] en Martinique. En Guyane, 23,3 % [19,8 % - 27,1 %] des adultes se déclaraient hypertendus, et 23,5 % [20,6 % - 26,5 %] à la Réunion.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir une hypertension artérielle

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6152	4,3	[3,6 - 5,0]	3,3	[2,5 - 4,3]	5,2	[4,2 - 6,4]
30-39 ans	5794	7,6	[6,8 - 8,5]	7,4	[6,2 - 8,7]	7,8	[6,7 - 9,1]
40-49 ans	6234	12,8	[11,8 - 13,8]	13,1	[11,7 - 14,6]	12,5	[11,2 - 14,0]
50-59 ans	6559	25,6	[24,3 - 27,0]	28,2	[26,2 - 30,3]	23,2	[21,4 - 25,0]
60-69 ans	6116	38,5	[36,9 - 40,0]	40,7	[38,5 - 42,9]	36,5	[34,4 - 38,6]
70-79 ans	4085	51,2	[49,3 - 53,0]	54,5	[51,8 - 57,2]	48,4	[45,8 - 50,9]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11844	30,2	[29,2 - 31,2]	29,6	[28,2 - 31,1]	30,7	[29,3 - 32,2]
Bac	8296	18,0	[17,0 - 19,0]	17,6	[16,2 - 19,1]	18,4	[17,0 - 19,8]
Supérieur au Bac	14699	14,7	[14,1 - 15,4]	16,5	[15,5 - 17,6]	13,3	[12,4 - 14,2]
Profession et catégorie socioprofessionnelle¹		*				*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2545	22,7	[20,7 - 24,8]	23,1	[20,7 - 25,7]	21,9	[18,5 - 25,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6858	20,5	[19,4 - 21,7]	23,7	[22,2 - 25,3]	16,1	[14,6 - 17,7]
Professions intermédiaires	9057	21,5	[20,5 - 22,6]	24,5	[22,8 - 26,2]	19,1	[17,8 - 20,4]
Employés	8779	24,2	[23,1 - 25,4]	22,6	[20,1 - 25,2]	24,7	[23,4 - 26,0]
Ouvriers	5357	24,8	[23,4 - 26,3]	23,6	[22,0 - 25,2]	28,7	[25,6 - 32,1]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4854	18,6	[17,3 - 20,0]	20,6	[18,7 - 22,5]	16,6	[14,9 - 18,5]
Ça va	12490	21,4	[20,6 - 22,3]	21,8	[20,5 - 23,0]	21,1	[19,9 - 22,4]
C'est juste	12007	23,0	[22,0 - 23,9]	24,2	[22,8 - 25,6]	21,8	[20,6 - 23,2]
C'est difficile, endetté	5589	24,1	[22,5 - 25,6]	23,1	[20,8 - 25,4]	25,0	[22,9 - 27,1]
Total	34940	22,0	[21,5 - 22,6]	22,7	[21,9 - 23,5]	21,5	[20,7 - 22,2]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

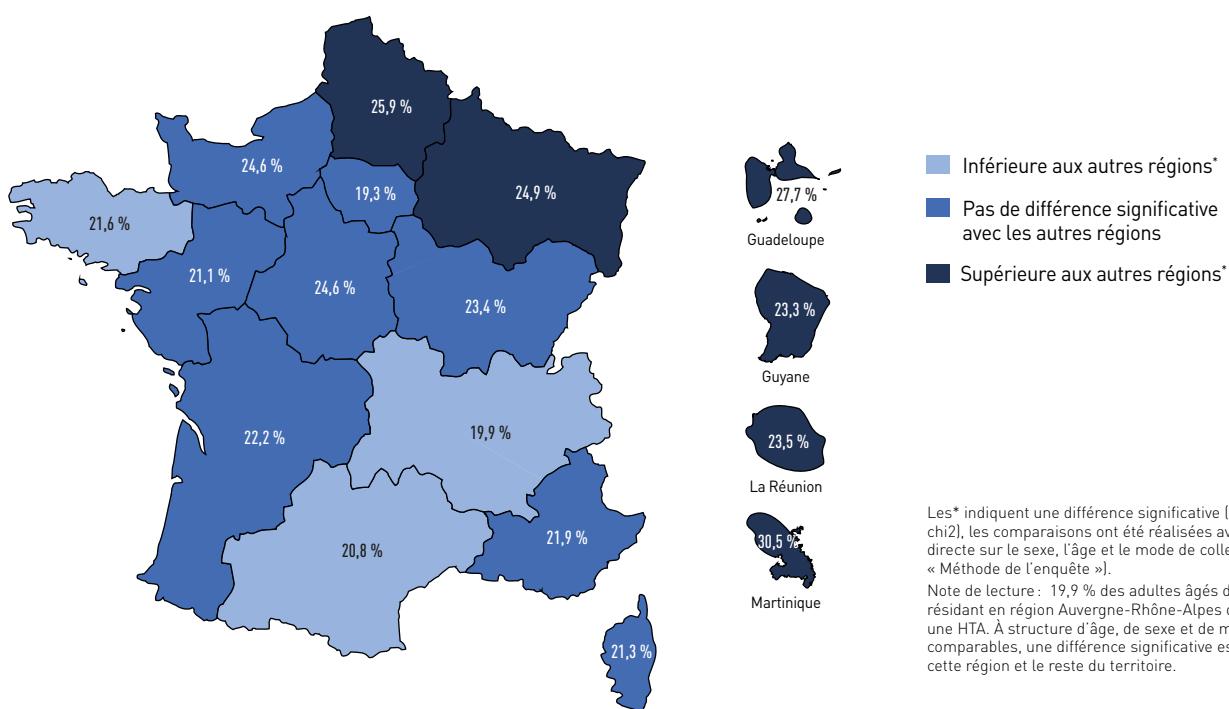
1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à $p < 0,05$ (test du chi2).

Note de lecture : 4,3 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir une hypertension artérielle (HTA).

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir une hypertension artérielle selon la région



Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 19,9 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes déclarent avoir une HTA. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

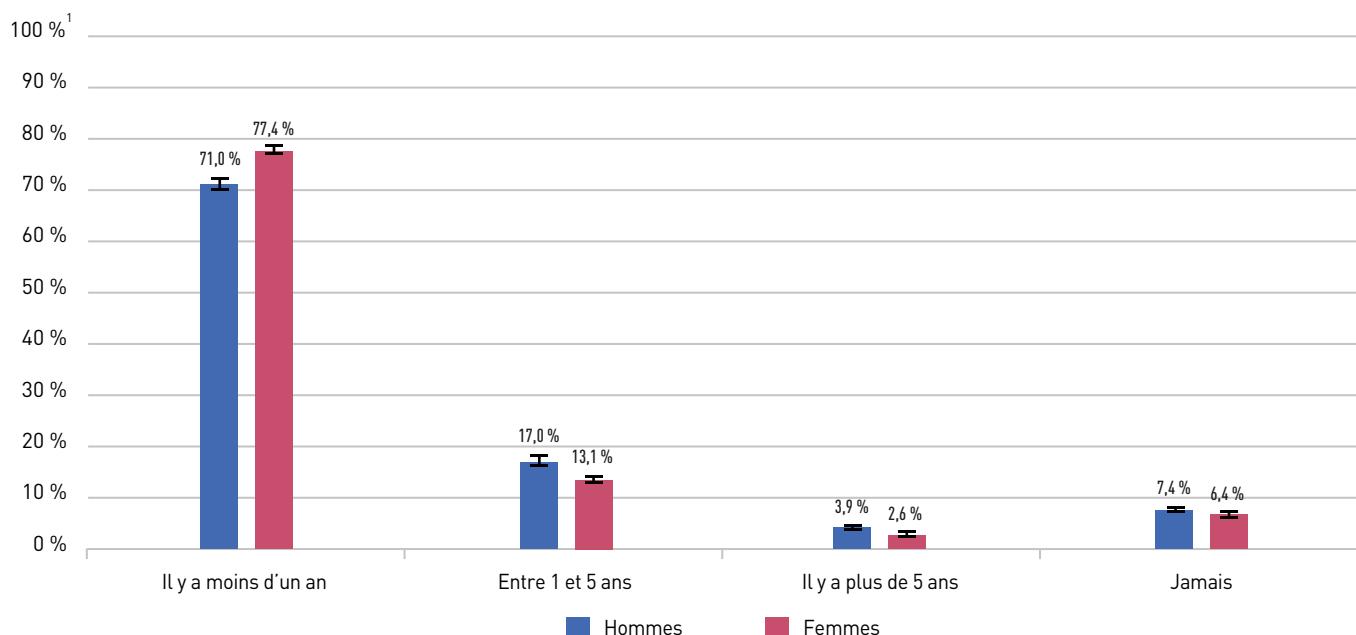
MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE : UN DÉPISTAGE ENCORE INCOMPLET

En 2024, 74,3 % [73,7 % - 74,9 %] des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir eu une prise de la pression artérielle dans l'année précédent l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement 77,4 % [76,7 % - 78,2 %] et 71,0 % [70,1 % - 71,8 %] (Figure 1). De plus, 14,9 % des adultes déclarent avoir eu une prise de pression artérielle entre 1 et 5 ans avant l'enquête, 3,0 % il y a plus de 5 ans et 6,5 % déclarent n'avoir jamais eu de prise de PA.

UNE MISE SOUS TRAITEMENT INSUFFISANTE

Parmi les adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA, 76,5 % [75,3 % - 77,7 %] déclaraient avoir pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, mais cette proportion dépendait fortement de l'âge. Celle-ci passait progressivement de 11,3 % [7,1 % - 16,8 %] chez les hypertendus de 18-29 ans à 92,2 % [90,8 % - 93,4 %] chez les hypertendus de 70-79 ans (Figure 2, page suivante). Entre 30 et 49 ans, les hommes déclarant avoir une HTA étaient plus traités que les femmes. Cette différence était statistiquement significative chez les adultes âgés de 40-49 ans, chez qui 61,3 % [55,3 % - 67,0 %] des hommes déclarant avoir une HTA avaient pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois contre 48,9 % [42,9 % - 55,0 %] des femmes.

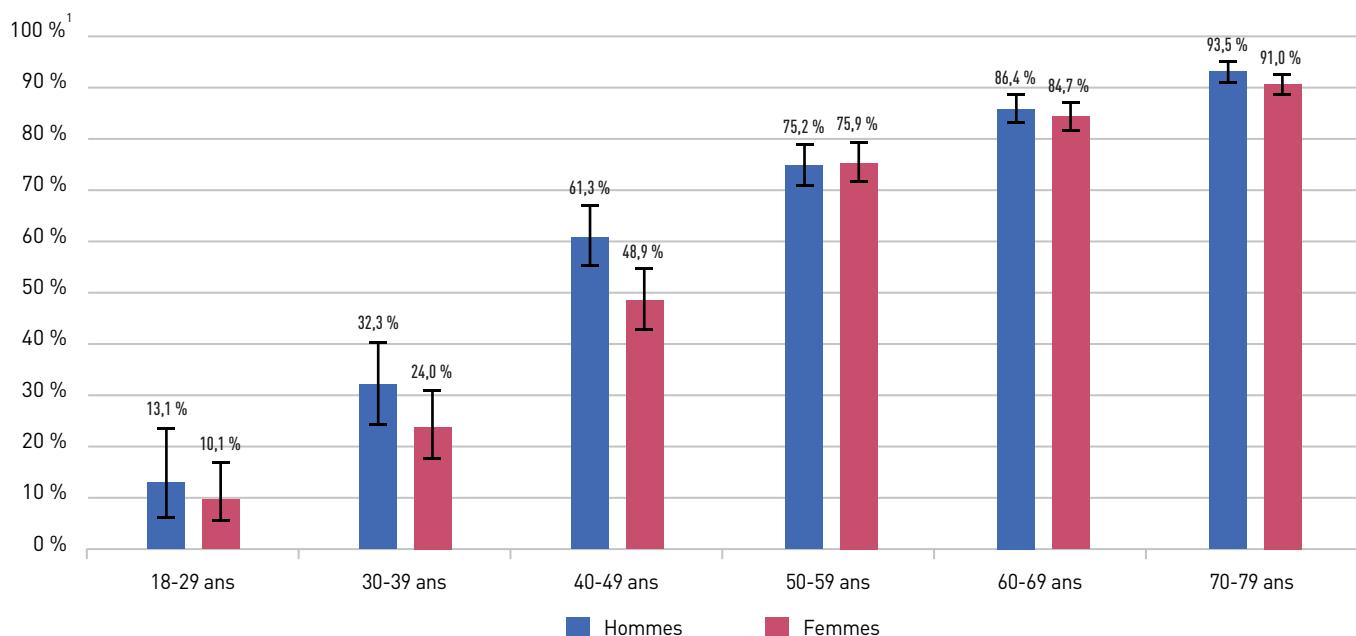
FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu une prise de la pression artérielle dans l'année précédent l'enquête selon le sexe



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 2 | Parmi les adultes de 18-79 ans ayant déclaré une HTA, proportion déclarant avoir pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge



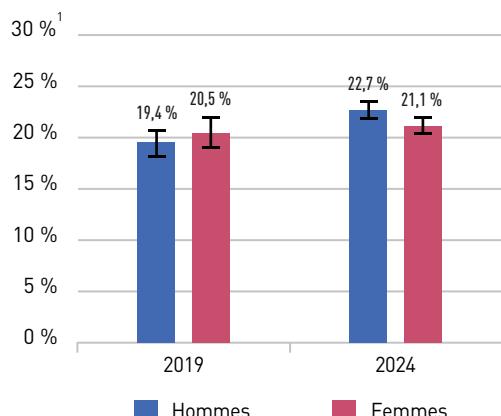
1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2019 EN FRANCE HEXAGONALE

En France hexagonale, la proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA a augmenté, passant de 20,0 % [19,0 % - 20,9 %] en 2019 à 21,9 % [21,4 % - 22,5 %] en 2024 (Figure 3).

FIGURE 3 | Proportion d'adultes déclarant une HTA en 2019 et 2024 selon le sexe



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ commun entre les éditions du Baromètre de Santé publique France 2019 et 2024 : adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale.

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 ont permis d'estimer les proportions déclarées d'HTA chez les adultes âgés de 18 à 79 ans en France et de mettre en évidence des marges de progression en ce qui concerne la prévention, le dépistage et le traitement.

Dans le champ géographique de l'étude (France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion), 22,0 % des adultes se déclarent hypertendus, cette proportion étant très dépendante de l'âge, du sexe et de facteurs socio-économiques. La proportion d'HTA déclarée augmente avec l'âge, elle est aussi plus élevée chez les hommes que les femmes. L'écart entre les sexes peut atteindre 5 % dans le groupe des 50 à 59 ans, chez qui 23,2 % des femmes et 28,2 % des hommes se déclarent hypertendus. De même, les adultes ayant un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat sont deux fois plus nombreux à se déclarer hypertendus que ceux ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat. Ces inégalités sociales sont également retrouvées dans l'incidence des maladies cardiovasculaires compliquant l'HTA [3]. Elles s'expliquent à la fois par des facteurs comportementaux (alimentation, activité physique, etc.), environnementaux et d'accès aux soins. Dans une logique d'universalisme proportionné et de réduction des inégalités sociales de santé, les actions de prévention et de dépistage doivent donc cibler prioritairement les personnes issues des catégories sociales défavorisées. Des disparités régionales ont également été mises en évidence, avec notamment deux régions de France hexagonale présentant des taux d'HTA déclarée supérieurs à la moyenne nationale, les Hauts-de-France et Grand Est. Dans le cadre du projet européen JACARDI, Santé publique France mènera une initiative pilote dans ces deux régions. L'objectif est de dépister l'HTA en pharmacie et de sensibiliser le grand public aux chiffres de la tension artérielle par le biais d'une campagne de communication [4]. La proportion d'HTA déclarée est aussi plus élevée en Martinique et en Guadeloupe, ce qui était déjà retrouvé dans le Baromètre de Santé publique France 2021 réalisé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [5]. Cela peut être en lien avec les habitudes alimentaires et les prévalences plus élevées des autres facteurs de risque tels que l'obésité déclarée. [6, 7]. En Guyane, la proportion d'HTA déclarée est proche de la moyenne nationale, malgré une population ayant en moyenne dix ans de moins [8]. Après standardisation sur l'âge et le sexe, les taux révèlent une différence significative, soulignant que l'HTA constitue une problématique majeure en Guyane.

Ces disparités sont à interpréter avec précaution puisqu'elles reflètent à la fois la prévalence de l'HTA mais aussi la connaissance par les malades de leur état. En effet, en 2015, l'enquête ESTEBAN a estimé que la prévalence de l'HTA était de 31 % dans la population adulte de 18-74 ans [9]. Le caractère déclaratif de cette étude ne permet d'évaluer que la part dépistée, connue et déclarée de l'HTA. Néanmoins ces données déclarées permettent d'identifier des zones et des populations où la problématique est majeure et peuvent permettre de cibler les territoires et populations pouvant faire l'objet d'actions de prévention.

Entre 2019 et 2024, en France hexagonale, la proportion d'adultes se déclarant hypertendus est passée de 20,0 % à 21,9 %. Cette hausse était significative chez les hommes, mais pas chez les femmes. Elle peut s'expliquer par une combinaison de deux facteurs : 1) une augmentation de la prévalence de l'HTA, dont on sait qu'elle suit une tendance à la hausse en France en partie liée au vieillissement de la population et à l'augmentation des facteurs de risque tels que l'obésité [9] ; 2) une amélioration du dépistage et du diagnostic de l'HTA. En 2015, seuls 54,5 % des hypertendus connaissaient leur HTA dans l'enquête Esteban [10]. Cette proportion a pu s'améliorer, notamment grâce à une meilleure formation des professionnels de santé, à la création et à la diffusion de nouvelles recommandations françaises et européennes par les sociétés savantes [11, 12], ou l'achat par l'Assurance Maladie de tensiomètres d'automesure aux nouveaux médecins généralistes. L'estimation de la proportion d'HTA non connue devra être mise à jour avec une enquête comprenant une mesure de pression artérielle, telle que l'enquête Albane actuellement en cours.

Le dépistage précoce de l'HTA constitue le premier maillon de la prise en charge des personnes hypertendues et permet ainsi de limiter les complications. Dans le Baromètre de Santé publique France 2024, 74 % des adultes déclaraient avoir bénéficié d'une mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé au cours de l'année, avec une proportion plus élevée chez les femmes. Cela pourrait refléter un recours aux soins plus fréquent chez les femmes – l'Insee estimait ainsi qu'en 2019, 88 % des femmes avaient consulté un médecin généraliste contre 80 % des hommes [13] – et, pour les femmes jeunes, un suivi gynécologique qui inclut une prise de la pression artérielle, notamment pour la prescription de contraception hormonale. Néanmoins, la proportion de personnes ayant eu une mesure de pression artérielle en 2024 est inférieure à celle observée en 2015

dans l'enquête Esteban (84 %). Même si les méthodes d'enquêtes diffèrent [9], ce qui peut expliquer une partie de cette différence, cette diminution est préoccupante. Elle l'est d'autant plus qu'en 2015, malgré un taux de dépistage opportuniste par prise de pression artérielle relativement élevé, près de la moitié des personnes hypertendues ignoraient leur diagnostic. Cela suggère que de nombreux patients ayant une pression artérielle élevée mesurée par un professionnel de santé ne rentrent pas dans une démarche de diagnostic et prise en charge de l'HTA. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer les liens entre le dépistage opportuniste et le parcours de soins. Des leviers d'action tels que la formation des professionnels de santé, la généralisation du dépistage en pharmacie, la dotation des cabinets médicaux en appareils d'automesure tensionnelle ou la création de parcours de soins dédiés pourraient améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

Enfin, les trois quarts des adultes déclarant avoir une HTA disaient avoir reçu un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, proportion proche de celle observée en 2015 dans l'enquête Esteban (72,6 %). Ce taux reste plus bas que les taux observés chez nos voisins européens où il atteint 88 % en Allemagne [14]. Les recommandations européennes de 2018 préconisaient de débuter le traitement d'une HTA de grade 1 par une phase de 3 à 6 mois de règles hygiéno-diététiques chez les patients à risque cardiovasculaire bas, avant de traiter par antihypertenseurs. À l'inverse, en cas de risque cardiovasculaire élevé ou de complications, il était recommandé d'initier un traitement dès le diagnostic, en complément des règles hygiéno-diététiques [11]. Cela pourrait expliquer, en partie, que chez les 40-49 ans, les hommes hypertendus soient plus traités que les femmes, ceux-ci présentant en moyenne un plus grand nombre de facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme, diabète, surpoids, hypercholestérolémie) [15, 16]. Des différences de pratique de prescription selon le genre peuvent aussi être impliquées, comme cela a été mis en évidence dans la prise en charge d'autres maladies cardiovasculaires comme le syndrome coronarien aigu [3, 17]. En France, l'adhérence au traitement antihypertenseur est également plus faible chez les femmes que chez les hommes [18]. De plus, le risque cardiovasculaire des femmes est fréquemment sous-estimé par les outils actuels qui ne prennent pas en compte leurs spécificités (traitements hormonaux, antécédents obstétricaux, santé mentale etc.) [19]. Les recommandations européennes de 2024 préconisent de traiter toutes les personnes ayant une HTA indépendamment du risque cardiovasculaire, mais il est

peu probable que celles-ci aient déjà été appliquées au moment de l'enquête. Par ailleurs, ce chiffre ne permet d'évaluer ni l'adéquation du traitement prescrit (nombre et types de molécules), ni l'observance thérapeutique du patient, ni le respect des règles hygiéno-diététiques qui lui sont associées, ni le contrôle de la pression artérielle. Ces aspects sont souvent insuffisamment maîtrisés avec, en 2015, seule une personne traitée sur deux qui présentait une pression artérielle contrôlée [9]. La faible progression du taux de traitement depuis cette période suggère une amélioration insuffisante de la prise en charge globale de l'HTA.

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent d'identifier des inégalités sociales et territoriales dans les proportions d'HTA déclarées ainsi que d'estimer le traitement de l'HTA en France. Ces constats encouragent à la mise en place d'actions dépistage et de diagnostic ciblés prioritairement sur les populations les plus à risque. La réduction des inégalités sociales de santé devra passer par une approche intersectorielle, combinant les principes d'universalisme proportionné et de prise en charge globale des patients. De futures analyses de cette édition 2024 du Baromètre de Santé publique France étudieront le niveau de connaissance de la population adulte de ses propres chiffres tensionnels et des seuils définissant l'HTA. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Olie V, Chatignoux E, Bonaldi C, Grave C, Gabet A, Blacher J. How to avoid overestimating the burden of hypertension in epidemiological studies? A new methodology to account for within-person variability of blood pressure. *Int J Epidemiol*. 2022;51(6):1824-34
- [2] Grave C, Bonaldi C, Carcaillon-Bentata L, Gabet A, Halimi JM, Tzourio C, Bejot Y, Torres MJ, Steg PG, Durand Zaleski I, Blacher J, Olie V. Burden of Cardio-Cerebrovascular and Renal Diseases Attributable to Systolic Hypertension in France in 2021. *Hypertension*. 2025;82(2):357-69
- [3] Grave C, Gabet A, Danchin N, Iliou MC, Lailler G, Tuppin P, Cohen A, Blacher J, Puymirat E, Olie V. Epidemiology of ischaemic heart disease in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2024;117(12):725-37
- [4] Quel est le rôle de Santé publique France dans le projet JACARDI ? 2024
- [5] Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2023;8:138-47
- [6] Méjean C, Debussche X, Martin-Prével Y, Réquillart V, Soler L, Tibère L. Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer. . Marseille: IRD Éditions. 2020:208 p.
- [7] Fosse-Edorh S, Lavalette C, Piffaretti C, Saboni L, Bessonneau P, Mandereau Bruno L, Bénézet L, Assogba F, Devos S, Thouillot F, Léon L, Kandel M, Race J, Rachas A. Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en outre-mer : résultats de l'étude Entred 3. *Bull Épidémiol Hebd*. (2023;20-21):412-23
- [8] Thiox E. En 2021, la population continue d'augmenter en Guyane avec plus de naissances et de décès. 2023(*Insee Flash Guyane*)
- [9] Perrine A, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Épidémiol Hebd*. (2018;(10)):170-9
- [10] Olié V, Grave C, Gabet A, Chatignoux É, Gautier A, Bonaldi C, Blacher J. Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population. (2023;8):130-8
- [11] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsiofis C, Aboyans V, Desormais I, Group ESCSD. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104
- [12] Mancia Chairperson G, Kreutz Co-Chair R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, Tsiofis K, Agabiti-Rosei E, Algharably EAE, Azizi M, Benetos A, Borghi C, Hitij JB, Cifkova R, Coca A, Cornelissen V, Cruickshank K, Cunha PG, Danser AHJ, de Pinho RM, Delles C, Dominiczak AF, Dorobantu M, Doumas M, Fernandez-Alfonso MS, Halimi JM, Jarai Z, Jelakovic B, Jordan J, Kuznetsova T, Laurent S, Lovic D, Lurbe E, Mahfoud F, Manolis A, Miglinas M, Narkiewicz K, Niiranen T, Palatini P, Parati G, Pathak A, Persu A, Polonia J, Redon J, Sarafidis P, Schmieder R, Spronck B, Stabouli S, Stergiou G, Taddei S, Thomopoulos C, Tomaszewski M, Van de Borne P, Wanner C, Weber T, Williams B, Zhang ZY, Kjeldsen SE, Authors/Task Force M. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens*. 2023
- [13] DREES. Enquête santé européenne (EHIS) – édition 2019
- [14] Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008-11. *J Hum Hypertens*. 2015;29(4):247-53
- [15] Olié V, Grave C, Helft G, Nguyen-Thanh V, Andler R, Quatremère G. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque comportementaux. *Bull Épidémiol Hebd*. (2025;(HS)):81-101
- [16] Olié V, Gabet A, Grave C, Helft G, Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Lailler G, Verdot C, Deschamps V, Vay-Demouy J, Vidal-Petiot E, Buly-Bouhanik B, Tuppin P, Ferrières J, Halimi J, Blacher J. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque non comportementaux. *Bull Épidémiol Hebd*. (2025;(HS)):102-16
- [17] Lunova T, Komorovsky R, Klishch I. Gender Differences in Treatment Delays, Management and Mortality among Patients with Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Cardiol Rev*. 2023;19(1):e30062206530
- [18] Vallee A, Grave C, Gabet A, Blacher J, Olie V. Treatment and adherence to antihypertensive therapy in France: the roles of socioeconomic factors and primary care medicine in the ESTEBAN survey. *Hypertens Res*. 2021;44(5):550-60
- [19] Mounier-Vehier C, Nasserdine P, Madika AL. [Stratification of cardiovascular risk in women: Optimize the medical care]. *Presse Med*. 2019;48(11 Pt 1):1249-56

AUTEURS

Grégory Lailler¹, Clémence Grave¹

1. Santé publique France

ISSN : 2609-2174 – ISBN-NET : 978-2-37986-042-3 – RÉALISATION : TRANSFAIRE – DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2025

Pour citer ce chapitre : G. Lailler, C. Grave. Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2025. 9 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Diabète : prévalence et place des mesures hygiéno-diététiques dans son traitement

POINTS CLÉS

- En 2024, **7,1 % des adultes déclarent être atteints d'un diabète**. Parmi lesquels, **11 % sont traités exclusivement par mesures hygiéno-diététiques**, 81 % par traitement pharmacologique et 8 % ne déclarent aucun traitement.
- **Les disparités socio-économiques sont importantes** avec une prévalence du diabète plus élevée parmi les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat ou parmi les ouvriers.
- **Les disparités territoriales sont marquées** avec des prévalences particulièrement élevées dans les départements et régions d'outre-mer (excepté en Guyane) dans les Hauts-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 contient un module de questions sur le diabète en deux parties : la première partie sert à identifier et à caractériser le diabète des participants, la seconde partie traite des modes de traitement du diabète des participants. Dans la présente enquête, est considéré comme atteint d'un diabète tout participant ayant répondu « Oui » à la question « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète ? », hors diabète gestationnel. L'indicateur de mode de recours au traitement regroupe et ordonne des informations en trois catégories distinctes et exclusives : « Traitements pharmacologiques », « Mesures hygiéno-diététiques » et « Aucun traitement ». L'indicateur de mode de recours au traitement suppose une gradation dans les modes de recours. Ainsi, les participants déclarant avoir recours à des mesures hygiéno-diététiques et des traitements pharmacologiques sont considérés comme ayant des « Traitements pharmacologiques ». Les traitements pharmacologiques incluent des comprimés, des injections d'insuline et des injections d'analogues du GLP1. Les mesures hygiéno-diététiques retenues sont : un régime alimentaire ou une activité physique spécifique au diabète.

Pour l'indicateur portant sur la prévalence du diabète déclaré, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ($n < 1\%$) ont été regroupées avec les personnes ayant répondu « Non ». Pour l'indicateur portant sur le mode de recours au traitement, une seule personne a déclaré « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ($n < 1\%$). Sa réponse n'a donc pas été prise en compte.

Évolutions : Un volet de questions portant sur le diabète a été introduit lors de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France uniquement dans les DROM, des analyses sur l'évolution temporelle sur l'ensemble de la population d'étude ne sont donc pas possibles.

CONTEXTE

Le diabète est une maladie chronique en forte expansion, principalement due au vieillissement de la population et à l'évolution des modes de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée). Cette augmentation rapide couplée à la fréquence et gravité de ses complications en fait un défi sanitaire et économique majeur pour notre société.

Un système de surveillance du diabète, reposant principalement sur les données du Système national des données de santé (SNDS), a été mis en œuvre en France afin de produire un ensemble d'indicateurs mesurant son fardeau, son évolution temporelle et ses disparités territoriales [1]. En France, en 2023, plus de 5,6 % de la population, tous âges confondus, était traitée pharmacologiquement pour un diabète ; ce taux était de 4,4 % en 2010 [2]. Il s'agit dans la majorité des cas d'un diabète de type 2. Les disparités territoriales sont très marquées avec une fréquence du diabète beaucoup plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et en Seine-Saint-Denis [2].

Le traitement de première intention du diabète de type 2 repose sur les mesures hygiéno-diététiques [3]. Or, le recours à ce traitement ne peut pas être étudié à partir du SNDS car il n'y est pas identifiable. Seules des enquêtes en population générale permettent de l'estimer. Les dernières estimations de la prévalence du diabète non traité pharmacologiquement datent de 2016. Grâce à l'étude

Esteban, il a pu être estimé que 21 % des adultes de France hexagonale atteints d'un diabète étaient non traités pharmacologiquement [4], c'est-à-dire traités exclusivement par mesures hygiéno-diététiques ou non traités.

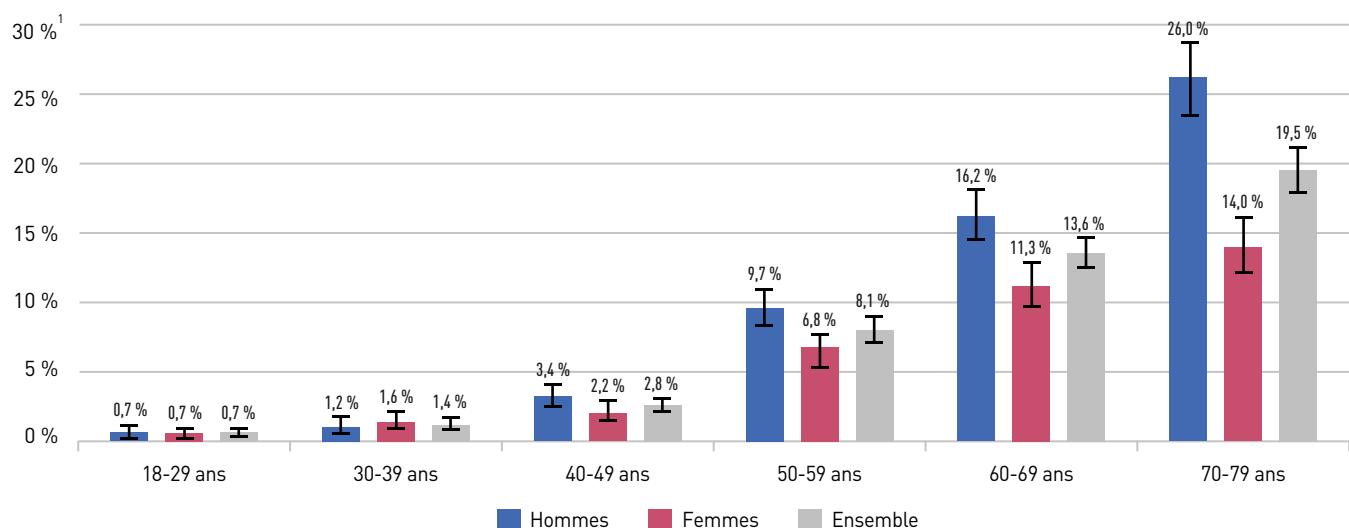
Les données du Baromètre de Santé publique France de 2024 permettent d'actualiser l'estimation de la prévalence du diabète déclaré, tenant compte de la part non traitée pharmacologiquement et d'apporter un éclairage nouveau sur le recours aux mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du diabète.

RÉSULTATS

UNE PRÉVALENCE DU DIABÈTE DÉCLARÉ DE 7,1 %, TRAITÉ EXCLUSIVEMENT PAR MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES DANS 11 % DES CAS ET PAR MÉDICAMENTS DANS 81 % DES CAS

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant être atteint d'un diabète est de 7,1 % (intervalle de confiance à 95 % : [6,8 % - 7,5 %]). La prévalence du diabète est plus élevée chez les hommes (8,6 %) que les femmes (5,8 %). Elle augmente significativement avec l'âge, atteignant 19,5 % [17,9 % - 21,0 %] chez les 70-79 ans et 1,6 % [1,4 % - 1,8 %] de la population de moins de 50 ans (Figure 1 et Tableau 1).

FIGURE 1 | Prévalence du diabète déclaré parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe et l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Parmi les personnes atteintes d'un diabète, 80,8 % [78,7 % - 82,9 %] déclarent avoir recours à un traitement pharmacologique dans le cadre des soins spécifiques au diabète, 10,6 % [9,0 % - 12,3 %] déclarent avoir exclusivement recours à des mesures hygiéno-diététiques et 8,6 % [7,1 % - 10,2 %] déclarent n'avoir recours à aucun traitement.

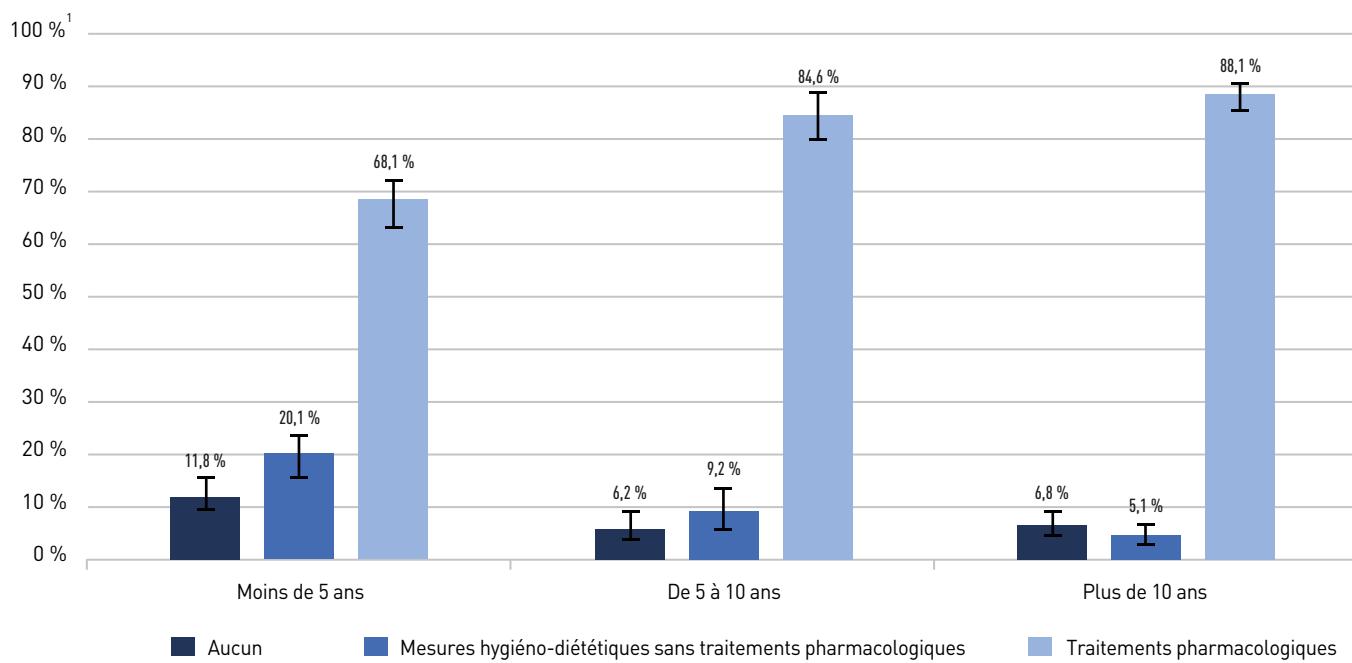
Un adulte sur cinq de 18 à 79 ans diagnostiqué diabétique depuis moins de 5 ans déclare avoir recours exclusivement à des mesures hygiéno-diététiques (Figure 2). Le recours au traitement pharmacologique est plus fréquemment déclaré par les personnes atteintes d'un diabète diagnostiqué depuis plus de 5 ans (84,6 % [79,9 % - 88,5 %]) et augmente parmi les personnes diagnostiquées depuis plus de 10 ans (88,1 % [85,3 % - 90,6 %]).

En outre, 49,1 % [46,2 % - 52,1 %] des personnes atteintes d'un diabète et traitées pharmacologiquement déclarent avoir recours également à un régime alimentaire spécifique dans le cadre de leur traitement et 36,8 % [34,1 % - 39,7 %] à une activité physique spécifique comme traitement de leur diabète. L'activité physique est comparativement davantage déclarée parmi les professions

intermédiaires (47,6 % [41,7 % - 53,6 %]) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (46,7 % [39,2 % - 54,3 %]) que chez les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (33,4 % [24,6 % - 43,3 %]), les employés (32,2 % [27,2 % - 37,6 %]) et les ouvriers (32,2 % [27,1 % - 37,7 %]).

Enfin, plus d'un adulte sur dix de 18 à 79 ans diagnostiqué diabétique depuis moins de 5 ans déclare n'avoir recours à aucun traitement et cette proportion est encore de près de 7 % parmi les personnes déclarant un diabète depuis plus de 10 ans.

FIGURE 2 | Mode de recours au traitement du diabète parmi les adultes de 18 à 79 ans déclarant un diabète, selon l'ancienneté du diabète



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DES ÉCARTS MARQUÉS DE PRÉVALENCE DU DIABÈTE SELON LE NIVEAU DE DIPLÔME, LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE ET LE STATUT D'ACTIVITÉ

En 2024, la prévalence du diabète déclaré parmi les 18-79 ans diffère en fonction du niveau de diplôme, de la profession et catégorie socioprofessionnelle et du statut d'activité (Tableau 1). En particulier, la prévalence du diabète est plus importante parmi les adultes déclarant ne pas être diplômé ou avoir un diplôme inférieur au Baccalauréat, avec 11,5 % [10,8 % - 12,3 %] vs. 3,3 % [2,9 % - 3,6 %] parmi les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat.

Parmi les adultes de 18 à 79 ans ayant déjà travaillé, la prévalence du diabète est significativement plus élevée pour les personnes se déclarant ouvriers (10,9 % [9,9 % - 12,1 %]) ou employés (7,4 % [6,7 % - 8,1 %]) que pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (4,5 % [4,0 % - 5,2 %]). Cette différence est davantage marquée chez les femmes où 2,6 % [2,0 % - 3,4 %] des cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent un diabète contre 7,1 % [6,3 % - 7,9 %] des employées et 10,3 % [8,2 % - 12,8 %] des ouvrières.

TABLEAU 1 | Prévalence du diabète déclaré parmi les adultes de 18 à 79 ans

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 152	0,7	[0,4 - 1,0]	SD	SD	SD	SD
30-39 ans	5 794	1,4	[1,0 - 1,8]	1,2	[0,7 - 1,8]	1,6	[1,1 - 2,2]
40-49 ans	6 234	2,8	[2,3 - 3,3]	3,4	[2,6 - 4,3]	2,2	[1,7 - 2,9]
50-59 ans	6 559	8,1	[7,2 - 9,0]	9,7	[8,4 - 11,4]	6,6	[5,5 - 7,9]
60-69 ans	6 116	13,6	[12,5 - 14,8]	16,2	[14,5 - 18,1]	11,3	[9,8 - 12,9]
70-79 ans	4 085	19,5	[17,9 - 21,0]	26,0	[23,4 - 28,6]	14,0	[12,2 - 16,0]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	11,5	[10,8 - 12,3]	12,7	[11,7 - 13,8]	10,2	[9,3 - 11,3]
Bac	8 332	5,0	[4,5 - 5,6]	6,4	[5,5 - 7,4]	3,7	[3,0 - 4,5]
Supérieur au Bac	14 723	3,3	[2,9 - 3,6]	4,4	[3,8 - 5,0]	2,3	[2,0 - 2,8]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	7,5	[6,3 - 8,9]	9,1	[7,4 - 10,9]	4,5	[3,0 - 6,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	4,5	[4,0 - 5,2]	6,0	[5,1 - 6,9]	2,6	[2,0 - 3,4]
Professions intermédiaires	9 057	5,8	[5,3 - 6,5]	8,5	[7,4 - 9,6]	3,7	[3,1 - 4,4]
Employés	8 779	7,4	[6,7 - 8,1]	8,7	[7,1 - 10,5]	7,1	[6,3 - 7,9]
Ouvriers	5 357	10,9	[9,9 - 12,1]	11,2	[10,0 - 12,5]	10,3	[8,2 - 12,8]
Statut d'activité professionnelle		*		*		*	
Travail	18 240	3,4	[3,1 - 3,7]	4,2	[3,7 - 4,8]	2,6	[2,2 - 3,0]
Études	2 528	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Chômage	2 747	5,6	[4,4 - 6,9]	6,0	[4,3 - 8,0]	5,2	[3,6 - 7,1]
Retraite	8 422	17,1	[16,0 - 18,2]	21,2	[19,6 - 22,9]	13,3	[12,0 - 14,8]
Homme/Femme au foyer	907	6,0	[4,0 - 8,7]	6,6	[2,2 - 14,5]	6,0	[3,8 - 8,9]
Inactif pour invalidité	666	14,3	[11,4 - 17,6]	13,0	[9,2 - 17,8]	15,5	[11,3 - 20,5]
Dans une autre situation d'inactivité	1 430	5,6	[4,0 - 7,5]	6,3	[4,0 - 9,3]	4,8	[2,9 - 7,3]
Situation financière		*		*		*	
À l'aise	4 854	4,5	[3,7 - 5,4]	5,9	[4,7 - 7,3]	3,1	[2,2 - 4,3]
Ça va	12 490	6,2	[5,7 - 6,7]	7,7	[6,9 - 8,6]	4,7	[4,1 - 5,5]
C'est juste, il faut faire attention	12 007	8,1	[7,4 - 8,7]	9,6	[8,6 - 10,6]	6,7	[5,9 - 7,6]
Difficultés financières ou recours à l'endettement	5 589	9,3	[8,3 - 10,4]	10,4	[8,9 - 12,1]	8,3	[6,9 - 9,8]
Total	34 940	7,1	[6,8 - 7,5]	8,6	[8,0 - 9,1]	5,8	[5,4 - 6,3]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion.

Note de lecture : 0,7 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent un diabète.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

En 2024, 3,4 % [3,1 % - 3,7 %] de la population en emploi déclare avoir un diabète tandis que ce taux est de 5,6 % [4,4 % - 6,9 %] parmi les personnes au chômage et de 14,3 % [11,4 % - 17,6 %] parmi les adultes déclarant être inactifs pour invalidité.

Le recours aux traitements pharmacologiques et aux mesures hygiéno-diététiques diffère selon la position sociale avec notamment un moindre recours aux mesures hygiéno-diététiques exclusives parmi les ouvriers et les personnes ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat, sans toutefois que ces différences ne soient significatives (Tableau 2).

UNE PERSONNE DÉCLARANT UN DIABÈTE SUR CINQ INDIQUE AVOIR DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

En 2024, un adulte de 18-79 ans sur cinq déclarant un diabète indique se trouver en situation de difficulté financière [20,6 % [18,5 % - 22,9 %]]. Tandis que 40,9 % [38,3 % - 43,5 %] déclarent devoir surveiller leurs dépenses et près de 40 % être dans une situation financière relativement confortable. Les femmes déclarent davantage que les hommes être concernées par les difficultés financières. Ces difficultés financières sont davantage marquées que dans la population ne se déclarant pas atteinte d'un diabète (Figure 3).

TABLEAU 2 | Modes de traitement du diabète parmi les adultes de 18 à 79 ans

	n	Traitements pharmacologiques		Mesures hygiéno-diététiques exclusives ¹		Aucun traitement	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Ancienneté du diabète							
Moins de 5 ans	724	68,1	[63,5 - 72,4]	20,1	[16,3 - 24,3]	11,8	[9,1 - 15,0]
De 5 à 10 ans	483	84,6	[79,9 - 88,5]	9,2	[6,0 - 13,4]	6,2	[4,0 - 9,2]
Plus de 10 ans	1 073	88,1	[85,1 - 90,6]	5,1	[3,7 - 6,8]	6,8	[4,8 - 9,3]
Niveau de diplôme							
Sans diplôme ou inférieur au Bac	1 363	81,8	[79,0 - 84,4]	10,2	[8,1 - 12,5]	8,0	[6,2 - 10,4]
Bac ou Bac+2	622	78,9	[74,7 - 82,6]	11,3	[8,5 - 14,7]	9,8	[7,2 - 13,0]
Bac+3 ou plus	313	76,4	[70,2 - 81,8]	13,1	[9,0 - 18,3]	10,5	[6,8 - 15,2]
PCS²							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	197	82,5	[74,4 - 88,9]	SD	SD	SD	SD
Cadres et professions intellectuelles supérieures	327	77,1	[71,1 - 82,3]	14,5	[10,2 - 19,8]	SD	SD
Professions intermédiaires	505	80,4	[75,9 - 84,4]	11,4	[8,2 - 15,3]	8,2	[5,8 - 11,3]
Employés	643	78,2	[73,7 - 82,2]	11,1	[8,2 - 14,5]	10,8	[7,7 - 14,5]
Ouvriers	553	84,7	[80,3 - 88,5]	7,1	[4,5 - 10,6]	8,2	[5,5 - 11,6]
Total	2 308	80,8	[78,7 - 82,9]	10,6	[9,0 - 12,3]	8,6	[7,1 - 10,2]

n: effectifs bruts; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

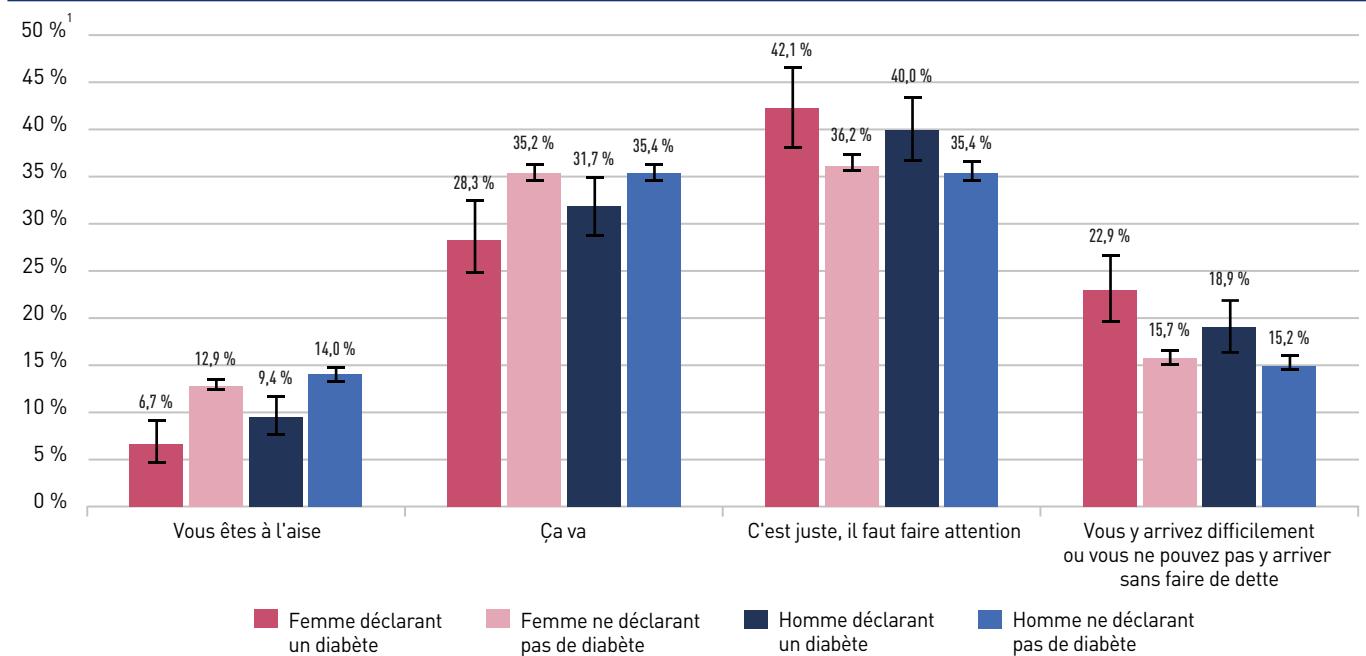
1. Mesures comprennent : régime alimentaire particulier, activité physique, sans recours à un traitement pharmacologique.

2. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

SD : effectifs inférieurs au seuil de diffusion.

Note de lecture : 80,8 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un diabète déclarent être traités pharmacologiquement.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 3 | Situation financière perçue selon le sexe et le statut diabétique

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Note de lecture : 6,7 % des femmes déclarant un diabète déclarent être à l'aise financièrement, ce taux est de 12,9 % parmi les femmes ne déclarant pas de diabète.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 3 | Prévalence du diabète déclaré selon la région

Région	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 044	6,6	[5,5 - 7,7]
Bourgogne-Franche-Comté	1 554	7,7*	[6,1 - 9,5]
Bretagne	1 856	5,0*	[4,0 - 6,3]
Centre-Val de Loire	1 482	8,2	[6,6 - 10,1]
Corse	1 460	8,4	[6,1 - 11,2]
Grand Est	2 401	7,8	[6,6 - 9,0]
Guadeloupe	1 491	13,5*	[10,9 - 16,5]
Guyane	1 298	6,9	[4,9 - 9,4]
Hauts-de-France	2 538	8,9*	[7,6 - 10,4]
Île-de-France	3 884	6,0	[5,1 - 7,1]
La Réunion	1 568	12,6*	[10,3 - 15,3]
Martinique	1 364	12,0*	[9,5 - 14,8]
Normandie	1 672	7,8	[6,1 - 9,5]
Nouvelle-Aquitaine	2 577	6,7	[6,0 - 8,6]
Occitanie	2 575	7,2	[6,0 - 8,6]
Pays de la Loire	2 027	6,9	[5,6 - 8,3]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 149	7,0	[5,8 - 8,4]
Total	34 940	7,1	[6,8 - 7,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 7,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bourgogne-Franche-Comté déclarent un diabète. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

DES DISPARITÉS RÉGIONALES IMPORTANTES ENTRE LA FRANCE HEXAGONALE ET LES DROM

La prévalence du diabète varie selon les territoires avec des taux significativement plus élevés en Guadeloupe, Réunion, Martinique, Hauts-de-France et Bourgogne-Franche-Comté. À l'inverse, les taux sont significativement moins élevés en Bretagne (Tableau 3).

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 confirment que le diabète est une maladie chronique fréquente en France, avec plus de 7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant être touchés. Cette proportion augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, plus d'un homme âgé de 70 à 79 ans sur quatre est atteint d'un diabète. Des disparités territoriales sont également observées avec une prévalence plus élevée en Guadeloupe, à la Réunion, en Martinique, dans les Hauts-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté. Ces résultats mettent également en évidence des écarts marqués selon le statut socio-économique, que ce soit le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation professionnelle. Ainsi, plus de 11 % des personnes ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat déclarent un diabète alors que ce taux n'est que de 3 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat. Ces résultats rappellent les disparités sociales emblématiques du diabète de type 2, déjà mises en évidence dans des études internationales [5] et dans d'autres études françaises [6-8].

Le Baromètre de Santé publique France 2024 apporte un éclairage nouveau concernant le mode de traitement du diabète. Ainsi, en 2024, parmi les adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant être atteints d'un diabète, 10,6 % sont traités exclusivement par des mesures hygiéno-diététiques (régime alimentaire ou activité physique) et 80,8 % par traitements médicamenteux. Le recours aux mesures hygiéno-diététiques exclusives diminue significativement avec l'ancienneté du diabète, en cohérence avec les recommandations récentes de la HAS [3] qui préconisent une prise en charge par mesures hygiéno-diététiques en première intention puis si ces mesures ne suffisent pas à atteindre les objectifs glycémiques, l'initiation d'un traitement médicamenteux. Ainsi, 20,1 % des personnes ayant un diabète depuis moins de 5 ans sont traitées par mesures hygiéno-diététiques. Ce recours varie également selon le niveau socio-économique avec une fréquence qui augmente avec le niveau d'études et qui est plus élevée parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures que chez les ouvriers, sans toutefois que ces différences soient statistiquement significatives.

Un résultat marquant concerne la proportion de 8,6 % de personnes se déclarant atteint d'un diabète mais ne suivant aucun traitement. Ce taux reste préoccupant, notamment parmi les personnes vivant avec cette maladie depuis plus de dix ans, où près de 7 % d'entre

eux déclarent ne pas traiter leur diabète. Il est à rappeler que ce retard à la prise en charge, déjà mis en évidence dans les DROM dans l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France [9], conduit à une exposition à une hyperglycémie délétère pour les organes (yeux, reins, nerfs, cœur, vaisseaux sanguins, pieds). Le risque de développer des complications graves du diabète est ainsi fortement augmenté. D'après les résultats de l'étude Entred 3, plus de 11 % des personnes atteintes d'un diabète résidant en France hexagonale déclaraient avoir découvert leur diabète au stade de la complication [10].

Une force du Baromètre de Santé publique France 2024 réside dans sa puissance. Ainsi, près de 35 000 personnes ont participé par questionnaires téléphoniques ou électroniques, permettant d'estimer la prévalence du diabète et de la décliner avec précision selon certaines caractéristiques. Néanmoins, cette puissance reste limitée lorsqu'on s'intéresse au mode de traitement du diabète et ne permet pas d'en étudier, par exemple, les disparités territoriales.

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 soulignent un double enjeu majeur dans la prévention du diabète de type 2: renforcer les mesures de prévention primaire pour prévenir son apparition, en ciblant notamment les populations les plus vulnérables, et intervenir très précocement par des actions de prévention secondaire et tertiaire pour en limiter les conséquences.

Dans cette perspective, si le dépistage précoce demeure une priorité, l'instauration rapide, dès le diagnostic, d'une prise en charge adaptée, par des mesures hygiéno-diététiques voire pharmacologiques, s'avère déterminante pour limiter la survenue des complications graves associées, permettant de réduire le fardeau individuel ainsi que les coûts sociaux liés aux formes graves de la maladie. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Fosse-Edorh S, Guion M, Goria S, Mandereau-Bruno L, Cosson E. Dynamics of diabetes prevalence, incidence and mortality in France: A nationwide study, 2013-2021. *Diabetes Metab* 2025;51(2). doi: 10.1016/j.diabet.2025.101615
- [2] Santé publique France. Odissé, 2025. <https://odisse.santepubliquefrance.fr/> [accessed 28/07/2025].
- [3] Haute autorité de santé. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2
- [4] Lailler G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016. *Diabetes Res Clin Pract* 2020;165:108252
- [5] Wemrell M, Bennett L, Merlo J. Understanding the complexity of socioeconomic disparities in type 2 diabetes risk: a study of 4.3 million people in Sweden. *BMJ Open Diabetes Research & Care* 2019;7(1):e000749
- [6] Guion M, Mandereau-Bruno L, Goria S, Cosson E, Fosse-Edorh S. Eleven-year trends in socioeconomic inequalities in the prevalence and incidence of pharmacologically treated type 2 diabetes in France, 2010-2020. *Diabetes Metab*. 2024 Mar; 50(2). <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2024.101509>
- [7] Allain S, Naouri D, Deroyon T, Costemalle V, Hazo JB. Income and professional inequalities in chronic diseases: prevalence and incidence in France. *Public Health*. 2024 Mar;228:55-64. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.022>
- [8] Lailler G, Fuentes S, Kab S, Piffaretti C, Guion M, Czernichow S, et al. Prevalence and risk factors associated with prediabetes and undiagnosed diabetes in france: The national CONSTANCES cohort. *Diabetes Epidemiology and Management* 2023;10
- [9] Hernandez H, Piffaretti C, Cosson E, Gautier A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. *Bull Epidemiol Hebd* 2023; 20-21:424-31
- [10] Fosse-Edorh S, Lavalette C, Piffaretti C, Saboni L, Bessonneau P, Mandereau Bruno L, et al. Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 en Outre-mer : résultats de l'étude Entred 3. *Bull Epidemiol Hebd* 2023;20-21:412-23

AUTEURS

Paul Dupire¹, Clara Piffaretti¹, Sandrine Fosse-Edorh¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences

POINTS CLÉS

- En 2024, **80 % des adultes de 18 à 79 ans sont favorables** à la vaccination.
- **Le gradient socio-économique se poursuit en 2024** avec une adhésion vaccinale plus élevée parmi les personnes présentant un niveau d'éducation plus élevé et une meilleure situation financière.
- **La vaccination contre la Covid-19 est celle qui suscite le plus de réticences** (25 %), suivie de la vaccination contre la grippe (7 %).

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'adhésion à la vaccination, en miroir de « l'hésitation vaccinale », fait référence au fait d'accepter ou de ne pas retarder, une vaccination qui serait disponible [3]. L'édition 2024 interroge la population résidant en France sur l'adhésion vaccinale via trois questions, posées à chaque édition : 1. « Êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ? », 2. « Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ? », 3. Si la personne interrogée est défavorable à certaines vaccinations, il lui est désormais demandé de préciser « lesquelles » dans un champ ouvert. Les personnes se déclarant « très » ou « plutôt » favorables sont considérées comme « favorables » à la vaccination en général. Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été maintenues dans l'échantillon dans une catégorie unique regroupant ces deux modalités.

Évolutions : ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Après regroupement des modalités « très favorable » et « plutôt favorable », ce changement de mode de collecte semble avoir cependant peu d'impact sur l'indicateur d'adhésion à la vaccination (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Par conséquent, les évolutions avec les éditions antérieures sont présentées, mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

CONTEXTE

Santé publique France, notamment à travers son enquête Baromètre de Santé publique France, assure le suivi de l'adhésion vaccinale depuis 2000 en France hexagonale auprès des adultes de 18 à 75 ans. Le suivi de cet indicateur s'inscrit plus globalement depuis 2010 dans la mesure de l'acceptabilité de la population aux évolutions majeures des politiques vaccinales en France, et notamment celle des parents à l'introduction des onze vaccinations obligatoires pour les nourrissons en 2018. Plus récemment, on peut également citer la généralisation temporaire de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour l'ensemble des adultes liée à l'instauration d'un pass sanitaire durant plusieurs mois, ainsi que l'extension plus récente des compétences vaccinales des professionnels de santé, accélérée par la pandémie.

Depuis 2010, Santé Publique France étudie également l'opinion publique sur les vaccins en interrogeant la population sur ses réticences à des vaccinations spécifiques. L'adhésion générale à la vaccination en France a fortement évolué depuis les années 2000 [1]. Elle est restée globalement stable jusqu'en 2005, avec environ 90 % de personnes très ou plutôt favorables à la vaccination. Elle a ensuite chuté brutalement pendant la pandémie de grippe H1N1 de 2009, au cours de la controverse liée au vaccin contre cette grippe, n'atteignant plus que 60 % de personnes favorables à la vaccination en 2010. Cette même année, plus de 40 % des répondants mentionnaient leur opposition au vaccin contre la grippe H1N1 [2]. Entre 2014 et 2019, l'adhésion vaccinale a fluctué entre 74 % et 79 % pour atteindre ensuite 80 % en 2020 et 83 % en 2021.

Entre 2016 et 2019, la vaccination contre la grippe suscitait 15 % des réticences à la vaccination. Depuis la pandémie, les réticences sont désormais centrées sur la vaccination contre la Covid-19, rassemblant la majorité des défiances, avec en 2021, 21 % de personnes défavorables à cette vaccination, versus 7 % pour la vaccination contre la grippe.

RÉSULTATS

PLUS DE 8 PERSONNES SUR 10 SONT FAVORABLES À LA VACCINATION

En 2024, 80,1 % (intervalle de confiance à 95 % : [79,5 % - 80,6 %]) des 18-79 ans se déclarent favorables à la vaccination en général. Parmi eux, 24,9 % déclarent être très favorables à la vaccination.

L'adhésion à la vaccination, qui ne diffère pas selon le sexe en 2024 avec 80,1 % d'adhésion à la vaccination chez les hommes comme chez les femmes, est en revanche plus élevée aux âges extrêmes, chez les 18-29 ans (82,1 % [80,8 % - 83,3 %]) et chez les 70-79 ans (81,1 % [79,6 % - 82,6 %]) (Tableau 1).

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans favorables à la vaccination en général

	n	Ensemble	
		%	IC 95 %
Sexe			
Hommes	16 046	80,1	[79,3 - 80,9]
Femmes	18 894	80,1	[79,3 - 80,8]
Âge			
18-29 ans	6 152	82,1	[80,8 - 83,3]
30-39 ans	5 794	78,1	[76,7 - 79,5]
40-49 ans	6 234	80,5	[79,1 - 81,7]
50-59 ans	6 559	79,3	[78,1 - 80,6]
60-69 ans	6 116	79,4	[78,1 - 80,7]
70-79 ans	4 085	81,1	[79,6 - 82,6]
Niveau de diplôme			
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 885	73,8	[72,8 - 74,8]
Bac	8 332	80,5	[79,4 - 81,5]
Supérieur au Bac	14 723	87,2	[86,5 - 87,9]
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	73,7	[71,5 - 75,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	89,9	[89,0 - 90,8]
Professions intermédiaires	9 057	83,0	[82,0 - 83,9]
Employés	8 779	76,8	[75,7 - 77,9]
Ouvriers	5 357	73,7	[72,3 - 75,2]
Situation financière perçue			
À l'aise	4 854	88,3	[87,1 - 89,5]
Ça va	12 490	83,9	[83,1 - 84,7]
C'est juste	12 007	77,8	[76,8 - 78,7]
C'est difficile, endetté	5 589	70,1	[68,4 - 71,7]
Total	34 940	80,1	[79,5 - 80,6]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 82,1 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent être favorables à la vaccination en général.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

PERSISTANCE D'UN GRADIENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DANS L'ADHÉSION VACCINALE

En 2024, on observe également des disparités socio-économiques avec une adhésion à la vaccination plus importante parmi les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat, s'élevant à 87,2 % [86,5 % - 87,9 %] versus 73,8 % [72,8 % - 74,8 %] pour les personnes les moins diplômées. Ce gradient est également confirmé par une adhésion vaccinale moindre chez les personnes les moins à l'aise financièrement de 70,1 % [68,4 % - 71,7 %] par rapport aux personnes les plus aisées dont l'adhésion est de 88,3 % [87,1 % - 89,5 %] (Tableau 1).

DES DISPARITÉS RÉGIONALES REFLÉTÉES DANS UN GRADIENT OUEST/SUD-EST

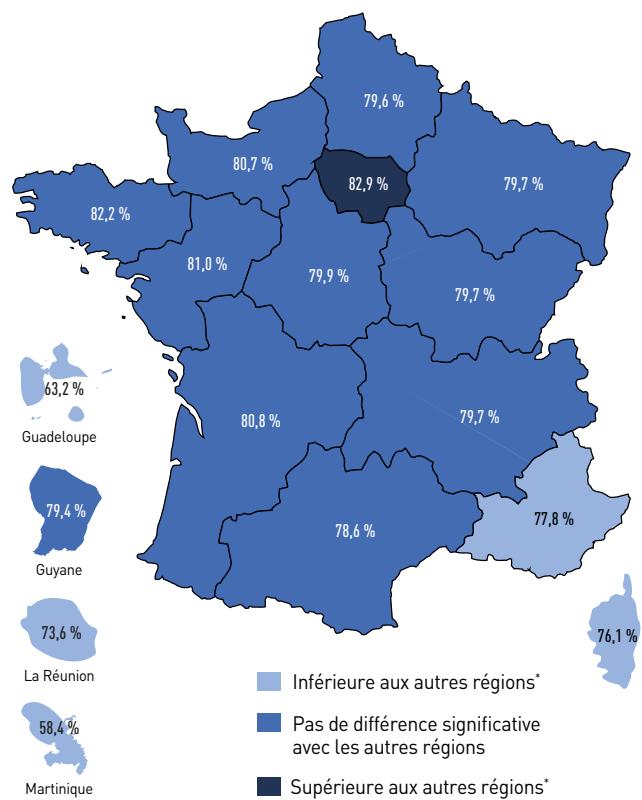
Au niveau régional, alors que l'Île-de-France [82,9 % [81,4 % - 84,3 %]] présente une adhésion à la vaccination significativement supérieure à la moyenne des autres régions, la région PACA (77,8 % [75,6 % - 79,8 %]) et la Corse (76,1 % [73,1 % - 78,9 %]) déclaraient quant à elles une adhésion vaccinale significativement inférieure aux autres régions. On retrouve également en 2024, un gradient d'adhésion vaccinale ouest/est avec les régions de l'ouest de la France qui se déclarent globalement plus favorables à la vaccination que celles du Sud-Est.

Par ailleurs, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), à l'exception de la Guyane qui présente une adhésion à la vaccination (79,4 % [76,0 % - 82,5 %]) similaire à la France hexagonale, la Martinique (58,4 % [54,6 % - 62,1 %]), la Guadeloupe (63,2 % [59,8 % - 66,6 %]) et La Réunion (73,6 % [70,5 % - 76,6 %]), se déclarent nettement moins favorables à la vaccination en général (Carte).

DESCRIPTION DES RÉTICENCES À LA VACCINATION

Indépendamment de leur niveau d'adhésion à la vaccination, l'ensemble des répondants a également été interrogé sur leurs réticences ou non à certaines vaccinations en particulier: en 2024, 36,7 % des personnes se déclarent défavorables à certaines vaccinations. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (39,0 % [38,1 % - 39,8 %]) que chez les hommes (34,3 % [33,4 % - 35,2 %]), avec des différences d'autant plus marquées dans les tranches d'âge les plus élevées (Figure 1).

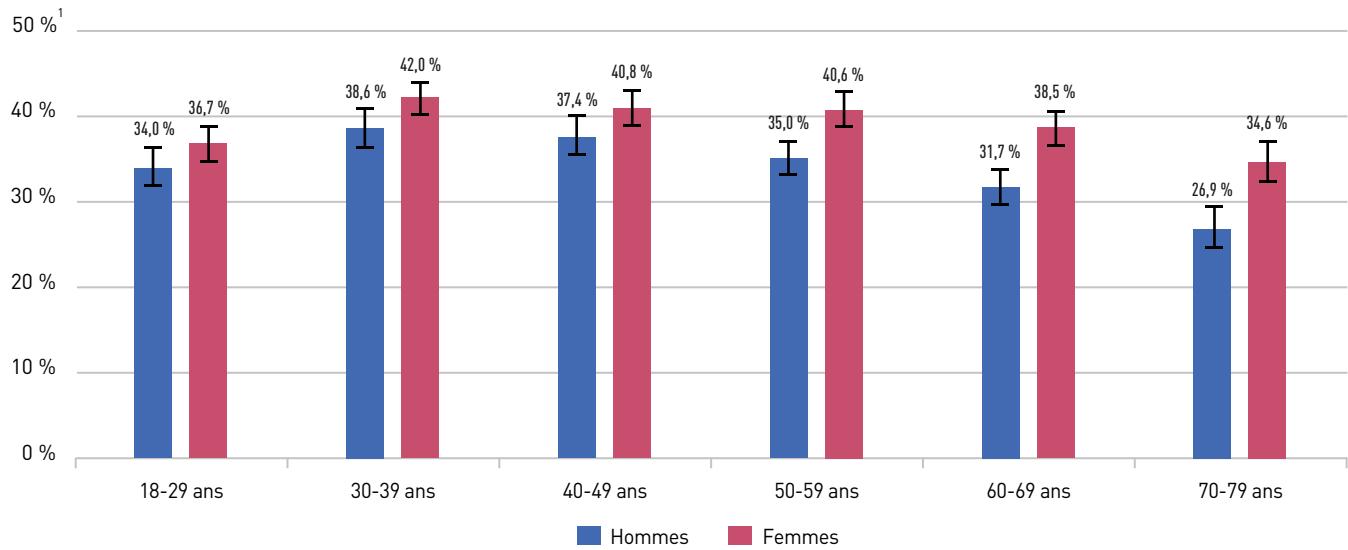
CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant être favorables à la vaccination en général selon la région



Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 82,9 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Île-de-France déclarent être favorables à la vaccination en général. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

On retrouve également un gradient socio-économique lié au fait d'être défavorables à certaines vaccinations, avec une proportion de personnes réticentes plus élevée parmi les personnes déclarant une situation financière difficile (47,5 % [45,7 % - 49,3 %]) par rapport à celles déclarant être à l'aise financièrement (25,5 % [24,0 % - 27,0 %]). De même, on observe une différence marquée vis-à-vis du niveau d'éducation avec 40,8 % [39,7 % - 41,9 %] des personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat qui déclarent être défavorables à certaines vaccinations, versus 30,7 % [29,9 % - 31,6 %] pour les personnes déclarant un niveau supérieur au Baccalauréat. En France, les réticences portent en 2024 sur les trois vaccins suivants : ceux contre la Covid-19 (25 %), la grippe (7 %), et les hépatites (2 %).

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant être défavorables à certaines vaccinations selon le sexe et l'âge

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

ÉVOLUTION DE L'ADHÉSION À LA VACCINATION EN FRANCE HEXAGONALE

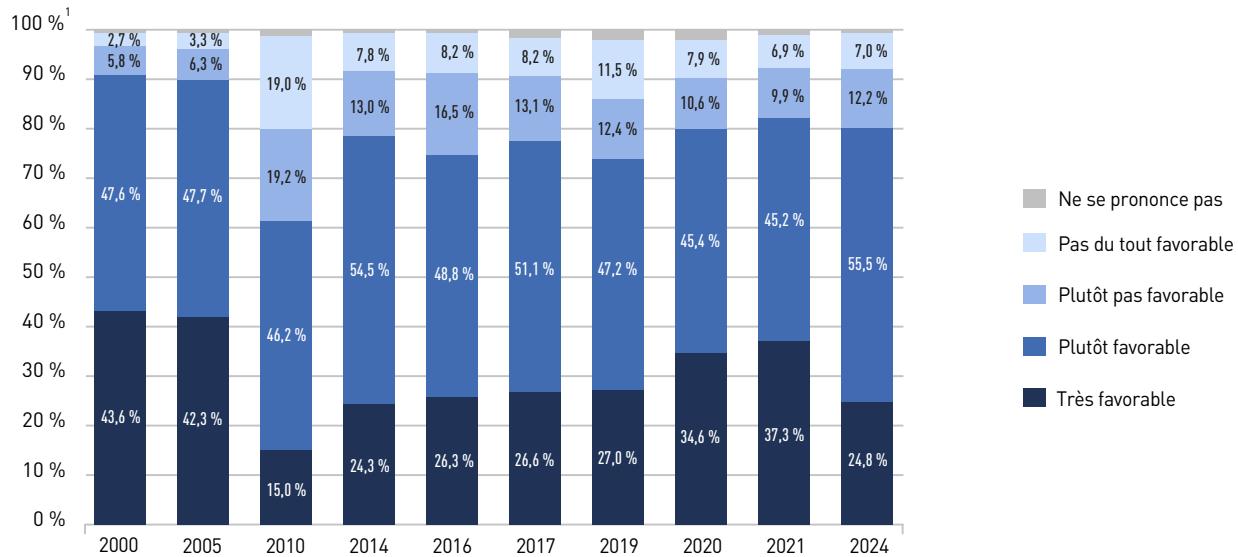
L'adhésion à la vaccination, suivie depuis 2000 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans et résidant en France hexagonale, amorce une diminution en 2024, en comparaison avec 2021 (80,3 % versus 83,7 %) (Figure 2).

Parmi les 18-75 ans résidant en France hexagonale, on observe une diminution de l'adhésion vaccinale à la fois chez les hommes et les femmes (avec respectivement 80,3 % et 80,3 % en 2024 versus 83,1 % et 82,0 % en 2021). Cette tendance à la baisse est également observable dans les tranches d'âge les plus élevées : chez les 45-54 ans (80,9 % en 2024 versus 83,0 % en 2021), les 55-64 ans (79,2 % en 2024 versus 85,3 % en 2021) et les 65-75 ans (81,0 % en 2024 versus 85,6 % en 2021). À l'inverse, l'adhésion vaccinale augmente chez les plus jeunes avec 83,7 % en 2024 versus 79,9 % en 2021.

Au niveau socio-économique, on observe également une diminution de l'adhésion vaccinale à la fois parmi les personnes non diplômées ou présentant un diplôme inférieur au Baccalauréat (73,7 % en 2024 versus 77,9 % en 2021) et parmi celles ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat (87,4 % en 2024 versus 88,9 % en 2021). Enfin, contrairement aux personnes déclarant les revenus les plus bas dont l'adhésion vaccinale est stable par rapport à 2021 autour de 76 %, celles déclarant les revenus les plus hauts ont une adhésion à la vaccination légèrement en baisse cette année (89,1 % en 2024 versus 90,4 % en 2021).

En parallèle, la proportion de personnes se déclarant *défavorables à certaines vaccinations* augmente cette année, passant de 33 % en 2021 à 37 % en 2024. Cette proportion reste cependant inférieure aux réticences importantes observées avant la pandémie de Covid 19, atteignant plus de 42 % en 2016 et 39 % en 2017.

FIGURE 2 | Évolution de l'adhésion à la vaccination en général parmi les 18-75 ans, Baromètre de Santé publique France, éditions 2000-2024



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ commun entre les éditions 2000-2024 du Baromètre de Santé publique France : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 confirment une bonne adhésion de la population à la vaccination en général. L'adhésion reste cependant marquée en France depuis plus de 20 ans par les inégalités sociales et territoriales de santé¹, confirmées à nouveau en 2024. Les données montrent en effet des disparités socio-économiques fortement marquées en matière d'adhésion vaccinale avec une proportion d'adhésion supérieure parmi les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat (7 points de plus que pour ceux n'ayant pas de diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat), parmi les cadres (16 points de plus que pour les ouvriers et les agriculteurs, commerçants, artisans, chefs d'entreprise), ou parmi les personnes les plus à l'aise financièrement (18 points de plus que pour les personnes déclarant une situation financière difficile). En revanche, si l'expérience de la pandémie grippale de 2010 avait conduit à un effondrement de l'adhésion vaccinale, la crise liée à la Covid-19 s'est accompagnée d'une poursuite de l'augmentation observée avant la crise sanitaire, et amorce une légère diminution pour la première fois depuis 2020. Par ailleurs, bien que les taux d'adhésion observés ces dernières années soient élevés, on n'a plus atteint les niveaux d'adhésion vaccinale observés au cours des années 2000.

En termes sociodémographiques, les données récentes des évolutions entre 2021 et 2024 montrent une tendance à la baisse chez les adultes de 18 à 75 ans en France hexagonale, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce déclin est particulièrement marqué dans les tranches d'âge les plus élevées. Cependant, une augmentation de l'adhésion vaccinale est à noter chez les jeunes adultes. Sur le plan socio-économique, l'évolution à la baisse ne semble pas liée à un gradient social, ayant diminué également chez les personnes présentant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat et déclarant les revenus les plus élevés.

Par ailleurs, depuis la pandémie, et toujours en 2024, la vaccination contre la Covid-19 rassemble une proportion importante de réticences à la vaccination, loin devant la vaccination antigrippale. Cela met en lumière les incertitudes persistantes concernant cette vaccination : l'enquête CoviPrev menée en septembre 2024, montrait notamment des réticences à la réalisation de la vaccination contre la Covid-19 en lien avec la perception d'un manque de recul sur le vaccin, l'inquiétude liée aux effets secondaires que pourrait provoquer cette vaccination, ainsi que la remise en question de son efficacité, en regard d'une circulation du virus toujours active [4]. Plus largement, la part de l'hésitation vaccinale et son évolution restent complexes à estimer, de part notamment leur nature et

leurs facteurs multidimensionnels, mais également leurs variations en fonction des populations ciblées et du type de vaccin. Ces résultats montrent l'importance du suivi régulier de l'adhésion à la vaccination à travers l'enquête du Baromètre de Santé publique France, ciblant un large spectre de la population résidant en France. Elle permet ainsi d'identifier plus finement les typologies de personnes les plus réticentes à la vaccination et contribue à plus long terme à l'adaptation des stratégies de communication, notamment sur les vaccins contre lesquels les Français sont les plus sceptiques. Il est pour cela crucial d'intensifier les actions d'information et de promotion de la vaccination dans une optique de protection collective et afin de réduire davantage les inégalités sociales et territoriales de santé, afin, d'une part, de ne pas élargir le gradient socio-économique lié à l'adhésion vaccinale, et, d'autre part, d'éviter que la légère diminution observée ne se poursuive dans les années à venir.

RÉFÉRENCES

- [1] Vaux S, Gautier A, Nassany O, Bonmarin I. Vaccination acceptability in the French general population and related determinants, 2000-2021. *Vaccine*. 2023 Oct 6;41(42):6281-6290.
- [2] Vaux S, Van Cauteren D, Guthmann JP, Le Strat Y, Vaillant V, de Valk H, et al. Influenza vaccination coverage against seasonal and pandemic influenza and their determinants in France: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2011;11:30.
- [3] World Health Organization : WHO. [2015, août 2018]. Vaccine hesitancy : A growing challenge for immunization programmes. WHO. <https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>
- [4] Le Point Sur. Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre les virus de l'hiver ? Résultats de la vague 38 de l'enquête CoviPrev (30 août - 9 septembre 2024). Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 5 p.

AUTRICES

Oriane Nassany¹, Sandrine Randriamampianina¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Résistance aux antibiotiques : représentations et connaissances générales

POINTS CLÉS

- **En 2024, 41 % des adultes** âgés de 18 à 79 ans déclarent n'avoir **jamais entendu parler** de la résistance aux antibiotiques.
- **Deux adultes sur cinq ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe**, méconnaissance plus répandue chez les adultes issus de milieux socio-économiques moins favorisés et avec un niveau de diplôme moins élevé.
- **Plus de 25 % pensent à tort** que dans la résistance aux antibiotiques, **c'est notre organisme qui devient résistant**, alors que c'est en réalité la bactérie.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 comporte trois questions sur les connaissances au sujet de la résistance aux antibiotiques, abordées dans l'ordre suivant : « Selon vous, est-ce que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe ? », « Avez-vous déjà entendu parler de la résistance aux antibiotiques, appelée aussi antibiorésistance ? » et « Selon vous, comment fonctionne l'antibiorésistance ? ».

L'objectif étant d'évaluer les méconnaissances, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ont été regroupées avec celles ayant répondu n'avoir jamais entendu parler de l'antibiorésistance ou ayant donné une réponse erronée : « Oui, les antibiotiques sont efficaces contre la grippe » ou « C'est votre organisme qui devient résistant ». Dans l'édition 2024, pour chaque question, environ 2 % des répondants à l'enquête ne souhaitaient pas répondre. Ces personnes ont été exclues des analyses.

Évolutions : ces questions de connaissances ont également été posées lors de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France. Les formulations relatives à l'efficacité des antibiotiques et aux mécanismes de l'antibiorésistance différaient entre 2021 et 2024. Seule la question « Avez-vous déjà entendu parler de l'antibiorésistance ? » a donc fait l'objet d'une comparaison temporelle. Par ailleurs, la méthode de l'enquête a évolué en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Si ce changement ne semble pas avoir d'impact significatif sur l'indicateur analysé, il n'est toutefois pas exclu que d'autres ajustements méthodologiques (cf. synthèse « Méthode de l'enquête ») ou la présence de questions préliminaires sur la consommation personnelle d'antibiotiques en 2021, absentes en 2024, aient influencé les résultats observés. Aussi, les évolutions sont présentées mais sont à interpréter avec prudence.

CONTEXTE

La découverte des antibiotiques, des molécules conçues pour traiter certaines infections bactériennes, a marqué une avancée majeure en médecine au xx^e siècle. Associés aux mesures d'hygiène et à la vaccination, ceux-ci ont permis de réduire significativement la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses. Toutefois, l'utilisation non contrôlée des antibiotiques a des conséquences : elle favorise la sélection et le développement de certaines bactéries capables de résister à ces molécules, les rendant inefficaces pour traiter les infections. Ce phénomène, naturel mais accentué par la prise d'antibiotiques, est appelé résistance aux antibiotiques ou antibiorésistance.

Les bactéries résistantes peuvent se développer dans l'organisme d'un individu, se transmettre d'un individu à un autre, et partager leurs mécanismes de résistance avec d'autres bactéries. Lorsqu'une infection est due à des bactéries résistantes, elle devient plus difficile à traiter, prolongeant la durée de traitement, augmentant le risque de complications, et entraînant parfois le décès. L'antibiorésistance est un problème de santé majeur à l'échelle nationale et internationale. En 2020, il a été estimé qu'en Europe entre 700 000 et 950 000 infections étaient dues à une bactérie résistante, entraînant plus de 35 000 décès [1]. En France, ces bactéries résistantes causeraient près de 150 000 infections à l'hôpital par an [2, 3].

Il est néanmoins possible de réduire l'émergence et la diffusion de l'antibiorésistance en prévenant les infections et en améliorant l'usage des antibiotiques. De nombreux plans d'action internationaux et nationaux se sont succédé afin de réduire l'antibiorésistance et la consommation d'antibiotiques, comme la *Stratégie nationale de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance* mise en place en France depuis 2022 [4]. Malgré l'enjeu de santé publique que représente l'antibiorésistance, la France reste l'un des cinq pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe [5].

Il est nécessaire de former les médecins au bon usage des antibiotiques mais également de sensibiliser le grand public à ces problématiques. Depuis plus de 20 ans, plusieurs campagnes de prévention contre l'antibiorésistance ont été organisées en France, contribuant à populariser des messages comme « Les antibiotiques, c'est pas automatique », ou « Bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser ». Cependant, dans une enquête menée par Santé publique France en 2024, 83 % des médecins généralistes

disaient subir des pressions de la part de leurs patients pour recevoir des antibiotiques [6]. Dans la population générale, 17 % des 15 ans ou plus déclaraient avoir déjà insisté auprès de leur médecin pour en obtenir [7].

Cette synthèse des données de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 a pour objectif de décrire les connaissances des adultes sur la résistance aux antibiotiques. Elle analyse également les facteurs associés à cette connaissance et les disparités régionales observées.

RÉSULTATS

DEUX ADULTES SUR CINQ N'ONT PAS ENTENDU PARLER DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

En 2024, 41,5 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques (intervalle de confiance à 95 % : [40,9 % - 42,2 %]) ; parmi eux, 33,1 % [32,5 % - 33,8 %] affirment ne pas en avoir entendu parler, et 8,4 % [8,0 % - 8,8 %] ne savent pas. Un peu moins d'un adulte sur cinq (18,5 % [18,0 % - 19,0 %]) dit avoir déjà entendu parler de la résistance mais ne pas savoir exactement ce que c'est, et deux adultes sur cinq (40,0 % [39,3 % - 40,6 %]) disent savoir exactement ce qu'est l'antibiorésistance.

Parmi ceux déclarant savoir exactement ce qu'est l'antibiorésistance, 10,1 % [9,5 % - 10,8 %] répondent à tort que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe, et 31,0 % [30,1 % - 31,9 %] répondent à tort que c'est l'organisme humain qui devient résistant aux antibiotiques. Ainsi, 54,3 % [53,3 % - 55,2 %] des adultes déclarant savoir exactement ce qu'est l'antibiorésistance semblent en avoir effectivement la connaissance, et répondent correctement aux deux questions.

Les connaissances s'améliorent avec l'âge, avec 47,4 % des adultes de moins de 30 ans déclarant ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques, contre environ 40,0 % pour les adultes entre 40 et 70 ans (Tableau 1).

Les résultats diffèrent également selon le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 047	47,4	[45,9 - 49,1]	50,2	[47,8 - 52,5]	44,8	[42,6 - 47,0]
30-39 ans	5 720	43,4	[41,8 - 45,1]	45,8	[43,4 - 48,2]	41,2	[39,0 - 43,4]
40-49 ans	6 123	38,7	[37,2 - 40,3]	41,4	[39,1 - 43,7]	36,1	[34,0 - 38,3]
50-59 ans	6 417	39,1	[37,6 - 40,6]	40,7	[38,4 - 42,9]	37,6	[35,5 - 39,7]
60-69 ans	5 972	38,7	[37,1 - 40,3]	40,4	[38,1 - 42,7]	37,1	[34,9 - 39,3]
70-79 ans	3 962	41,4	[39,5 - 43,3]	42,3	[39,5 - 45,1]	40,6	[38,0 - 43,3]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 476	57,3	[56,2 - 58,4]	57,8	[56,2 - 59,4]	56,8	[55,2 - 58,3]
Bac	8 203	41,1	[39,8 - 42,4]	42,9	[41,0 - 44,8]	39,5	[37,7 - 41,3]
Supérieur au Bac	14 562	23,7	[22,9 - 24,6]	25,8	[24,5 - 27,1]	22,0	[20,9 - 23,1]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 488	39,5	[37,1 - 42,0]	40,8	[37,8 - 43,9]	37,0	[33,0 - 41,1]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 788	20,5	[19,1 - 21,7]	22,3	[20,8 - 24,0]	17,9	[16,3 - 19,6]
Professions intermédiaires	8 908	33,5	[32,3 - 34,8]	39,3	[37,4 - 41,3]	28,7	[27,2 - 30,3]
Employés	8 568	48,3	[47,0 - 49,7]	49,9	[46,9 - 52,9]	47,9	[46,4 - 49,4]
Ouvriers	5 199	59,4	[57,8 - 61,0]	59,6	[57,7 - 61,5]	58,7	[55,3 - 62,0]
Situation financière perçue		*		*			
À l'aise	4 824	27,1	[25,5 - 28,7]	27,9	[25,7 - 30,3]	26,2	[24,0 - 28,4]
Ça va	12 271	37,8	[36,8 - 38,9]	41,3	[39,7 - 42,8]	34,6	[33,1 - 36,1]
C'est juste	11 740	45,8	[44,7 - 47,0]	47,4	[45,8 - 49,1]	44,3	[42,8 - 45,9]
C'est difficile, endetté	5 406	52,2	[50,4 - 54,1]	54,4	[51,6 - 57,1]	50,3	[47,9 - 52,8]
Total	34 241	41,5	[40,9 - 42,2]	43,6	[42,7 - 44,6]	39,6	[38,7 - 40,5]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 47,4 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

la situation financière perçue, avec une moins bonne connaissance pour les personnes n'ayant pas de diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat (57,3 % n'ont pas entendu parler de la résistance aux antibiotiques), les ouvriers et les employés (respectivement 59,4 % et 48,3 %), et ceux ayant une situation financière difficile (52,2 %).

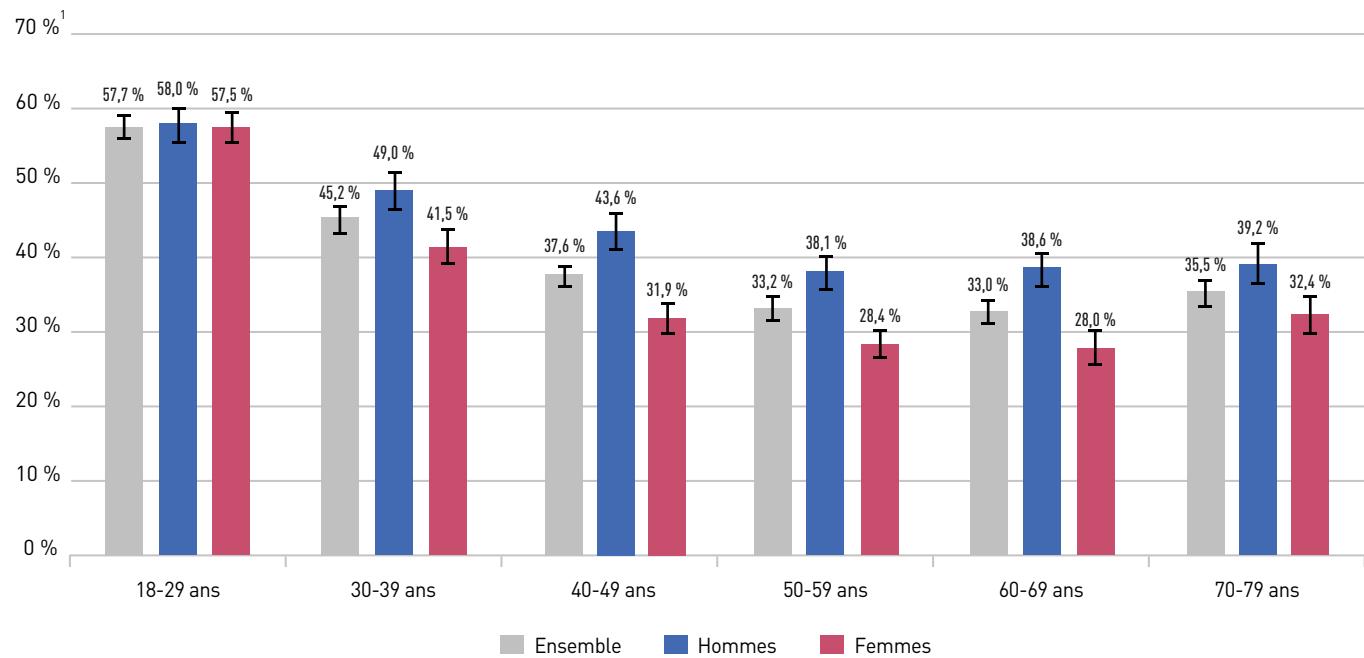
DEUX ADULTES SUR CINQ IGNORENT QUE LES ANTIBIOTIQUES SONT INEFFICACES CONTRE LA GRIPPE

Au total, 40,7 % [40,1 % - 41,4 %] des adultes ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe. En effet, 17,0 % [16,5 % - 17,6 %] répondent que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe, et 23,7 % [23,1 % - 24,3 %] ne savent pas si c'est le cas ou non.

Cette méconnaissance concerne davantage les hommes que les femmes (respectivement 44,9 % [43,9 % - 45,9 %] vs 36,9 % [36,0 % - 37,7 %]). Cette différence liée au sexe est visible dans toutes les catégories socioprofessionnelles et à tout âge, excepté chez les jeunes adultes de moins de 30 ans (Figure 1).

Quel que soit le sexe, les connaissances sont moins bonnes chez les adultes ayant un niveau de diplôme moins élevé, chez les ouvriers et les employés, et chez ceux déclarant avoir une situation financière difficile. On observe une amélioration des connaissances avec l'âge, celle-ci est plus importante chez les femmes que chez les hommes.

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe, ou ne sachant pas répondre, selon l'âge et le sexe



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Note de lecture : 58,0 % des hommes âgés de 18 à 29 ans déclarent que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe, ou ne savent pas répondre.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

PLUS DE LA MOITIÉ DES ADULTES IGNORENT QUE C'EST LA BACTÉRIE QUI DEVIENT RÉSISTANTE

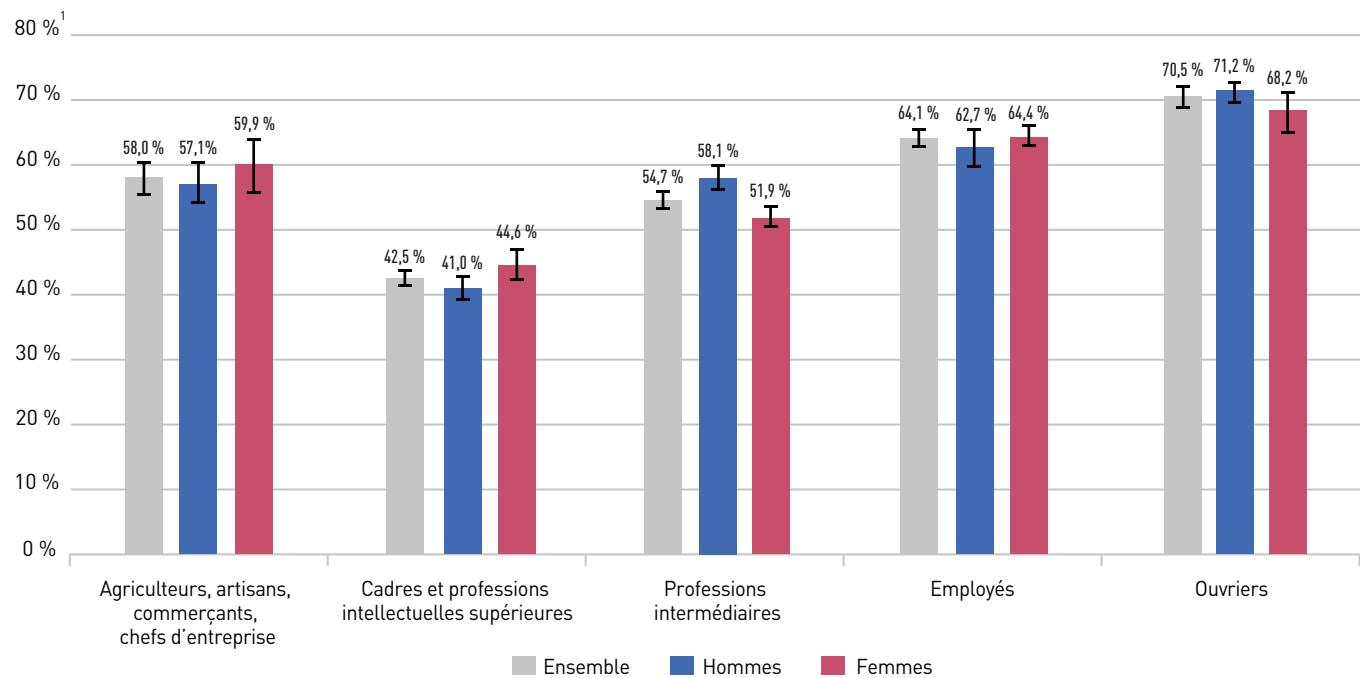
Parmi les adultes âgés de 18 à 79 ans, 58,6 % [58,0 % - 59,3 %] ne connaissent pas les mécanismes associés à l'antibiorésistance : un quart [26,6 % [26,1 % - 27,2 %]] répondent que notre organisme devient résistant aux antibiotiques, et 32,0 % [31,3 % - 32,6 %] ne savent pas si c'est l'organisme ou la bactérie qui devient résistant.

La fréquence des erreurs diminue légèrement avec l'âge, et avec le niveau de diplôme [69,8 % [68,8 % - 70,8 %] d'erreur pour un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat, contre 45,4 % [44,4 % - 46,4 %] pour un diplôme supérieur au Baccalauréat]. Il en est de même pour la situation financière perçue : 66,2 % [64,6 % - 68,0 %] pour les personnes avec une situation financière difficile ne savent pas que la bactérie devient résistante, contre 45,4 % [43,7 % - 47,0 %] pour les personnes à l'aise financièrement. Les connaissances varient également en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (Figure 2).

DES DISPARITÉS RÉGIONALES VISIBLES

Les connaissances sur la résistance aux antibiotiques diffèrent selon la région (Tableau 2). Quelle que soit la question, la proportion de personnes ayant des connaissances limitées ou erronées est plus élevée que la moyenne des autres régions dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique). En Bretagne, Occitanie, Pays de la Loire ou Nouvelle-Aquitaine, la proportion est inférieure à la moyenne des autres régions pour au moins deux indicateurs sur trois.

De façon générale, les disparités régionales semblent moins fortes concernant la question du fonctionnement de l'antibiorésistance.

FIGURE 2 | Proportion d'adultes actifs de 18-79 ans déclarant que c'est l'organisme qui devient résistant, ou qui ne savent pas, par sexe et catégorie socioprofessionnelle

1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Note de lecture : 62,7 % des hommes employés déclarent que c'est l'organisme qui devient résistant ou ne savent pas répondre.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans ayant des connaissances erronées ou absentes sur l'antibiorésistance, selon la région

	N'a pas entendu parler de la résistance ou ne sait pas			C'est l'organisme qui devient résistant ou ne sait pas			Les antibiotiques sont efficaces contre la grippe ou ne sait pas		
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %
Auvergne-Rhône-Alpes	3 000	39,7	[37,7 - 41,8]	2 985	56,5*	[54,5 - 58,5]	3 004	37,5*	[35,5 - 39,5]
Bourgogne-Franche-Comté	1 517	42,0	[39,1 - 44,9]	1 510	58,6	[55,8 - 61,4]	1 522	40,2	[37,4 - 43,1]
Bretagne	1 822	37,6*	[35,2 - 40,1]	1 814	55,8*	[53,3 - 58,2]	1 835	36,4*	[34,0 - 38,9]
Centre-Val de Loire	1 465	43,8	[40,9 - 46,7]	1 450	61,9*	[59,2 - 64,7]	1 467	37,8*	[35,0 - 40,7]
Corse	1 432	40,2	[36,9 - 43,6]	1 428	59,5	[56,2 - 62,8]	1 435	43,9	[40,6 - 47,3]
Grand Est	2 346	42,9	[40,6 - 45,2]	2 334	60,2	[58,0 - 62,4]	2 356	43,3*	[41,0 - 45,6]
Guadeloupe	1 465	61,2*	[57,5 - 64,8]	1 458	66,4*	[62,9 - 69,8]	1 457	55,0*	[51,2 - 58,8]
Guyane	1 281	61,7*	[56,8 - 66,5]	1 275	70,6*	[66,2 - 74,7]	1 273	57,5*	[52,4 - 62,5]
Hauts-de-France	2 481	48,4*	[46,2 - 50,6]	2 477	63,2*	[61,1 - 65,2]	2 490	41,6	[39,5 - 43,8]
Île-de-France	3 804	39,1*	[37,2 - 41,0]	3 791	56,8*	[54,4 - 58,6]	3 804	42,7*	[40,8 - 44,5]
La Réunion	1 517	67,5*	[64,3 - 70,7]	1 514	70,7*	[67,6 - 73,7]	1 524	61,4*	[58,1 - 64,7]
Martinique	1 343	61,2*	[57,4 - 65,0]	1 337	67,2*	[63,5 - 70,7]	1 340	60,6*	[56,8 - 64,4]
Normandie	1 639	43,4	[40,7 - 46,1]	1 629	61,8*	[59,2 - 64,4]	1 635	40,9	[38,2 - 43,6]
Nouvelle-Aquitaine	2 521	38,9*	[36,7 - 41,1]	2 523	58,1	[55,9 - 60,2]	2 531	38,6*	[36,4 - 40,8]
Occitanie	2 520	38,7*	[36,5 - 40,9]	2 513	56,2*	[54,1 - 58,4]	2 524	39,1	[36,9 - 41,3]
Pays de la Loire	1 976	38,0*	[35,6 - 40,4]	1 970	57,9	[55,5 - 60,2]	1 997	37,6*	[35,2 - 40,0]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 112	42,1	[39,7 - 44,6]	2 108	59,0	[56,7 - 61,3]	2 107	42,9	[40,5 - 45,3]
Total	34 241	41,5	[40,9 - 42,2]	34 116	58,6	[58,0 - 59,3]	34 301	40,7	[40,1 - 41,4]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 37,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Bretagne déclarent ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques ou ne savent pas. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

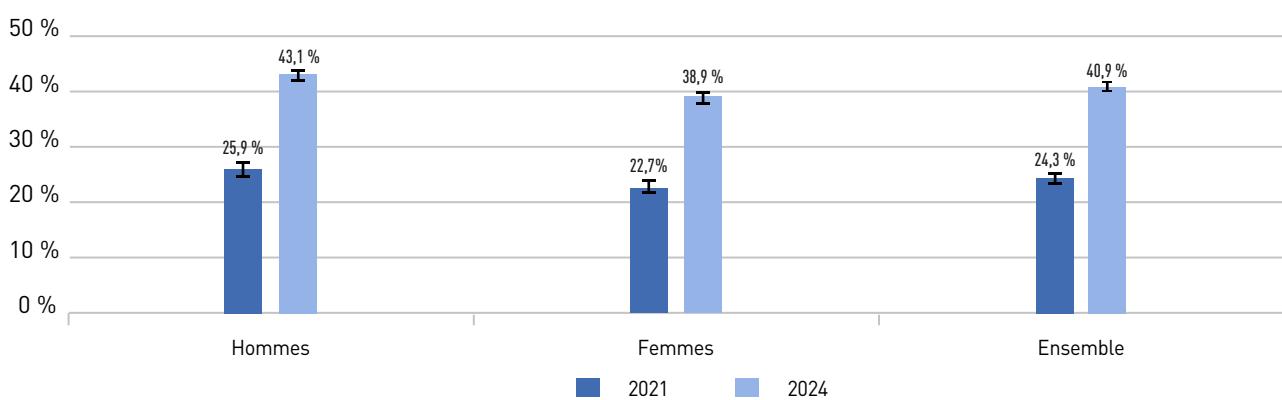
ÉVOLUTIONS PAR RAPPORT À 2021

En 2021, seulement 24,3 % des adultes de 18-75 ans vivant en France hexagonale disaient ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques ou ne savent pas, contre 40,9 % en 2024 (Figure 3).

Cette baisse de la connaissance est visible chez les hommes et les femmes.

La méthode de l'enquête a changé en 2024 (cf. encadré « Méthode »). Les évolutions sont présentées mais leur interprétation doit être faite avec précaution.

FIGURE 3 | Proportion d'adultes de 18-75 ans déclarant ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques, selon l'année et le sexe, France hexagonale



Champ commun entre les éditions du Baromètre de Santé publique France 2021 et 2024 : adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale.

DISCUSSION

Les résultats montrent que les connaissances sur l'antibiorésistance restent inégales au sein de la population adulte en France. En 2024, bien qu'une part significative des adultes ait déjà entendu parler de la résistance aux antibiotiques, des lacunes sont présentes, notamment en ce qui concerne les mécanismes qui en sont à l'origine. Par exemple, plus d'un tiers des adultes ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre les infections virales telles que la grippe. Ces constats indiquent que des efforts restent nécessaires pour renforcer l'information sur le sujet.

Les connaissances varient selon l'âge, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation financière. Les jeunes adultes et les personnes ayant les niveaux de diplôme les plus faibles ou une situation financière précaire sont généralement moins bien informés sur la résistance aux antibiotiques. Ces disparités soulignent l'importance de cibler les actions de sensibilisation et d'éducation vers certains groupes spécifiques.

Des variations régionales sont également observées. Par exemple, dans les départements et régions d'outre-mer, on observe une proportion plus élevée de personnes ayant des connaissances insuffisantes ou erronées sur l'antibiorésistance. Ces résultats plaident en faveur de stratégies localisées de sensibilisation et d'amélioration des connaissances sur ce sujet. Il a été observé que la consommation d'antibiotiques [8] et l'antibiorésistance [9] variaient également selon le territoire. Cependant les régions où les personnes consomment le plus d'antibiotiques ou celles où l'antibiorésistance est élevée ne correspondent pas nécessairement à celles où les connaissances apparaissent les moins bonnes dans notre enquête de 2024. D'autres facteurs entrent vraisemblablement en jeu, tels que l'accès aux soins ou la densité territoriale.

En 2021, seulement 24 % des adultes de 18-75 ans en France hexagonale déclaraient ne pas avoir entendu parler de la résistance aux antibiotiques. En 2024, ce chiffre est passé à 41 %, suggérant un recul des connaissances sur ce sujet, malgré une campagne de prévention menée en 2022. S'il est possible qu'en 2021, la pandémie de Covid-19 ait temporairement suscité un intérêt accru et

une meilleure connaissance des maladies infectieuses au sein de la population générale, des différences de méthode dans l'enquête pourraient aussi expliquer en partie ces différences (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). La comparaison des résultats 2021 et 2024 nécessite donc une interprétation prudente. La tendance observée dans le Baromètre de Santé publique France a également été notée dans une autre enquête, dans laquelle 49 % des Français connaissaient le terme « antibiorésistance » en 2024, contre 60 % en 2019 [7]. Dans cette même étude, malgré une baisse des connaissances, les comportements de la population vis-à-vis des antibiotiques n'avaient pas changé pendant la période étudiée.

Enfin, il convient de noter que, dans cette étude, une légère surestimation des connaissances, notamment concernant les mécanismes de résistance, est possible. En effet, certaines réponses pourraient avoir été influencées par des recherches sur Internet dans la mesure où 86 % des personnes ont répondu en ligne. Il est également possible que certaines bonnes réponses aient été données au hasard, les participants ne souhaitant pas avouer leur méconnaissance (biais de désirabilité sociale), en particulier lors des interviews téléphoniques (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Cependant, l'introduction du mode de collecte par internet a suscité une proportion élevée de personnes ayant répondu « Ne sait pas » (entre 8 % et 32 % selon la question). Le fait d'avoir regroupé cette modalité avec les mauvaises réponses pourrait compenser cette surestimation.

En conclusion, la résistance aux antibiotiques reste une problématique encore mal connue. Le niveau de connaissance tend à s'améliorer chez les personnes plus âgées, plus instruites ou bénéficiant d'un niveau socio-économique plus élevé. A ces disparités sociales s'ajoutent également des disparités territoriales. Ces résultats incitent à prendre en compte les disparités mises en évidence afin de mieux cibler les messages clés. En outre, en raison de la complexité du sujet, mieux informer la population sur les mécanismes impliqués dans l'antibiorésistance pourrait favoriser l'adoption des messages de prévention. ●

RÉFÉRENCES

- [1] ECDC. Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. 2021
- [2] Opatowski M, Tuppin P, Cosker K, Touat M, De Lagasnerie G, Guillemot D, Salomon J, Brun-Buisson C and Watier L. Hospitalisations with infections related to antimicrobial-resistant bacteria from the French nationwide hospital discharge database, 2016. *Epidemiology and Infection*. 2019
- [3] Colomb-Cotinat M, Lacoste J, Brun-Buisson M, Jarlier V, Coignard B, Vaux S. Estimating the morbidity and mortality associated with infections due to multidrug-resistant bacteria (MDRB), France, 2012. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2016
- [4] Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, santé humaine. 2022
- [5] ECDC. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net), Annual Epidemiological Report for 2023. 2024
- [6] Féguex S, Randriamampianina S, Paul M, Rouillard L, Nassany O. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques sur l'antibiorésistance auprès des médecins généralistes. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*. 2025;4
- [7] Randriamampianina S, Féguex, Paul M, Rouillard L, Nassany O. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques sur l'antibioresistance auprès du grand public. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*. 2025
- [8] Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023. 2024
- [9] Mission PRIMO. Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes. Mission Primo : résultats 2023. 2025

AUTRICES

Marion Opatowski¹, Sophie Féguex¹, Sandrine Randriamampianina¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Piqûres de tiques et borréliose de Lyme : connaissances, attitudes et pratiques

POINTS CLÉS

- En 2024, en France hexagonale, **5 % des adultes** âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir été **piqués par une tique dans les 12 mois précédents**.
- **92 % des adultes exposés aux piqûres de tiques** déclarent **utiliser au moins une mesure de prévention** lors de l'exposition aux piqûres de tiques.
- **40 % des adultes** déclarent se sentir **bien informés sur la Borréliose de Lyme**.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut des questions portant sur l'exposition aux piqûres de tiques, les attitudes de prévention, et la connaissance de la Borréliose de Lyme. Ces questions étaient posées à l'ensemble des répondants de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale. Elles n'ont pas été posées aux personnes résidant dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) du fait de l'absence de tiques vectrices de la Borréliose de Lyme dans ces départements d'après les connaissances disponibles à ce jour. Les questions étaient les suivantes :

- « Vous êtes-vous déjà fait piquer par une tique ? ». Si la personne répondait « Oui », la question suivante était posée : « L'avez-vous été au cours des 12 derniers mois ? ».
- « Vous sentez-vous exposé(e) aux piqûres de tiques ? ». Si la personne répondait « Très exposé(e) » ou « Plutôt exposé(e) », les questions suivantes étaient posées :
 - « Quand vous êtes exposé(e) aux piqûres de tiques :
 - Utilisez-vous des lotions, sprays ou crèmes répulsives sur la peau ou les vêtements ?
 - Portez-vous des vêtements longs qui recouvrent les jambes ?
 - Cherchez-vous et enlevez-vous les tiques sur tout le corps après l'exposition ? ».
- « La maladie de Lyme est une maladie pouvant être transmise par les tiques. En avez-vous déjà entendu parler ? ».
- « Considérez-vous que vous êtes bien informé(e) sur la maladie de Lyme ? ».

Par ailleurs, une variable catégorisant le niveau d'incidence régional pour la Borréliose de Lyme a été construite en utilisant la moyenne des estimations d'incidence de la Borréliose de Lyme du Réseau Sentinelles (iPLEsp, Inserm) entre les années 2009 et 2023. Le niveau d'incidence régional a été comparé à la proportion de personnes déclarant avoir été piquées par une tique au cours des 12 derniers mois. Pour ces deux indicateurs, le découpage géographique utilisé correspond aux régions selon la division administrative antérieure au 1er janvier 2016, afin de prendre en compte l'hétérogénéité de la problématique sur le territoire hexagonal. Il s'agit du niveau géographique le plus fin possible pour assurer une puissance statistique suffisante.

Une variable pour appréhender la typologie urbaine ou rurale de la zone de résidence a également été construite en séparant les zones essentiellement urbaines (denses ou intermédiaires) ; des zones intermédiaires représentées par les zones rurales sous influence forte ou faible d'un pôle ; des zones essentiellement rurales autonomes (peu ou très peu dense).

Pour les indicateurs portant sur l'antécédent de piqûre de tiques, le sentiment d'exposition aux piqûres et l'utilisation des mesures de protection, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » (< 1 %) ont été incluses dans la modalité « Non » ou « Plutôt pas ou pas du tout » ou « Rarement ou jamais ». Pour le sentiment d'information sur la Borréliose de Lyme, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ont été incluses dans les modalités « Plutôt pas ou pas du tout informé » ou « N'a jamais entendu parler », celles ayant répondu « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses.

Évolutions : ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France (2016 et 2019), l'analyse des évolutions des indicateurs fera l'objet de travaux ultérieurs.

CONTEXTE

Les piqûres de tiques sont des événements fréquents en France et peuvent parfois être à l'origine de la transmission d'agents pathogènes à l'origine d'infections [1,2]. Parmi elles, la Borréliose de Lyme est, de loin, la plus fréquente mais il en existe de nombreuses autres dont l'encéphalite à tiques, l'anaplasmosse granulocytaire humaine, certaines rickettsioses, la tularémie voire la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC), même si aucun cas humain contaminé en France de FHCC n'a été

rapporté à ce jour. La tique majoritairement à l'origine de piqûres chez l'humain en France est *Ixodes ricinus*, que l'on retrouve dans toutes les régions (à l'exception des zones de climat méditerranéen chaud et sec). Elles sont présentes principalement dans les lieux boisés et les jardins, prés et bordures de champs. Les tiques *Dermacentor* sont également présentes dans toutes les régions de France et les tiques du genre *Hyalomma*, plus rarement à l'origine de piqûres chez l'humain, sont installées essentiellement sur le pourtour méditerranéen à ce jour [3,4].

La prévention des maladies vectorielles à tiques repose essentiellement sur la protection individuelle contre les piqûres de tiques du fait de l'absence de vaccin ou de chimioprophylaxie efficace, à l'exception de la vaccination contre l'encéphalite à tiques (cf. encadré « Mesures de protection contre les piqûres de tiques »).

La Borréliose de Lyme provoque, dans la majorité des cas, une tâche rougeâtre d'extension arrondie progressive, appelée érythème migrant. Il s'agit d'un symptôme bénin qui peut parfois passer inaperçu. Son traitement par un antibiotique permet sa disparition plus rapide et pourrait éviter la dissémination de la bactérie à l'origine, dans de plus rares cas, de manifestations pouvant être plus sévères, notamment neurologiques, articulaires ou cutanées [2]. L'incidence de la Borréliose de Lyme est estimée chaque année grâce aux médecins généralistes volontaires du Réseau Sentinelles (iPLesp, Inserm). Après une hausse de l'incidence depuis 2009, et un pic à 104 pour 100 000 en 2018, on observe une diminution depuis 2020. En 2024, elle était estimée à 53 cas pour 100 000 habitants à l'échelle nationale [5].

Depuis 2017, le projet CiTique permet le recueil des piqûres de tiques chez l'humain via l'application « Signalement tiques » basé sur le signalement volontaire des usagers. Toutefois, ce projet ne reposant pas sur un échantillonnage représentatif de la population française, il a pour principale limite de ne pas pouvoir estimer une incidence des piqûres de tiques [6]. Les données du Baromètre de Santé publique France permettent d'explorer l'exposition

de la population générale française hexagonale adulte aux piqûres de tiques et d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques face aux piqûres de tiques et à la Borréliose de Lyme [7].

RÉSULTATS

PRÈS DE 5 % DES ADULTES DÉCLARENT AVOIR ÉTÉ PIQUÉS PAR UNE TIQUE DANS L'ANNÉE ÉCOULÉE

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale déclarant avoir été piqués par une tique au cours des 12 derniers mois est de 4,9 % (intervalle de confiance à 95 % : [4,6 % - 5,1 %]). Cette proportion est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes : respectivement 5,3 % [4,9 % - 5,7 %] et 4,5 % [4,1 % - 4,8 %]. Elle varie selon les classes d'âge entre 4,5 % chez les 18-29 ans et 5,5 % chez les 30-44 ans. Elle est également plus élevée chez les personnes résidant en zone rurale autonome [9,4 % [8,5 % - 10,4 %]] que chez celles résidant dans les zones rurales sous influence d'un pôle [6,7 % [6,1 % - 7,4 %]] et dans les zones urbaines [3,4 % [3,1 % - 3,7 %]] (Tableau 1).

MESURES DE PROTECTION CONTRE LES PIQUÈRES DE TIQUES

Les mesures de protection individuelle comprennent : le port de vêtements clairs, couvrants et de chaussures fermées lorsque l'on s'expose aux tiques et l'utilisation de répulsifs cutanés. Pendant une promenade en forêt, un séjour en zone boisée ou végétalisée (jardinage) ou une randonnée, il est recommandé de vérifier régulièrement l'absence de tique sur soi et au retour, de réaliser un examen corporel minutieux, tout particulièrement les localisations à risque (plis, zones chaudes et humides du corps, sans oublier le cuir chevelu, particulièrement chez l'enfant). Il est recommandé de refaire cet examen le lendemain car les tiques, gorgées de sang, seront mieux visibles. En cas de piqûre, il est important de retirer dès que possible la tique soi-même (ou de la faire retirer par un proche si la zone est difficilement accessible), préféablement avec un tire-tique, une pince fine, ou, à défaut, une pince à épiler. Il sera ensuite important de surveiller pendant 4 semaines, l'apparition de symptômes généraux (tels que fièvre, douleurs, etc.), ou d'une rougeur d'extension progressive centrifuge ou d'une croûte noire au niveau de la zone de piqûre. En cas de symptômes, il convient de consulter son médecin traitant.

L'ensemble de ces recommandations sont disponibles sur les sites de Santé publique France et de la HAS :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/borreliose-de-lyme/outils/#tabs>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2857558/fr/borreliose-de-lyme-et-autres-maladies-vectorielles-a-tiques-mvt

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une piqûre de tique dans les 12 derniers mois, se sentant exposés aux piqûres de tiques et se sentant bien informés sur la Borréliose de Lyme, France hexagonale

	Piqûre dans les 12 derniers mois			Sentiment d'exposition aux piqûres de tiques			Sentiment d'être bien informé sur la Borréliose de Lyme		
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %
Sexe		*			*			*	
Hommes	13 724	5,3	[4,9 - 5,7]	13 724	22,2	[21,4 - 22,9]	13 577	37,3	[36,4 - 38,3]
Femmes	15 495	4,5	[4,1 - 4,8]	15 495	23,3	[22,6 - 24,0]	15 371	41,6	[40,8 - 42,5]
Âge		*			*			*	
18-29 ans	5 151	4,5	[3,9 - 5,2]	5 151	18,4	[17,2 - 19,6]	5 091	31,7	[30,2 - 33,1]
30-44 ans	7 371	5,5	[5,0 - 6,1]	7 371	25,0	[24,0 - 26,1]	7 292	33,9	[32,7 - 35,1]
45-59 ans	7 937	4,7	[4,3 - 5,3]	7 937	24,3	[23,3 - 25,4]	7 866	40,5	[39,3 - 41,7]
60-79 ans	8 760	4,6	[4,2 - 5,1]	8 760	22,1	[21,1 - 23,0]	8 699	48,4	[47,1 - 49,6]
Niveau de diplôme		*			*			*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	9 481	3,7	[3,3 - 4,1]	9 481	19,3	[18,4 - 20,1]	9 348	37,4	[36,3 - 38,5]
Bac	6 964	4,7	[4,2 - 5,3]	6 964	23,2	[22,1 - 24,3]	6 913	38,2	[37,0 - 39,5]
Supérieur au Bac	12 774	6,3	[5,9 - 6,8]	12 774	26,4	[25,6 - 27,3]	12 687	42,8	[41,8 - 43,8]
Situation financière perçue		*						*	
À l'aise	4 435	6,1	[5,4 - 6,9]	4 435	23,8	[22,5 - 25,2]	4 420	48,1	[46,4 - 49,8]
Ça va	10 981	4,9	[4,5 - 5,4]	10 981	22,7	[21,8 - 23,6]	10 906	41,6	[40,5 - 42,6]
C'est juste	10 017	4,7	[4,3 - 5,2]	10 017	22,4	[21,5 - 23,3]	9 931	37,6	[36,5 - 38,7]
C'est difficile, endetté	3 786	4,0	[3,3 - 4,7]	3 786	22,8	[21,3 - 24,3]	3 691	31,9	[30,2 - 33,7]
Typologie urbaine/rurale		*			*			*	
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	21 556	3,4	[3,1 - 3,7]	21 556	17,6	[17,0 - 18,2]	16 321	35,9	[35,1 - 36,7]
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle	6 867	6,7	[6,1 - 7,4]	6 867	31,5	[30,2 - 32,7]	6 286	45,7	[44,3 - 47,1]
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	4 673	9,4	[8,5 - 10,4]	4 673	35,1	[33,5 - 36,7]	4 268	48,9	[47,2 - 50,6]
Niveau d'incidence de la Borréliose de Lyme		*			*			*	
Incidence haute (> 100/100 000 habitants)	5 396	8,1	[7,4 - 8,9]	5 396	32,3	[30,9 - 33,6]	5 355	48,6	[47,1 - 50,2]
Incidence moyenne (50 à 100/100 000 habitants)	5 488	6,0	[5,3 - 6,7]	5 488	25,8	[24,5 - 27,1]	5 432	42,1	[40,7 - 43,6]
Incidence faible (< 50/100 000)	18 335	3,5	[3,2 - 3,8]	18 335	18,8	[18,2 - 19,4]	18 161	35,9	[35,1 - 36,7]
Total	29 219	4,9	[4,6 - 5,1]	29 219	22,7	[22,2 - 23,3]	28 948	39,6	[38,9 - 40,2]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative ($p < 0,05$, test du chi2).

Note de lecture : 4,5 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir été piqués par une tique dans les 12 derniers mois.

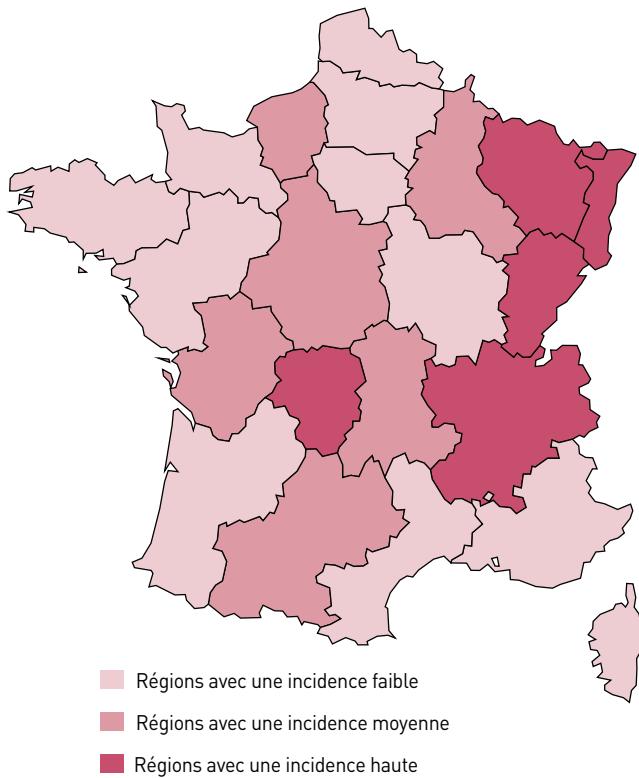
Champ géographique : France hexagonale.

DES DISPARITÉS RÉGIONALES EN TERMES D'EXPOSITION AUX PIQÛRES DE TIQUES

Les personnes résidant en région de forte incidence de la Borréliose de Lyme (> 100 cas pour 100 000 habitants d'après les données du Réseau Sentinelles) déclarent plus fréquemment avoir été piquées par une tique que celles résidant en région de moyenne (entre 50 et 100 cas pour 100 000 habitants) ou de faible incidence (< 50 cas pour 100 000 habitants) avec des proportions atteignant respectivement 8,1 %, 6,0 % et 3,5 % (Tableau 1 et Cartes 1 et 2).

Les régions (division administrative antérieure au 1^{er} janvier 2016) dans lesquelles les personnes déclarent le plus de piqûres de tiques dans l'année écoulée sont le Limousin (13,4 % [9,6 % - 18,0 %]), la Franche-Comté (12,7 % [10,0 % - 15,8 %]), la Lorraine (10,4 % [8,4 % - 12,6 %]) et l'Alsace (9,7 % [7,8 % - 11,8 %]). À l'inverse la Corse et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les régions avec les proportions de personnes piquées dans l'année les plus basses avec respectivement 1,7 % [1,0 % - 2,5 %] et 1,8 % [1,2 % - 2,4 %] (Carte 2).

CARTE 1 | Niveau d'incidence moyenne annuelle de la Borréliose de Lyme¹ selon la région

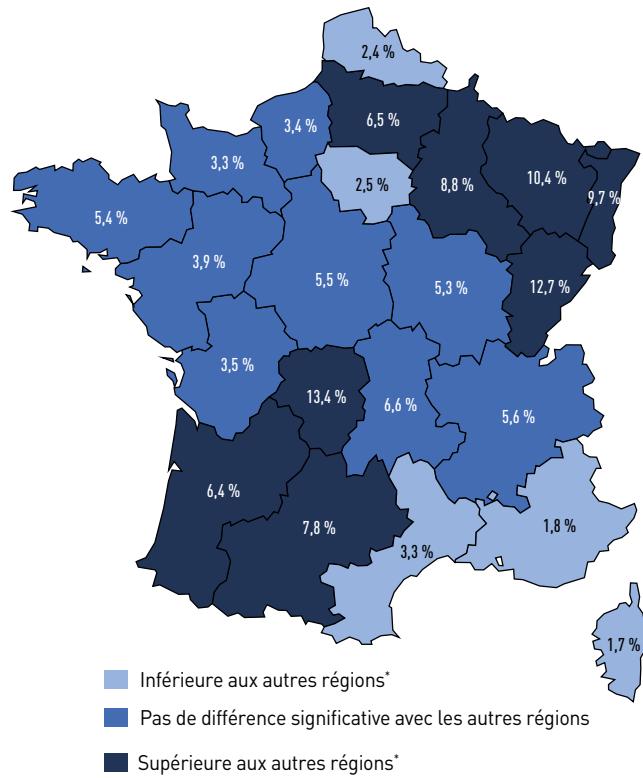


1. Niveaux d'incidence basés sur les données 2009-2023 du Réseau Sentinelles.

PLUS DE NEUF PERSONNES SUR DIX SE SENTANT EXPOSÉES AUX PIQUÈRES DE TIQUES DÉCLARENT APPLIQUER AU MOINS UNE MESURE DE PRÉVENTION LORS DES EXPOSITIONS À RISQUE

En 2024, 22,7 % [22,2 % - 23,3 %] des adultes déclarent se sentir exposés aux piqûres de tiques. Parmi eux, 91,8 % [91,1 % - 92,6 %] déclarent utiliser au moins une mesure de prévention. Il s'agit du port de vêtements longs et couvrants pour 81,3 % [80,2 % - 82,3 %] des personnes exposées, de l'utilisation de répulsifs cutanés pour 28,2 % [27,0 % - 29,4 %] d'entre eux et de la recherche de tiques sur le corps après une exposition pour 65,2 % [63,9 % - 66,5 %]. Les femmes déclarent plus souvent que les hommes utiliser ces mesures de protection avec 83,2 % [81,8 % - 84,5 %] vs 79,3 % [77,7 % - 80,8 %] pour le port de vêtements longs, 32,2 % [30,6 % - 33,9 %] vs 23,6 % [22,0 % - 25,4 %] concernant l'utilisation de répulsifs et 68,0 % [66,3 % - 69,6 %] vs 62,1 % [60,2 % - 64,0 %] pour la recherche de tique post-exposition (Figure 1).

CARTE 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une piqûre de tiques dans les 12 derniers mois selon la région de résidence



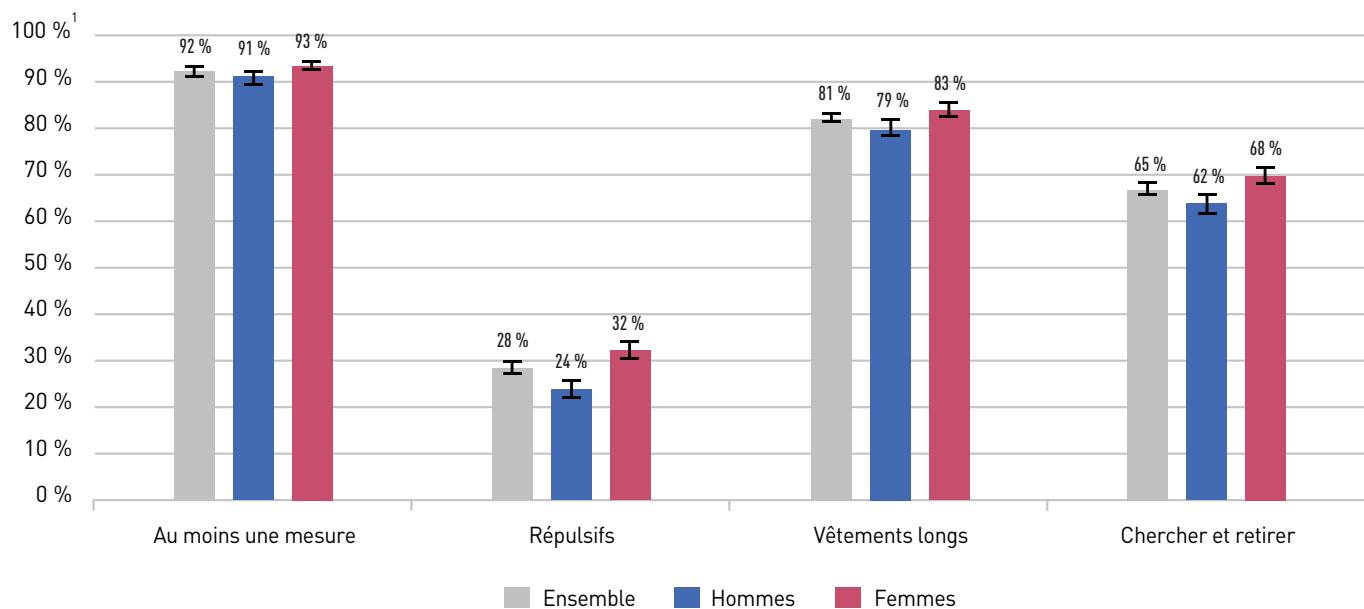
Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : 9,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Alsace déclarent avoir été piqués par une tique dans les 12 derniers mois. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

UN SENTIMENT D'INFORMATION SUR LA BORRÉLIOSE DE LYME PEU ÉLEVÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE

La proportion de personnes se sentant bien informées sur la Borréliose de Lyme est de 39,6 % [38,9 % - 40,2 %] en 2024, celle de personnes ne se sentant pas bien informé de 44,2 % [43,5 % - 44,9 %] et celle de personnes n'ayant jamais entendu parler de la Borréliose de Lyme de 16,3 % [15,7 % - 16,8 %]. Le sentiment de bonne information atteint 41,6 % [40,8 % - 42,5 %] chez les femmes, et 48,4 % [47,1 % - 49,6 %] chez les 60 ans et plus. Elle est également plus élevée en zone rurale (48,9 % [47,2 % - 50,6 %]) et dans les zones de haute incidence pour la Borréliose de Lyme (48,6 % [47,1 % - 50,2 %]). La proportion de sentiment de bonne information n'est que de 31,7 % [30,2 % - 33,1 %] chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans et de 31,9 % [30,2 % - 33,7 %] chez les personnes avec la situation financière perçue la moins favorable.

FIGURE 1 | Proportion d'adultes déclarant utiliser au moins une mesure de prévention, l'application de répulsifs sur la peau, le port de vêtements longs ou la recherche et le retrait des tiques après exposition, parmi les personnes se sentant exposées aux piqûres de tiques, selon le sexe, France hexagonale



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale.

DISCUSSION

En 2024, près de 5 % des adultes de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale déclarent avoir été piquée par une tique dans les douze derniers mois. Cette proportion est proche de celle rapportée lors des précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France (4 % en 2016 et 6 % en 2019) [1]. Comme attendu du fait de la proximité avec les zones favorables au développement et à l'activité des tiques (zones boisées, champs, prés, etc.), elle est plus élevée chez les personnes résidant en zone rurale. Elle est également plus élevée chez les personnes résidant dans les zones de haute incidence pour la Borréliose de Lyme, ce qui est cohérent avec le mode de transmission de la maladie. On observe les mêmes tendances concernant le sentiment d'exposition aux piqûres de tiques ainsi que sur l'utilisation des mesures de prévention. Ceci peut être dû à un mode de vie exposant plus fréquemment aux tiques (randonnées en forêt, jardins privés, etc.) mais également à une meilleure information ciblant les personnes les plus exposées. Ceci est confirmé par le meilleur sentiment de bonne information sur la Borréliose de Lyme dans ces groupes de population. Cependant, même si la proportion de personnes n'ayant jamais entendu parler de la Borréliose de Lyme est faible (16 %), le sentiment de bonne information dans la population adulte en France

hexagonale n'est que de 40 %. Cela pourrait être lié à un défaut d'accès à une information adaptée ou à la grande quantité d'informations sur la borréliose de Lyme parfois peu cohérentes véhiculées par les médias notamment.

L'ensemble de ces résultats seront approfondis dans des travaux ultérieurs afin d'exploiter l'ensemble des données explorées lors de cette enquête, et permettront de mieux expliquer les différences observées et de comparer ces données avec celles des précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France dont la méthode de recueil était différente. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Septfons A, Figoni J, Gautier A, Soullier N, de Valk H, Desenclos JC. Connaissances et pratiques de prévention contre la borréliose de Lyme et les piqûres de tiques en France métropolitaine : Baromètre santé 2019 et 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2022;(5):96-107. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/5/2022_5_1.html
- [2] Stanek G, Wormser GP, Gray J, Strle F. Lyme borreliosis. Lancet. 2012;379(9814):461-73
- [3] Boulanger N, Boyer P, Talagrand-Reboul E, Hansmann Y. Ticks and tick-borne diseases. Med Mal Infect. 2019;49(2):87-97
- [4] Bonnet S, Baize S, Bertagnoli S, Falchi A, Figoni J, et al. Analyse des risques pour la santé humaine et animale liés aux tiques du genre *Hyalomma* en France. Saisine n°2020-SA-0039, Anses. 2023, 300 p. [\(anses-04168421\)](#)
- [5] Réseau Sentinelles. Surveillance de la borréliose de Lyme. In : Bilan annuel 2024. Inserm. Médecine Sorbonne Université ; 2025. p. 102-108. <https://www.sentiweb.fr/document/6598>
- [6] CiTique. Les résultats de CiTIQUE : la carte de distribution des signalements de piqûre de tique (2017-2019). Février 2021. https://www.citique.fr/distribution_signalements_2019/
- [7] Septfons A, Figoni J, Gautier A, Soullier N, de Valk H, Desenclos J.C. Increased awareness and knowledge of Lyme Borreliosis and tick bite prevention among the general population in France: 2016 and 2019 health barometer survey BMC Public Health (2021) 21:1808. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11850-1>

AUTEURS

Julie Figoni¹, Anne Bernadou¹, Pascale Bernillon¹, Sophie Raguet¹, Emmanuelle Vaissière¹, Nicolas Vincent¹, Alexandra Septfons¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Changement climatique : impact des évènements climatiques extrêmes sur la santé

POINTS CLÉS

- **78,8 % des adultes déclarent avoir été confrontés à au moins un évènement climatique extrême** (inondation, tempête, canicule, feux de forêt, sécheresse) au cours des deux dernières années.
- Parmi eux, **37,2 % déclarent en avoir souffert physiquement**, et **22,5 % psychologiquement**.
- **Les femmes et les personnes en situation financière difficile** déclarent plus souvent une souffrance physique ou psychologique suite à un évènement climatique extrême.
- **Il existe des disparités régionales importantes**; la part des adultes déclarant avoir souffert physiquement ou psychologiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années varie de 25,5 % à la Réunion, à 51,3 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- **Plus de 70 % des adultes pensent être confrontés à un évènement extrême dans les deux prochaines années**, et parmi eux, plus de 70 % pensent en souffrir.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut un module de questions sur le changement climatique, comprenant les questions suivantes :

- « Au cours de ces 2 dernières années, avez-vous été confronté(e) chez vous ou ailleurs à : une inondation ? une tempête ? une canicule ? une sécheresse ? un feu de forêt ? ». Si la personne répondait « Oui » pour au moins un évènement, les deux questions suivantes étaient posées : « En avez-vous souffert physiquement ? » et « En avez-vous souffert psychologiquement ? ».
- « Pensez-vous être confronté(e) à un évènement climatique extrême dans les 2 prochaines années ? ». Si la personne répondait « Certainement » ou « Probablement », les deux questions suivantes étaient posées : « Pensez-vous que vous en souffrirez physiquement ? » et « Pensez-vous que vous en souffrirez psychologiquement ? ».

Les questions sur la souffrance physique et la souffrance psychologique ont été analysées séparément, et en les combinant : déclaration d'une souffrance physique, déclaration d'une souffrance psychologique, et déclaration d'une souffrance physique ou psychologique par une même personne. Pour les questions sur la souffrance physique et psychologique, les personnes ayant répondu « Tout à fait » ou « Plutôt » ont été regroupées pour l'analyse, et considérées comme déclarant avoir souffert.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » (< 1 %) ont été regroupées avec celles ayant répondu « Non ». Les personnes ayant répondu « Ne souhaite pas répondre » (< 0,1 %) ont été exclues.

Les réponses ont été collectées début 2024, les deux années précédentes correspondent donc à la période 2022-2023.

Évolutions : ces questions ont été posées pour la première fois en 2024 dans le Baromètre de Santé publique France, des analyses d'évolution ne sont donc pas possibles.

CONTEXTE

Le changement climatique fait désormais partie des principales préoccupations des Français [1]. Ses répercussions sur la santé sont un défi pour la santé publique [2]. L'augmentation de la fréquence, de l'intensité, et de la diffusion géographique des évènements climatiques extrêmes est une des manifestations les plus visibles du changement climatique. Ces évènements peuvent avoir des impacts graves et durables sur la santé physique et mentale des populations concernées [3, 4].

Il est cependant difficile d'estimer l'ampleur de ces impacts, d'autant que les systèmes de surveillance se concentrent principalement sur les effets immédiats les plus graves (décès, recours aux soins d'urgences). Ce panorama apporte pour la première fois une information sur l'exposition déclarée par la population à cinq types d'évènements extrêmes (inondations, tempêtes, canicules, feux de forêt, sécheresses) au cours des deux dernières années, et sur les effets ressentis sur la santé physique et mentale. Il interroge également sur la perception des impacts sur la santé à venir pour les deux prochaines années.

RÉSULTATS

PLUS DE TROIS ADULTES SUR QUATRE CONFRONTÉS À AU MOINS UN ÉVÈNEMENT CLIMATIQUE EXTRÊME AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

Moins d'un quart (21,2 %, intervalle de confiance à 95 % : [20,7 % - 21,8 %]) des adultes déclarent ne pas avoir été confrontés à un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années. La majorité déclare avoir été confrontés à deux évènements ou plus (54,2 % [53,5 % - 54,8 %]), et près d'un quart à un seul évènement (24,6 % [24,0 % - 25,2 %]). Des proportions similaires se retrouvent dans toutes les classes d'âge (Figure 1).

Les canicules sont les plus fréquemment mentionnées (par 70,3 % [69,7 % - 70,9 %] des adultes), suivies des sécheresses (48,9 % [48,3 % - 49,6 %]), des tempêtes (27,3 % [26,8 % - 27,9 %]), des feux de forêt (7,9 % [7,5 % - 8,2 %]), puis des inondations (6,0 % [5,7 % - 6,3 %]). L'exposition par type d'évènement varie peu selon l'âge, le sexe, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation financière perçue, sauf dans le cas des inondations où les personnes en situation financière difficile déclarent plus souvent y avoir été confrontées (8,9 % [8,0 % - 9,9 %]).

Il existe également des disparités régionales importantes, pour chacun des événements climatiques extrêmes considérés. Ainsi, la proportion d'adultes déclarant avoir été confrontés à une ou des inondations au cours des 2 dernières années varie de 4,5 % en Pays de la Loire à 21,0 % en Guyane. Cette proportion varie de 6,7 % en Guyane à 73,1 % à La Réunion pour les tempêtes, de 21,5 % à la Réunion à 79,9 % en Occitanie pour les canicules, de 26,2 % en Ile-de-France à 66,3 % en Occitanie pour les sécheresses, et de 0,3 % en Guadeloupe à 33,4 % en Corse pour les feux de forêt.

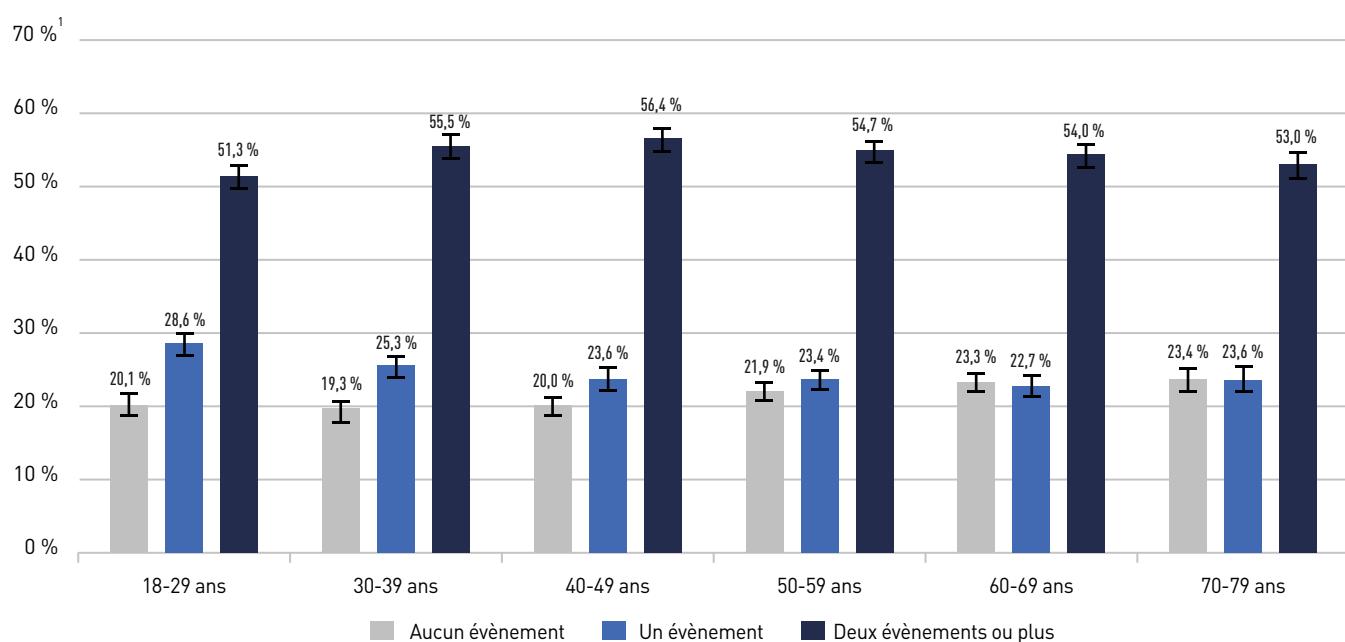
QUATRE ADULTES SUR DIX DÉCLARENT DES IMPACTS SUR LEUR SANTÉ

Être confronté à un ou plusieurs événements climatiques extrêmes a des effets sur la santé : 37,2 % [36,5 % - 37,9 %] des adultes concernés déclarent en avoir souffert physiquement, 22,5 % [21,9 % - 23,1 %] psychologiquement et 16,6 % [16,1 % - 17,1 %] en ont souffert à la fois physiquement et psychologiquement.

Toutes les classes d'âges sont concernées, la proportion de personnes déclarant avoir souffert étant toutefois plus importante parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus. Quelle que soit la classe d'âge, les femmes déclarent plus souvent avoir souffert physiquement (Tableau 1) ou psychologiquement (Tableau 2) d'au moins un événement climatique extrême.

Les personnes les moins diplômées et les employés déclarent plus souvent une souffrance physique (Tableau 1), et dans une moindre mesure une souffrance psychologique (Tableau 2). Plus la situation financière perçue est défavorable, plus les personnes déclarent avoir souffert physiquement (Tableau 1) ou psychologiquement (Tableau 2). Les personnes percevant des difficultés financières déclarent également plus souvent avoir subi à la fois une souffrance physique et une souffrance psychologique.

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir été confrontés à des événements climatiques extrêmes au cours des deux dernières années, selon l'âge



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 1 | Proportion¹ d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert physiquement d'un événement climatique extrême au cours des deux dernières années

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	4 943	29,9	[27,4 - 31,5]	26,3	[24,1 - 28,6]	33,5	[31,3 - 35,7]
30-39 ans	4 757	36,9	[35,3 - 38,7]	32,7	[30,2 - 35,2]	40,9	[38,6 - 43,2]
40-49 ans	5 052	37,3	[35,7 - 39,0]	32,0	[29,7 - 34,4]	42,4	[40,1 - 44,7]
50-59 ans	5 190	41,9	[40,2 - 43,5]	35,9	[33,5 - 38,3]	47,4	[45,1 - 49,7]
60-69 ans	4 709	39,9	[38,1 - 41,7]	33,7	[32,2 - 36,3]	45,2	[42,8 - 47,7]
70-79 ans	3 147	37,9	[35,8 - 40,0]	30,8	[27,9 - 33,9]	43,4	[40,5 - 46,2]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	7 383	40,0	[38,7 - 41,2]	35,2	[33,4 - 36,9]	44,8	[43,0 - 46,6]
Bac	6 644	34,2	[32,9 - 35,6]	29,7	[27,8 - 31,7]	38,3	[36,4 - 40,3]
Supérieur au Bac	12 371	36,0	[35,0 - 37,0]	29,3	[27,8 - 30,8]	41,4	[40,0 - 42,8]
PCS²		*		*			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 994	33,4	[30,8 - 36,0]	30,6	[27,4 - 33,9]	38,4	[34,1 - 42,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 728	35,8	[34,4 - 37,3]	30,5	[28,6 - 32,4]	42,9	[40,7 - 45,2]
Professions intermédiaires	7 434	36,4	[35,1 - 37,7]	30,0	[28,0 - 32,0]	41,5	[39,7 - 43,2]
Employés	6 838	41,7	[40,3 - 43,2]	35,5	[32,4 - 38,7]	43,4	[41,7 - 45,0]
Ouvriers	4 042	37,0	[35,2 - 38,8]	34,3	[32,3 - 36,4]	45,6	[41,7 - 49,6]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	3 992	29,7	[28,0 - 31,4]	24,7	[22,4 - 27,1]	34,6	[32,2 - 37,0]
Ça va	9 973	34,8	[33,7 - 35,9]	29,6	[28,0 - 31,2]	39,4	[37,8 - 41,0]
C'est juste	9 564	38,7	[37,5 - 39,9]	32,5	[30,8 - 34,3]	44,3	[42,6 - 45,9]
C'est difficile, endetté	4 269	45,6	[43,6 - 47,6]	41,9	[38,9 - 45,0]	48,9	[46,2 - 51,6]
Total	27 798	37,2	[36,5 - 37,9]	31,8	[30,8 - 32,9]	42,0	[41,0 - 43,0]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les adultes ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un événement climatique extrême au cours des 2 dernières années.

2. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Les * indiquent une association significative à ($p < 0,05$, test du chi2).

Note de lecture : Parmi les adultes de 18 à 29 ans ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un événement climatique extrême au cours des 2 dernières années, 29,9 % déclarent en avoir souffert physiquement.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Proportion¹ d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert psychologiquement d'un événement climatique extrême au cours des deux dernières années

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	4 943	19,0	[17,7 - 20,4]	15,6	[13,8 - 17,5]	22,4	[20,5 - 24,4]
30-39 ans	4 757	22,9	[21,5 - 24,4]	20,9	[18,8 - 23,1]	24,8	[22,8 - 26,8]
40-49 ans	5 052	22,1	[20,7 - 23,5]	19,0	[17,0 - 21,0]	25,0	[23,1 - 27,1]
50-59 ans	5 190	24,1	[22,7 - 25,5]	20,0	[18,1 - 22,1]	27,8	[25,8 - 29,9]
60-69 ans	4 709	23,9	[22,3 - 25,4]	19,9	[17,8 - 22,2]	27,3	[25,1 - 29,5]
70-79 ans	3 146	23,3	[21,5 - 25,1]	19,9	[17,4 - 22,5]	25,9	[23,4 - 28,5]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	8 782	22,7	[21,6 - 23,8]	19,8	[18,3 - 21,3]	25,6	[24,0 - 27,2]
Bac	6 644	20,1	[18,9 - 21,2]	16,8	[15,3 - 18,5]	23,0	[21,4 - 24,7]
Supérieur au Bac	12 371	23,5	[22,7 - 24,4]	19,6	[18,3 - 20,9]	26,7	[25,5 - 28,0]
PCS²		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 994	22,0	[19,8 - 24,3]	18,2	[15,6 - 21,0]	28,8	[24,8 - 32,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 728	23,5	[22,2 - 24,9]	19,3	[17,6 - 21,0]	29,2	[27,1 - 31,3]
Professions intermédiaires	7 434	22,2	[21,0 - 23,3]	17,5	[16,0 - 19,2]	25,8	[24,3 - 27,4]
Employés	6 838	24,0	[22,8 - 25,3]	22,8	[20,1 - 25,7]	24,4	[23,0 - 25,8]
Ouvriers	4 041	20,6	[19,1 - 22,2]	19,3	[17,6 - 21,1]	24,9	[21,6 - 28,4]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	3 992	19,3	[17,8 - 20,8]	16,0	[14,0 - 18,1]	22,5	[20,4 - 24,7]
Ça va	9 973	20,0	[19,1 - 21,0]	16,8	[15,6 - 18,1]	22,9	[21,6 - 24,2]
C'est juste	9 563	22,8	[21,7 - 23,8]	18,7	[17,2 - 20,1]	26,5	[25,0 - 28,0]
C'est difficile, endetté	4 269	30,0	[28,2 - 31,9]	28,2	[25,4 - 31,0]	31,6	[29,2 - 34,1]
Total	27 797	22,5	[21,9 - 23,1]	19,1	[18,2 - 19,9]	25,5	[24,7 - 26,4]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

1. Parmi les adultes ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un événement climatique extrême au cours des 2 dernières années.

2. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

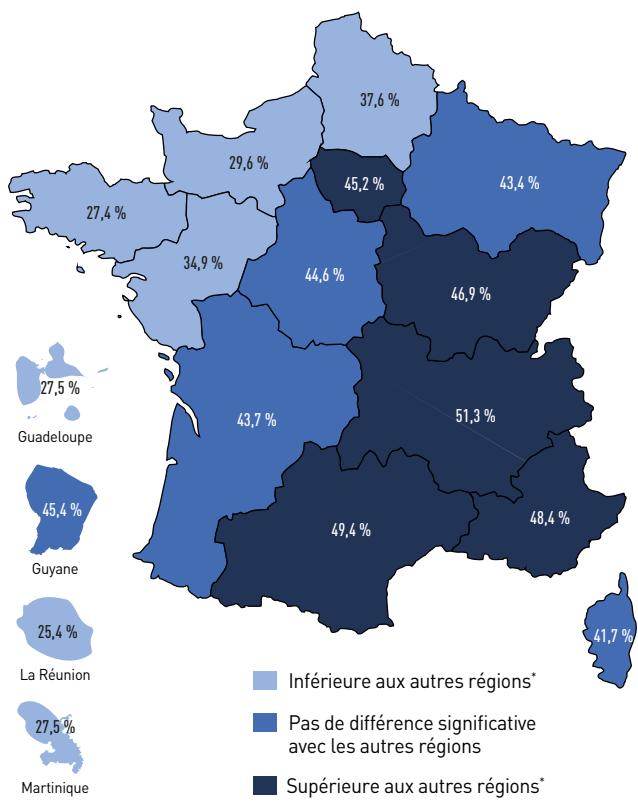
Les * indiquent une association significative à ($p < 0,05$, test du chi2).

Note de lecture : Parmi les adultes de 18 à 29 ans ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un événement climatique extrême au cours des 2 dernières années, 19,0 % déclarent en avoir souffert psychologiquement.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir été confrontées à au moins un évènement climatique extrême, quel qu'il soit, la part de personnes déclarant en avoir souffert physiquement ou psychologiquement varie de 25,4 % à la Réunion, à 51,3 % en Auvergne-Rhône-Alpes (Carte).

CARTE | Proportion¹ d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert physiquement ou psychologiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années, selon la région



1. Parmi les adultes ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un évènement climatique extrême au cours des 2 dernières années.

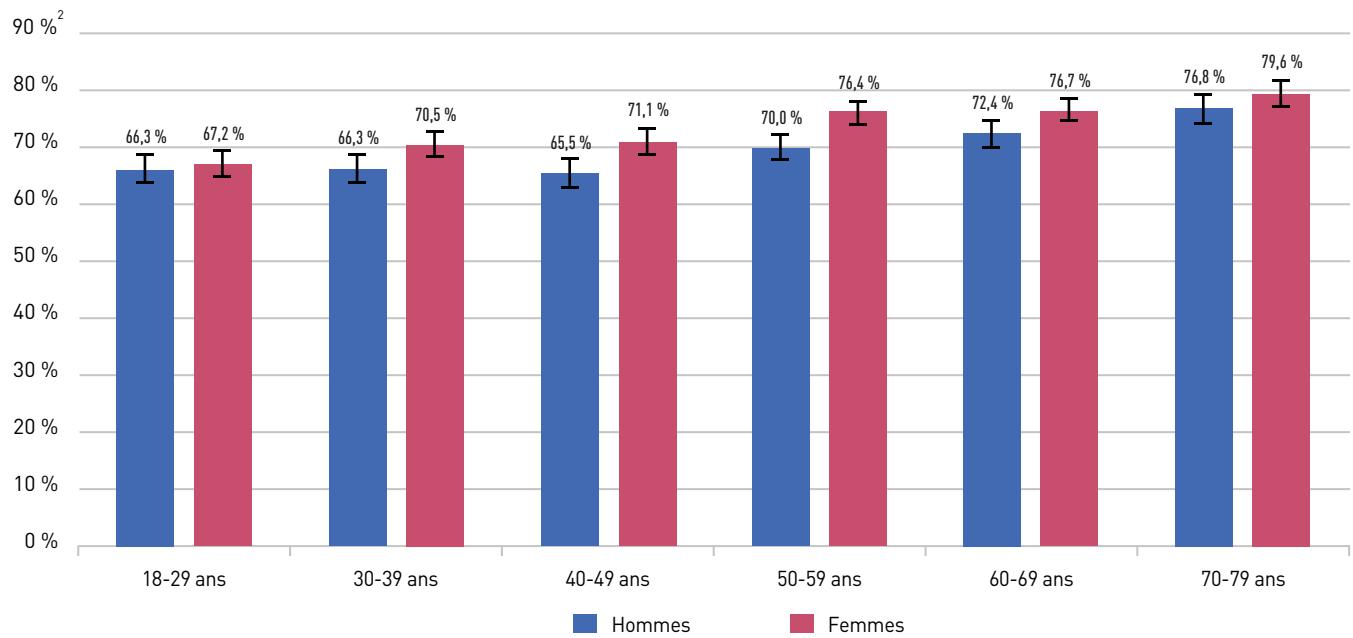
Les* indiquent une différence significative ($p < 0,05$, test du chi2), les comparaisons ont été réalisées avec standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »).

Note de lecture : parmi les adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en région Auvergne-Rhône-Alpes ayant déclaré avoir été confrontés à au moins un évènement climatique extrême au cours des 2 dernières années, 51,3 % déclarent en avoir souffert physiquement ou psychologiquement. À structure d'âge, de sexe et de mode de collecte comparables, une différence significative est observée entre cette région et le reste du territoire.

UNE INQUIÉTUDE MARQUÉE POUR LES PROCHAINES ANNÉES

Plus de 73 % (73,6 % [73,0 % - 74,2 %]) des adultes pensent être confrontés à au moins un des cinq évènements climatiques extrêmes dans les deux prochaines années. Parmi eux, 71,3 % [70,6 % - 72,0 %] pensent que ces évènements pourront les impacter physiquement ou psychologiquement. Selon les régions, 55,4 % à 80,1 % des adultes pensent être confrontés à un ou des évènements climatiques extrêmes dans les deux prochaines années et parmi eux, 56,6 % à 76,3 % pensent en souffrir physiquement ou psychologiquement.

Il y a peu de différence par sexe, mais l'expression d'une inquiétude est plus marquée pour les personnes les plus âgées (Figure 2). Les personnes les plus diplômées (79,7 % [78,9 % - 80,5 %]) et les cadres (79,7 % [78,5 % - 80,8 %]) pensent plus souvent être confrontés à un évènement climatique extrême au cours des deux prochaines années. En revanche, la crainte que ces évènements se traduisent par une souffrance physique ou psychologique est plus marquée parmi les moins diplômés (76,6 % [75,4 % - 77,7 %]) et les employés et ouvriers (74,5 % [73,2 % - 75,8 %] et 74,8 % [73,1 % - 76,4 %] respectivement). Plus la situation financière perçue est défavorable, plus les personnes qui pensent être confrontés à un évènement climatique à l'avenir craignent des répercussions sur leur santé physique ou psychique.

FIGURE 2 | Proportion¹ d'adultes de 18-79 ans pensant souffrir physiquement ou psychologiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux prochaines années, selon le sexe et l'âge

1. Parmi les adultes pensant être confrontés à un évènement climatique extrême au cours des 2 prochaines années.

2. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 mettent en évidence un impact déjà visible des évènements climatiques extrêmes sur la santé des Français, et soulignent la place centrale des inégalités sociales et territoriales dans les effets déclarés.

L'enquête a interrogé certains évènements climatiques, sans être exhaustive des conséquences du dérèglement climatique. Notamment, les ouragans et cyclones n'étaient pas inclus, ce qui est à prendre en compte pour l'interprétation des résultats concernant les territoires d'outre-mer.

Or, les projections réalisées par Météo-France pour accompagner l'adaptation à un réchauffement de + 4 °C

à l'horizon 2100 en France soulignent qu'il faut s'attendre dès à présent à une augmentation très marquée en nombre, en intensité et en durée des évènements climatiques extrêmes. Les canicules seront notamment plus nombreuses, et plus intenses, avec des températures de 50 °C possibles dès 2050 en France hexagonale. Le risque de feux de forêt deviendra élevé dans toutes les régions, et le risque de submersion marine lors des tempêtes augmentera fortement [5].

Ainsi, des mesures ambitieuses pour s'adapter à ces évènements, tout en réduisant les inégalités sociales, et les émissions de gaz à effet serre, sont essentielles pour préserver la santé des générations présentes et futures. Les mesures d'adaptation doivent cibler l'ensemble des régions et toutes les populations, y compris celles qui pensent aujourd'hui ne pas être concernées. ●

RÉFÉRENCES

- [1] IRSN, Baromètre 2024 - La perception des risques et de la sécurité des français. 2024. p. 1:64
- [2] WHO, Climate Change and Human Health: Impact and adaptation [En ligne]. 2020, WHO: Geneva. p. 48
- [3] Cissé, G., et al., Chapter 7. Health, wellbeing and the changing structure of communities, in Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability, Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change, Editor. 2021, Cambridge University Press. p. 181
- [4] Weilnhammer, V., et al., Extreme weather events in europe and their health consequences – A systematic review. International Journal of Hygiene and Environmental Health, 2021. 233
- [5] Soubeyroux, J.-M., et al., À quel climat s'adapter en France selon la TRACC ? partie 2 - Variabilité, extrêmes et impacts climatiques. 2025, Meteo-France. p. 46

AUTEURS

Mathilde Pascal¹, Arnaud Mathieu¹, Karine Laaidi¹, Aude D'Arco¹
1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Prévention « canicule » : exposition aux messages de prévention et connaissances

POINTS CLÉS

- En 2024, en France hexagonale, **près de 9 adultes sur 10** déclarent avoir été exposés aux messages de prévention « canicule » au cours de l'été.
- Le niveau de connaissance des symptômes d'un coup de chaleur à risque vital (propos incohérents et fièvre) diminue avec l'âge : **moins d'un tiers des personnes âgées de 60 ans et plus** reconnaît ces symptômes.
- Plus de 9 personnes sur 10** âgées de 18 à 79 ans déclarent limiter leur activité physique en période de canicule.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut pour la première fois un module dédié à la prévention des risques sanitaires en lien avec la canicule. La population résidant en France hexagonale a notamment été interrogée sur ses connaissances des symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation (« *Les symptômes suivants peuvent-ils être liés aux fortes chaleurs : avoir des maux de tête, avoir des crampes musculaires, tenir des propos incohérents, connaître une fatigue inhabituelle, avoir de la fièvre, avoir des vertiges et des nausées* »). En revanche, les questions relatives à l'adoption des gestes de prévention n'ont pas été incluses en raison de travaux récents en la matière.

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses pour les indicateurs portant sur l'exposition aux messages de prévention, leur impact sur le comportement et la limitation des efforts physiques en période de canicule. Pour les indicateurs portant sur la connaissance des symptômes, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ont été regroupées avec celles ayant répondu « Non » et celles ayant répondu « Ne souhaite pas répondre » ont été exclues.

Évolutions : Ces questions ont été posées pour la première fois en 2024 dans le Baromètre de Santé publique France, des analyses d'évolution ne sont donc pas possibles.

CONTEXTE

Suite à l'épisode caniculaire exceptionnel de 2003, la France hexagonale s'est dotée d'un plan canicule¹ pour anticiper et prévenir les risques sanitaires d'une exposition aux fortes chaleurs. En termes de prévention, ce plan comprend des mesures de gestion et des actions auprès de la population pour favoriser l'adoption de gestes protecteurs individuels et reconnaître les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation. Le dispositif, proposé par Santé publique France [1], comprend des outils papier (affiches, dépliants) mis à disposition des professionnels au mois de mai [2], des bannières digitales à destination de la population générale dès qu'une canicule concerne un département et des spots radio et télé diffusés en cas de canicule géographiquement étendue. Ces outils audio-visuels mettent en scène différentes populations vulnérables à la chaleur (personnes âgées, enfants, sportifs et travailleurs) dans le cadre d'une approche affinitaire. Par ailleurs, les médias relaient largement les messages de prévention, en particulier au décours de chaque épisode caniculaire qui sont de plus en plus fréquents depuis une dizaine d'années [3].

En dépit de ces actions, des passages aux urgences pour des pathologies en lien avec la chaleur et des excès de mortalité sont observés chaque été, et en particulier en période de canicule. À titre d'exemple, plus de 17 000 recours aux soins d'urgence pour coup de chaleur, déshydratation ou hyponatrémie² (avec un doublement du nombre quotidien de ces recours aux soins en période de canicule) et plus de 3 700 décès attribuables à une exposition de la population à la chaleur ont été recensés du 1^{er} juin au 15 septembre 2024 [4].

Il convient donc, à travers cette synthèse, de faire le point sur le niveau d'exposition de la population aux messages de prévention « canicule » et de mesurer leur niveau de connaissances des symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation, selon des caractéristiques socio-démographiques.

RÉSULTATS

PRESQUE TOUS LES ADULTES RÉSIDANT EN FRANCE HEXAGONALE SONT EXPOSÉS AUX MESSAGES DE PRÉVENTION « CANICULE »

En 2024, près de 9 adultes résidant en France hexagonale sur 10 déclarent se souvenir « avoir vu, lu ou entendu des messages concernant la prévention des risques sanitaires liés à la canicule au cours de l'été » (Tableau 1). Ils sont même 92,0 % (intervalle de confiance à 95 % : [91,6 % - 92,5 %]) parmi les personnes déclarant avoir vécu une canicule au cours des deux années précédentes. Des différences apparaissent toutefois selon des caractéristiques socio-démographiques. En particulier, les hommes, les jeunes adultes, les personnes les moins diplômées ainsi que celles déclarant des difficultés financières sont statistiquement moins nombreux à déclarer avoir été exposés à ces messages de prévention.

Plus de la moitié des personnes ayant été exposées aux messages de prévention « canicule » déclarent que ces messages ont eu un impact sur leur comportement (Tableau 1). Les femmes, les personnes âgées et les personnes déclarant une situation financière difficile sont plus nombreux à déclarer modifier leur comportement suite à l'exposition aux messages de prévention « canicule ».

UNE CONNAISSANCE VARIABLE DES SYMPTÔMES D'UN COUP DE CHALEUR ET D'UNE DÉHYDRATATION

L'identification des différents « symptômes qui peuvent être liés aux fortes chaleurs » est variable selon la nature du symptôme et des caractéristiques socio-démographiques (Tableau 2). Environ trois quarts de la population résidant en France hexagonale reconnaissent les signes des premiers symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation que sont les maux de tête ou les nausées. En revanche, les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation pouvant entraîner un risque vital comme les propos incohérents ou la fièvre sont moins souvent cités par la population.

Quel que soit le symptôme, le niveau de connaissance des symptômes associés à un coup de chaleur ou à une déshydratation diminue avec l'âge. Par exemple, seul un peu plus d'un tiers des personnes âgées de 70 à 79 ans identifient les vertiges ou nausées comme pouvant être liés aux fortes chaleurs.

1. Devenu instruction interministérielle relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France métropolitaine en 2021.

2. Diminution de la concentration de sel dans le sang, qui peut résulter d'un apport excessif d'eau par rapport au sodium (sel), ou d'un excès de perte de sel par rapport à l'élimination en eau.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir été exposés aux messages de prévention « canicule » et proportion déclarant que ces messages ont eu un impact sur leur comportement, France hexagonale

	n	Exposition aux messages de prévention		n	Impact des messages sur le comportement ¹	
		%	IC 95 %		%	IC 95 %
Sexe		*			*	
Homme	13 695	88,0	[87,3 - 88,7]	9 035	55,2	[54,0 - 56,3]
Femme	15 472	89,9	[89,3 - 90,4]	10 685	63,9	[62,9 - 65,0]
Âge		*			*	
18-29 ans	5 138	87,0	[85,8 - 88,1]	3 553	55,5	[53,6 - 57,4]
30-39 ans	4 719	88,9	[87,3 - 90,0]	3 375	54,8	[52,8 - 56,7]
40-49 ans	5 136	88,6	[87,4 - 90,0]	3 586	59,1	[57,2 - 60,9]
50-59 ans	5 426	90,2	[89,2 - 91,2]	3 639	62,8	[61,0 - 64,5]
60-69 ans	5 135	89,8	[88,7 - 90,8]	3 307	64,2	[62,2 - 66,1]
70-79 ans	3 613	89,6	[88,2 - 90,8]	2 260	64,5	[62,2 - 66,8]
Niveau de diplôme		*			*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	9 462	86,0	[85,1 - 86,8]	5 747	60,5	[59,0 - 61,9]
Bac	6 947	89,5	[88,6 - 90,4]	4 656	60,1	[58,5 - 61,7]
Supérieur au Bac	12 758	92,1	[91,5 - 92,6]	9 317	58,8	[57,8 - 60,1]
Situation financière perçue		*			*	
À l'aise	4 428	91,4	[90,4 - 92,4]	3 140	56,7	[54,9 - 58,9]
Ça va	10 969	89,4	[88,7 - 90,1]	7 388	60,1	[58,8 - 61,4]
C'est juste	9 994	89,5	[88,7 - 90,2]	6 736	60,5	[59,2 - 61,8]
C'est difficile, endetté	3 776	84,5	[83,0 - 85,9]	2 456	60,0	[57,7 - 62,3]
Total	29 167	89,0	[88,5 - 89,4]	19 720	59,8	[59,0 - 60,6]

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes déclarant avoir été exposées aux messages de prévention.

Note de lecture : 87,0 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir été exposés aux messages de prévention « canicule ».

Champ géographique : France hexagonale.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant connaître les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation, France hexagonale

	Fatigue inhabituelle		Maux de tête		Vertiges ou Nausées		Crampes		Propos incohérents		Fièvre	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexe	*		*		*		*		*		*	
Homme	84,3	[83,5 - 85,1]	75,4	[74,6 - 76,3]	67,2	[66,3 - 68,1]	54,4	[53,4 - 55,4]	43,5	[42,5 - 44,5]	39,6	[38,7 - 40,6]
Femme	88,4	[87,7 - 89,0]	81,9	[81,2 - 82,6]	71,7	[70,8 - 72,5]	52,8	[51,9 - 53,7]	46,8	[45,9 - 47,7]	42,9	[42,0 - 43,8]
Âge	*		*		*		*		*		*	
18-29 ans	89,0	[87,8 - 90,1]	89,1	[87,9 - 90,2]	82,9	[81,6 - 84,2]	53,8	[52,1 - 55,4]	54,3	[52,6 - 55,9]	50,4	[48,8 - 52,1]
30-39 ans	90,3	[89,1 - 91,3]	87,9	[86,7 - 89,1]	81,7	[80,4 - 83,1]	59,1	[57,4 - 60,7]	58,1	[56,5 - 59,8]	46,4	[44,7 - 48,0]
40-49 ans	88,7	[87,6 - 89,8]	85,7	[84,4 - 86,8]	76,8	[75,4 - 78,2]	60,7	[59,1 - 62,2]	52,8	[51,2 - 54,4]	44,9	[43,4 - 46,5]
50-59 ans	88,5	[87,4 - 89,5]	81,1	[79,8 - 82,3]	70,0	[68,6 - 71,5]	56,0	[54,4 - 57,5]	43,6	[42,0 - 45,1]	41,0	[39,4 - 42,5]
60-69 ans	84,1	[82,8 - 85,3]	68,7	[67,1 - 70,2]	56,8	[55,2 - 58,4]	50,0	[48,4 - 51,7]	34,4	[32,9 - 35,9]	34,3	[32,8 - 35,8]
70-79 ans	75,2	[73,4 - 76,9]	53,7	[51,8 - 55,6]	41,4	[39,5 - 43,3]	38,4	[36,5 - 40,2]	22,4	[20,9 - 24,1]	27,0	[25,3 - 28,7]
Niveau de diplôme	*		*		*		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	79,2	[78,2 - 80,2]	69,2	[68,1 - 70,3]	58,1	[57,0 - 59,3]	47,5	[46,3 - 48,7]	33,2	[32,2 - 34,3]	34,5	[33,4 - 35,6]
Bac	89,5	[88,6 - 90,3]	83,4	[82,4 - 84,4]	75,5	[74,4 - 76,7]	54,7	[53,4 - 60,7]	49,2	[47,9 - 50,6]	45,5	[44,1 - 46,8]
Supérieur au Bac	92,8	[92,2 - 93,3]	87,0	[86,3 - 87,6]	79,0	[78,2 - 79,8]	59,7	[58,8 - 60,7]	56,5	[55,5 - 57,4]	46,6	[45,7 - 47,6]
Situation financière perçue	*		*		*		*		*		*	
À l'aise	89,7	[88,5 - 90,8]	81,5	[80,1 - 82,9]	71,6	[70,1 - 73,2]	56,3	[54,8 - 58,2]	50,0	[48,4 - 51,7]	43,6	[42,0 - 45,3]
Ça va	87,3	[86,5 - 88,1]	77,8	[76,9 - 78,8]	69,0	[68,0 - 70,0]	52,9	[51,8 - 54,0]	45,3	[44,2 - 46,3]	41,8	[40,8 - 42,9]
C'est juste	84,9	[84,0 - 85,8]	78,0	[77,0 - 79,0]	68,9	[67,8 - 70,0]	53,5	[52,3 - 54,6]	44,3	[43,1 - 45,4]	40,4	[39,3 - 41,5]
C'est difficile, endetté	85,0	[83,5 - 86,4]	80,5	[78,8 - 82,0]	70,2	[68,4 - 72,0]	52,7	[50,8 - 54,6]	43,1	[41,2 - 45,0]	40,3	[38,4 - 42,2]
Total	86,4	[85,9 - 86,9]	78,8	[78,2 - 79,3]	69,5	[68,9 - 70,2]	53,6	[52,9 - 54,2]	45,2	[44,5 - 45,9]	41,3	[40,7 - 42,0]

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

Question posée : Selon vous, les symptômes suivants peuvent-ils être liés aux fortes chaleurs ?

Note de lecture : 84,3 % des hommes déclarent qu'une fatigue inhabituelle peut être liée aux fortes chaleurs.

Champ géographique : France hexagonale.

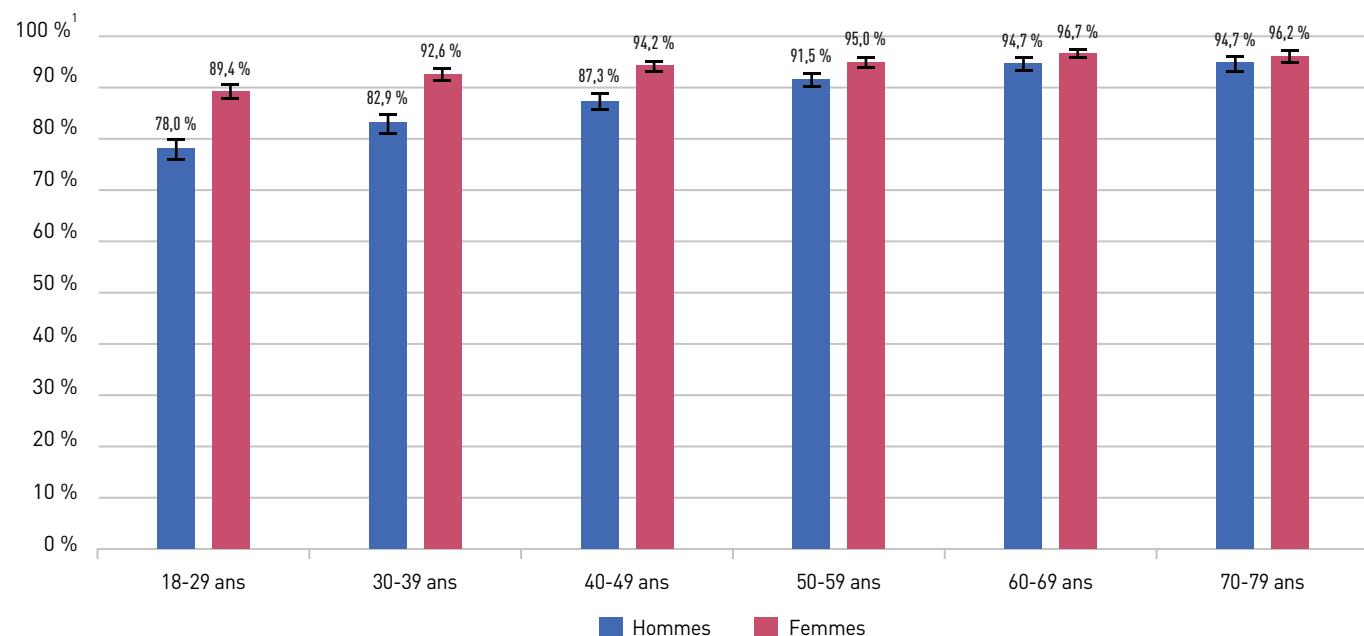
UNE ADAPTATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE LARGEMENT ADOPTÉE

Plus de 9 personnes sur 10 âgées de 18 à 79 ans et résidant en France hexagonale déclarent limiter leur activité physique en période de canicule (90,9 % [90,5 % - 91,3 %]). Toutefois, les hommes déclarent moins souvent limiter leur activité physique (87,7 % [87,0 % - 88,3 %]) que les femmes (93,9 % [93,5 % - 94,4 %]) ($p < 0,05$). La proportion de personnes limitant leur activité physique augmente avec l'âge (Figure 1), aussi bien parmi les femmes que parmi les hommes. En revanche, la limitation de l'activité physique apparaît moins fréquente chez les personnes en situation financière difficile (88,3 % [87,0 % - 89,5 %]) que parmi les personnes se déclarant à l'aise financièrement (91,3 % [90,3 % - 92,2 %]).

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 montrent que la population résidant en France hexagonale, dans sa grande majorité (89,0 % [88,5 % - 89,4 %]), est sensibilisée aux messages de prévention « canicule ». Pour autant, environ 60 % des personnes exposées aux messages « prévention » déclarent qu'ils ont eu un impact sur leur comportement. Cet écart entre l'exposition aux messages et l'impact sur l'adaptation du comportement trouve une justification dans une enquête par quotas menée en 2022 par Santé publique France auprès d'un échantillon de 2000 individus. Dans cette étude, l'absence de changement de comportement était justifiée dans la majorité des cas (88 %) par le fait que les personnes interrogées appliquaient déjà ces gestes (résultats non publiés).

FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant limiter leur activité physique en période de fortes chaleurs, selon le sexe et l'âge, France hexagonale



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.
Champ géographique : France hexagonale.

Au-delà de ce très haut niveau de sentiment d'information, les disparités socio-démographiques observées témoignent de la nécessité d'accorder une attention particulière et de renforcer la prévention auprès de certaines populations sous des formes plus appropriées, comme par exemple des actions spécifiques à destination des jeunes adultes. Pour ces derniers, il est notamment important de rappeler que la vulnérabilité à la chaleur est aussi liée à une surexposition à la chaleur en lien avec des conditions de vie, de travail ou des comportements individuels chez des personnes en bonne santé. La connaissance des symptômes pouvant être associés aux fortes chaleurs varie selon leur nature. La fatigue qui est ressentie par une grande partie de la population est le symptôme le mieux identifié [5].

Compte tenu du sentiment de moindre exposition aux messages de prévention, d'une moins bonne connaissance des principaux symptômes liés aux fortes chaleurs et d'une moindre limitation de l'activité physique en période de fortes chaleurs que le reste de la population, un renforcement des actions de prévention auprès des populations financièrement en difficulté pourrait prendre la forme d'actions de proximité ou d'aide en complément des messages portant sur les comportements à adopter. Pour l'ensemble de la population, une approche pédagogique explicitant les mécanismes en jeu dans la survenue de symptômes en lien avec une exposition à la chaleur serait probablement bénéfique pour améliorer l'adhésion aux gestes favorables à la santé. Elle pourrait compléter les conseils et astuces proposés par le site [vivre avec la chaleur](#) pour adapter ses habitudes au quotidien dès que les températures augmentent [6].

Ce premier état des connaissances en matière de prévention de la canicule au sein du Baromètre de Santé publique France confirme la nécessité d'études *ad hoc* pour mieux comprendre non seulement les circonstances d'exposition aux fortes chaleurs, mais aussi les attitudes et les comportements durant ces périodes afin de mener une réflexion pour faire évoluer le dispositif de prévention canicule en dégageant notamment des spécificités en fonction des différentes populations. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Santé publique France. Canicule : dispositif d'alerte et de surveillance et dispositif de prévention de Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2024. 10 p.
- [2] Santé publique France. Fortes chaleurs, canicule, outils. 20 août 2025. [Canicule et fortes chaleurs : prévenir les risques](#) – Santé publique France
- [3] Météo-France. Canicule, pic ou vague de chaleur. 5 juillet 2025. [Canicule, pic ou vague de chaleur ? | Météo-France](#)
- [4] Santé publique France. Chaleur et santé. Bilan de l'été 2024 – 11 mars 2025. [Chaleur et santé. Bilan de l'été 2024](#)
- [5] Verrier A, Rey J, Salvaing L, Gorza M, Bonmarin I. Freins à l'adoption des gestes de prévention en période de canicule. Bull Epidemiol Hebd. 2022 ; 6 : 116-121
- [6] Santé publique France. Vivre avec la chaleur. [Vivre avec la chaleur](#) (site internet consulté le 19 août 2025)

AUTRICE

Agnès Verrier¹

1. Santé publique France

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Inégalités de santé : le poids des déterminants sociaux

POINTS CLÉS

- Des inégalités socio-économiques sont systématiquement observées pour tous les indicateurs étudiés.
- Les personnes socialement défavorisées sont systématiquement en moins bon état de santé générale, physique et mentale que les personnes socialement plus favorisées.
- Le tabagisme et l'insuffisance d'activité physique concernent davantage les catégories sociales défavorisées alors que le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées.
- Des écarts s'observent selon le sexe : globalement les femmes fument et boivent moins que les hommes et sont plus concernées par les messages de prévention, cependant elles se perçoivent en moins bonne santé et déclarent plus souvent des troubles de santé mentale (épisodes dépressifs, troubles anxieux généralisés), des plaintes d'insomnie tandis que les hommes déclarent plus souvent des problématiques de santé physique (diabète, hypertension artérielle).
- L'insécurité alimentaire est plus fréquente chez les jeunes adultes et les personnes se déclarant en difficultés financières.
- Plus d'une personne sur cinq (22 %) déclare avoir connu des discriminations au cours des cinq dernières années.

MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ».

La synthèse sur les inégalités de santé compile les principaux résultats de chaque thématique, décrits selon le sexe et la position socio-économique, afin d'en dégager une lecture transversale centrée sur les inégalités sociales de santé (ISS). Des analyses sur le statut migratoire, en lien avec les autres déterminants sociaux, feront l'objet de travaux ultérieurs.

L'édition 2024 introduit deux nouvelles thématiques en lien avec les ISS : l'insécurité alimentaire et les discriminations. L'insécurité alimentaire correspond au fait de ne pas avoir accès de manière régulière à des aliments sains et nutritifs en quantité suffisante, du fait de l'indisponibilité de nourriture ou un manque de ressources pour s'en procurer. Elle a été évaluée à l'aide de l'échelle de mesure *Food insecurity experience scale* (FIES) proposée par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) [1]. Les questions ont été posées uniquement aux personnes déclarant une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée ». Nous nous intéressons à l'analyse de la question suivante : « au cours des douze derniers mois, avez-vous été confronté à la situation suivante par manque d'argent ou d'autres moyens : ne pas avoir mangé alors que vous aviez faim ? ». Un traitement de la non-réponse partielle par imputation (cf. synthèse « Méthode de l'enquête ») en cas de réponse manquante (« ne sait pas » ou « ne souhaite pas répondre ») a été réalisé.

Les discriminations, telles que définies par la défenseure des droits, désignent tout traitement défavorable envers une personne ou un groupe de personnes en raison de critères définis par la loi (origine, handicap, sexe, religion, orientation sexuelle, etc.) dans un domaine déterminé prévu par la loi (accès à un emploi, un service, un logement, etc.) [2]. Elles ont été mesurées, à l'aide de questions issues de l'enquête Trajectoires et Origines 1 de l'Ined [3]. Les résultats présentés ici se limitent à une première analyse descriptive des réponses à la question « Pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années ? ». Les personnes ayant répondu « ne sait pas » ou « ne souhaite pas répondre » ($n = 118$; < 0,01 %) ont été exclues des analyses pour l'estimation des prévalences.

Des analyses plus approfondies de ces deux thématiques seront présentés ultérieurement.

CONTEXTE

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences systématiques dans l'état de santé, observées entre des groupes sociaux. Elles sont socialement construites et donc évitables. Leur surveillance est une des recommandations clés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Haut Conseil de la santé publique en France. Elle est inscrite dans la stratégie nationale de santé et se décline dans les missions des agences régionales de santé [4,5].

Les inégalités sociales de santé, observées pour les pathologies chroniques comme infectieuses, résultent d'une inégalité de distribution des déterminants sociaux. Ces derniers désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Ils influent sur les comportements en faveur ou défaveur de la santé, qui vont aboutir à un état de santé socialement différencié de la population, selon les groupes sociaux [6].

En France, bien que la lutte contre les ISS soit inscrite comme une priorité de santé publique, le manque de données sociales, dans les bases médico-administratives, les systèmes de surveillance sanitaires ou les grandes enquêtes nationales de santé ou encore dans les dossiers médicaux reste un frein à leur prise en compte par les acteurs et les décideurs [7].

Le programme Inégalités sociales et territoriales de santé/Équité en Santé, développé par Santé publique France en partenariat avec des équipes de recherche et renforcé depuis la crise Covid, répond en partie à cet enjeu, en structurant et en systématisant la collecte des déterminants sociaux permettant de mesurer, à minima, la position sociale des individus (sexe, origine migratoire, éducation, emploi et ressources financières) dans toutes

les grandes enquêtes de l'agence. L'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France intègre, en plus de ces données socles sur la position sociale, deux modules complémentaires de questions en lien avec les ISS : un sur l'insécurité alimentaire et un sur les discriminations.

Grâce au caractère multithématisé du Baromètre de Santé publique France, l'objectif de cette synthèse est de dresser un premier panorama national descriptif des inégalités de santé selon le sexe et la position socio-économique en 2024.

RÉSULTATS

DES COMPORTEMENTS EN SANTÉ GLOBALEMENT PLUS FAVORABLES CHEZ LES FEMMES

Globalement, les hommes fument et boivent davantage que les femmes : en 2024, la prévalence du tabagisme quotidien s'élève à 15,3 % chez les femmes et 19,7 % chez les hommes. En comparaison avec les précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France, cet écart entre les hommes et les femmes a tendance à se réduire. Les femmes sont aussi moins concernées par la consommation d'alcool que les hommes : elles déclarent moins souvent avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière semaine (47,7 % contre 62,3 % des hommes) et avoir eu une consommation dépassant les repères à moindre risque¹ au cours de la dernière semaine (14,6 % contre 30,3 %). Si les écarts de consommation entre les femmes et les hommes sont importants pour toutes les classes d'âge, ce sont chez les 18-29 ans que cet écart est le moins marqué. Concernant la pratique d'activité physique, des

1. Ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ; ne pas consommer plus de deux verres par jour ; avoir des jours sans consommation dans une semaine.

différences sont observées selon le sexe et l'âge. La proportion d'adultes déclarant une activité physique régulière dans le cadre des loisirs est plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes pour les classes d'âge entre 18 et 49 ans (45,0 % chez les hommes contre 32,3 % chez les femmes pour les 18-29 ans ; 40,1 % contre 34,6 % pour les 30-39 ans ; 38,4 % contre 35,4 % pour les 40-49 ans), alors que la tendance s'inverse à partir de 50 ans (39,8 % chez les femmes contre 36,4 % chez les hommes pour les 50-59 ans ; 47,6 % contre 46,6 % pour les 60-69 ans ; 45,2 % contre 43,8 % pour les 70-79 ans).

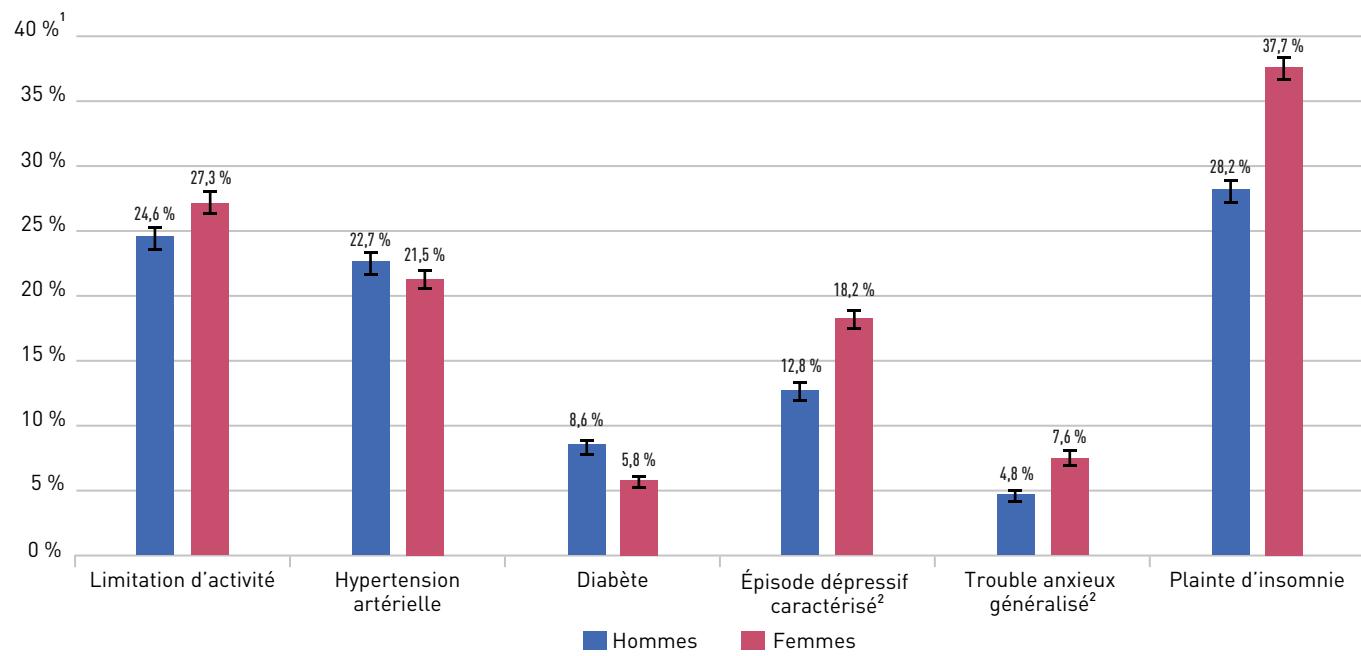
UNE SANTÉ PERÇUE ET UNE SANTÉ MENTALE MOINS BONNE CHEZ LES FEMMES, DES INDICATEURS DE SANTÉ PHYSIQUE PLUS DÉFAVORABLES CHEZ LES HOMMES

Les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes. Elles sont 65,8 % à déclarer avoir une santé perçue « bonne » à « très bonne » et 27,3 % à déclarer des limitations d'activités contre respectivement 70,3 % et 24,6 % chez les hommes (Figure 1). A contrario, les hommes sont plus nombreux à déclarer être touchés par le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) : la prévalence

du diabète déclaré chez les hommes atteint 8,6 % contre 5,8 % chez les femmes (l'écart s'accentue avec l'âge), et celle de l'HTA déclarée est de 22,7 % chez les hommes contre 21,5 % chez les femmes.

Sur le plan de la santé mentale, les femmes apparaissent plus concernées que les hommes par la dépression et l'anxiété (et ce quelle que soit la classe d'âge), mais aussi par les pensées et tentatives suicidaires (en particulier chez les 18-29 ans). La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est de 18,2 % parmi les femmes (contre 12,8 % parmi les hommes), celle du trouble anxieux généralisé de 7,6 % (contre 4,8 %), celle des pensées suicidaires de 5,6 % (contre 4,8 %) et celle des tentatives de suicide au cours de la vie de 7,1 % (contre 3,6 %). Les femmes sont aussi plus enclines que les hommes à avoir un recours thérapeutique (consultation d'un professionnel de santé ou suivi d'une psychothérapie, ou consommation de médicaments pour les nerfs ou pour dormir), en cas d'épisode dépressif caractérisé (respectivement 62,1 % contre 46,1 %) ou en cas de trouble anxieux généralisé (respectivement 76,9 % contre 60,9 %). Les femmes sont aussi plus sujettes aux insomnies que les hommes (37,7 % contre 28,2 %).

FIGURE 1 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

LES FEMMES PLUS CONCERNÉES PAR LES SUJETS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Concernant la prévention, des différences sont observées selon le sexe. Globalement, les femmes déclarent être mieux informées que les hommes sur les messages de prévention liés à la santé. C'est le cas par exemple pour les connaissances sur l'antibiorésistance, où 44,9 % des hommes ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe contre 36,9 % des femmes. De même, parmi les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an, les femmes déclarent plus souvent avoir entendu parler de la campagne *Mois Sans Tabac 2023* que les hommes (88,9 % contre 83,7 %), même s'il n'y a pas de différence selon le sexe pour les tentatives d'arrêt liées à cette campagne. Quant à l'adhésion vaccinale, bien qu'aucune différence ne soit observée selon le sexe, les femmes sont plus souvent défavorables à certaines vaccinations que les hommes (39,0 % contre 34,3 %) ; cette différence est plus marquée pour les classes d'âges les plus élevées (respectivement 34,6 % contre 26,9 % chez les 70-79 ans).

Enfin, les femmes apparaissent plus touchées par les sujets liés à la santé environnementale. Elles déclarent plus souvent avoir souffert psychologiquement ou physiquement d'au moins un événement climatique extrême que les hommes (respectivement 25,5 % contre 19,1 % et 42,0 % contre 31,8 %). Quant aux messages de prévention liés à la « canicule », les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, à y avoir été exposées (89,9 % contre 88,0 %), et déclarent plus souvent que les hommes avoir modifié leur comportement suite à ces messages (63,9 % contre 55,2 %).

DES COMPORTEMENTS EN SANTÉ CONTRASTÉS SELON LA POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Plusieurs gradients socio-économiques sont observés pour l'ensemble des comportements en santé étudiés. Ainsi, la prévalence du tabagisme quotidien suit un gradient selon le niveau de diplôme et la situation financière perçue : elle passe de 13,0 % parmi les personnes les plus diplômées² à 20,9 % parmi celles les moins diplômées³, et de 10,1 % parmi les plus aisées⁴ à 30,0 % parmi celles les moins aisées⁵. Ces gradients sont plus marqués chez

les hommes. Le tabagisme quotidien est également 2 fois moins répandu parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (11,8 %) que parmi les ouvriers (25,1 %). Parmi les fumeurs quotidiens, les plus diplômés et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont aussi plus nombreux à souhaiter arrêter de fumer et à déclarer une tentative d'arrêt. Concernant la pratique régulière d'activité physique dans le cadre des loisirs, elle augmente avec le niveau de diplôme, avec des prévalences allant de 33,3 % pour les moins diplômés à 49,7 % pour les plus diplômés. Elle est 2 fois plus fréquente parmi les personnes les plus aisées (55,4 %) que parmi celles les moins aisées (26,2 %). Les écarts selon les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) confirment cette tendance, puisque la pratique d'activité physique régulière s'élève à 54,8 % parmi les cadres et professions intellectuelles contre 34,7 % parmi les ouvriers et 30,5 % parmi les employés.

Les catégories sociales les plus favorisées sont aussi concernées par des comportements moins favorables à la santé. Des gradients inverses sont observés pour la consommation d'alcool et la sédentarité (i.e., passer plus de 7 heures en moyenne par jour en position assise). Plus le niveau de diplôme est élevé et plus la situation financière est perçue comme favorable, plus la part d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque est importante (19,3 % pour les moins diplômés à 26,0 % pour les plus diplômés et 19,7 % pour les moins aisés à 29,4 % pour les plus aisés). Chez les hommes l'écart selon la situation financière est plus marqué que pour les femmes. Cet indicateur est 2 fois plus élevé parmi les agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (30,6 %), et les cadres et professions intellectuelles supérieures (29,7 %) que parmi les employés (15,1 %). Enfin, plus le niveau de diplôme augmente et plus la situation financière est jugée comme favorable, plus la sédentarité est fréquente. Elle est près de 3 fois plus fréquente pour les plus diplômés (42,7 %) que pour les moins diplômés (15,0 %), 1,6 fois plus élevée pour les plus aisés (39,2 %) que pour les moins aisés (23,7 %) et près de 2 fois plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles (48,5 %) que les ouvriers (15,8 %) et les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (14,7 %).

2. Personnes se déclarant titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat.
3. Personnes se déclarant non diplômées ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat.
4. Personnes se déclarant « à l'aise » financièrement.
5. Personnes se déclarant dans une situation financière difficile, voire endettées.

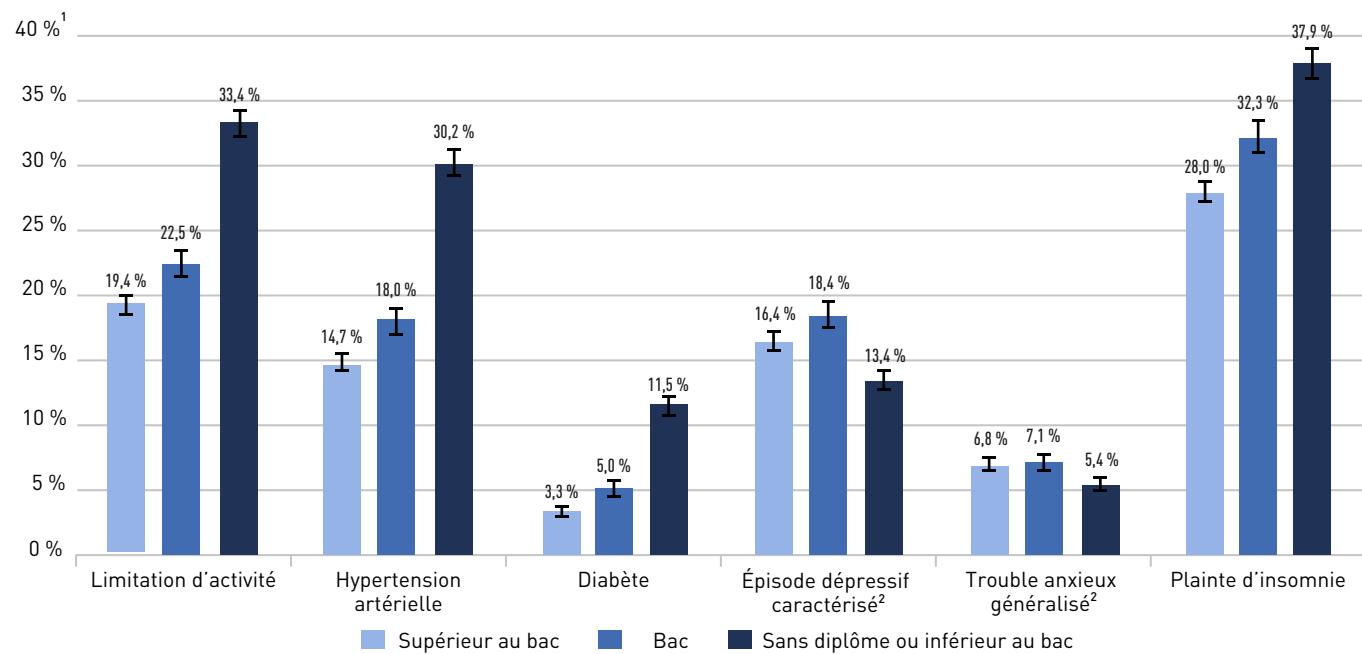
UN MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL, PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ LES PERSONNES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES

L'ensemble des indicateurs de santé générale et physique sont marqués par un gradient socio-économique. Quel que soit l'indicateur de position socio-économique mobilisé, les personnes les plus favorisées, en termes de diplôme, PCS ou situation financière, déclarent systématiquement un meilleur état de santé. Les personnes les plus diplômées déclarent plus souvent une santé perçue bonne ou très bonne (77,6 % contre 58,0 % pour les moins diplômées), déclarent moins de limitations d'activité (19,4 % contre 33,4 %), se déclarent 2 fois moins touchées par l'HTA (14,7 % contre 30,2 %) et 3,5 fois moins touchées par le diabète (3,3 % contre 11,5 %) (Figure 2). De même, les personnes se déclarant comme les plus aisées financièrement perçoivent plus souvent leur santé comme bonne à très bonne (82,5 % contre 50,4 % chez ceux ayant des difficultés financières), déclarent moins de limitations d'activité (16,3 % contre 40,1 %) et présentent des prévalences plus faibles d'HTA (18,6 % contre 24,1 %) et de diabète (4,5 % contre 9,5 %) (Figure 3). Ces indicateurs de santé décrits selon la PCS offrent une grille de lecture complémentaire. Globalement les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent une meilleure santé perçue (77,9 %

contre 61,7 % chez les ouvriers), moins de limitations d'activités (19,9 % contre 30,9 % chez les ouvriers) et des prévalences près de 2 fois moins élevées de diabète (4,5 % contre 10,9 % chez les ouvriers) (Figure 4). Ces différences sont davantage marquées pour les femmes. Sur le plan cardiovasculaire, des disparités selon la PCS sont observées uniquement chez les femmes : la prévalence de l'HTA est 2 fois plus élevée chez les ouvrières (28,7 %) que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (16,1 %).

Sur le plan de la santé mentale, que ce soit pour l'épisode dépressif caractérisé, le trouble anxieux généralisé ou bien les pensées suicidaires, il n'y a pas de gradient mis en évidence selon le niveau de diplôme ; cependant les moins diplômés présentent systématiquement les prévalences les plus faibles (respectivement 13,4 %, 5,4 % et 3,9 %). Du point de vue de la PCS, ce sont les professions intermédiaires et les employés qui présentent les prévalences les plus élevées d'épisode dépressif caractérisé (17,1 % et 18,3 %), de même que pour le trouble anxieux généralisé (respectivement 6,2 % et 7,2 %) et les pensées suicidaires (respectivement 5,7 % et 5,5 %). En revanche, des gradients plus marqués au détriment des catégories les moins avantageées apparaissent selon la situation financière. Les prévalences de l'épisode dépressif caractérisé, du trouble anxieux généralisé et celle des pensées

FIGURE 2 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le niveau de diplôme

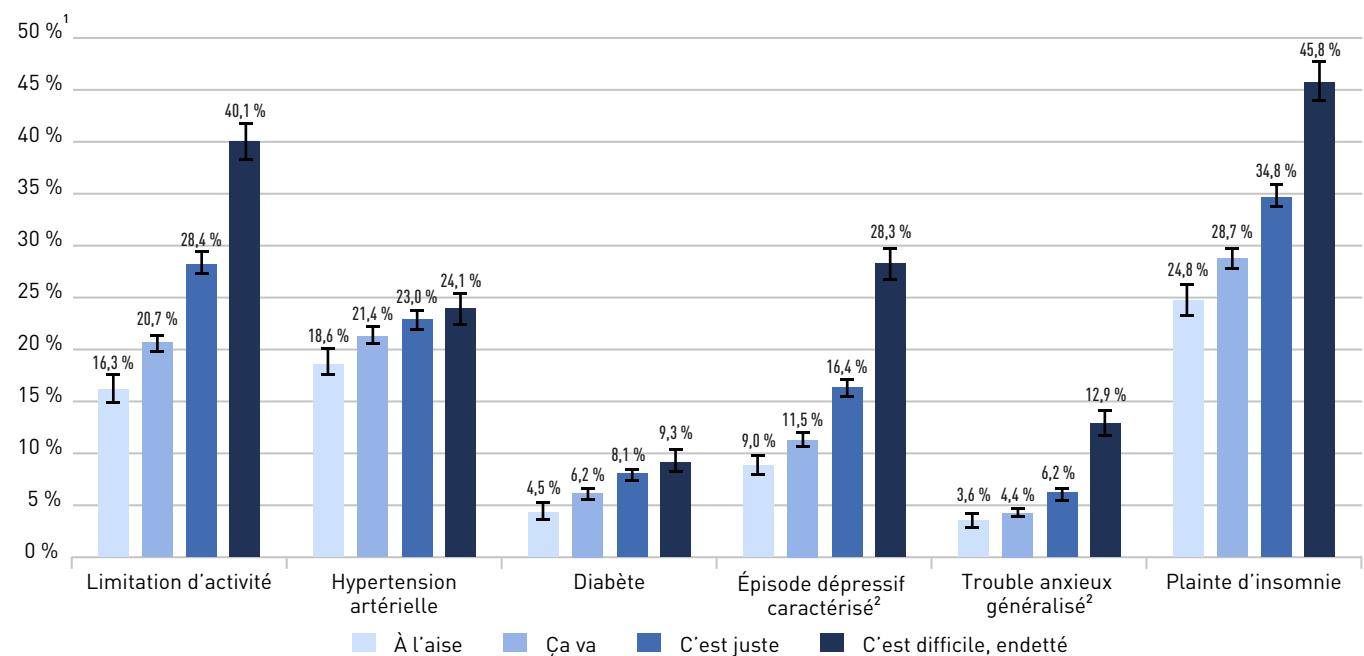


1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 3 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon la situation financière perçue

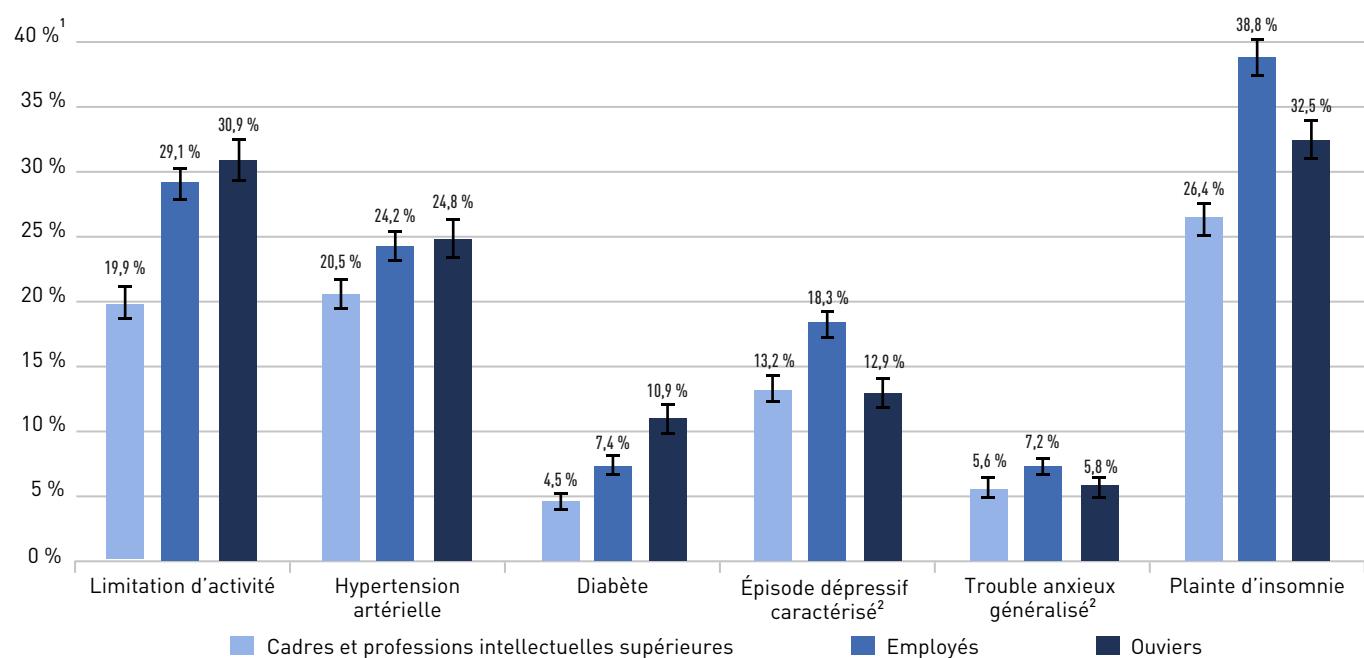


1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

FIGURE 4 | Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans ayant déjà travaillé, selon la catégorie socioprofessionnelle



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

2. Au cours des douze derniers mois.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

suicidaires sont plus de 3 fois plus élevées chez les personnes se déclarant les moins aisées financièrement que chez celles les plus aisées (respectivement 28,3 % contre 9,0 % ; 12,9 % contre 3,6 % ; 10,7 % contre 3,4 %). Ces écarts pour l'épisode dépressif caractérisé et le trouble anxieux généralisé, sont davantage marqués pour les femmes. Une dynamique différente est observée pour les tentatives de suicides au cours de la vie, puisque les prévalences les plus faibles sont observées pour les plus diplômés (4,2 % contre 5,9 % pour les moins diplômés), les cadres et professions intellectuelles (3,4 % contre 7,6 % chez les employés) et les plus aisés (3,2 % contre 9,8 % pour les moins aisés). Concernant le sommeil, parmi les trois indicateurs de position socio-économique étudiés, la situation financière perçue est de loin le facteur le plus impactant le plus, tant en quantité qu'en qualité. Plus la situation financière est déclarée comme difficile, plus les plaintes d'insomnie sont fréquentes, passant de 24,8 % pour les plus aisés à 45,8 % pour les moins aisés financièrement, et plus le temps moyen de sommeil sur 24 heures diminue (7h38 pour les plus aisés à 7h22 pour les moins aisés). Ces écarts sont plus marqués chez les femmes.

DES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES AU REGARD DE LA PRÉVENTION

En matière de prévention, des écarts apparaissent au détriment des catégories sociales les moins avantageées. L'adhésion vaccinale est d'autant plus importante que le niveau de diplôme augmente (73,8 % pour les moins diplômés à 87,2 % pour les plus diplômés) et que la situation financière est perçue comme favorable (70,1 % pour les moins aisés à 88,3 % pour les plus aisés). Cette adhésion est la plus fréquente parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (89,9 %), tandis qu'elle est la moins fréquente parmi les ouvriers (73,7 %) et les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (73,7 %).

Enfin, les catégories sociales les moins avantageées sont moins touchées par certains messages de prévention que celles les plus avantageées. Par exemple, la connaissance de la recommandation « au moins 30 minutes d'activité physique par jour » est moins fréquente chez les personnes moins diplômées (47,5 % contre 66,4 % chez les plus diplômées) et chez les personnes déclarant des difficultés financières (51,0 % contre 66,4 % pour les plus aisés). De même, les personnes les moins favorisées en termes de diplôme et de situation financière sont moins bien informées sur la résistance aux antibiotiques.

UN RESENTI DE FAIM SANS POUVOIR MANGER QUI CONCERNE DAVANTAGE LES JEUNES ADULTES ET LES PERSONNES SE DÉCLARANT EN DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

En 2024, parmi les personnes déclarant une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée », la proportion des adultes âgés de 18 à 79 ans ayant ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières, s'élève à 15,2 %, soit 15,9 % parmi les hommes et 14,6 % parmi les femmes (Tableau 1). Cette proportion est la plus importante parmi les jeunes adultes de 18-29 ans (25,9 %) et diminue avec l'âge. Cette proportion varie selon la position socio-économique et le type de ménage. Ainsi, les personnes les plus diplômées sont les moins nombreuses à déclarer cette situation (12,8 % contre 15,4 % parmi les moins diplômées). Cette situation touche près de 4 fois plus les personnes en difficultés financières (31,1 %) que celles percevant leur situation financière comme « juste » (8,2 %). Enfin, les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale sont plus nombreuses à déclarer cette situation (22,0 %), suivies des personnes vivant seules (19,2 %) par rapport aux personnes vivant en couple sans enfant (9,1 %) ou en couple avec enfant(s) (12,8 %).

PLUS D'UNE PERSONNE SUR CINQ DÉCLARE AVOIR CONNU DES DISCRIMINATIONS AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

En 2024, 22,0 % des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir connu des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années (Tableau 2). Cette proportion varie avec l'âge : elle est la plus importante parmi les jeunes adultes de 18-29 ans (32,9 %) et diminue ensuite progressivement avec l'âge. Elle est plus élevée chez les femmes (24,9 % contre 18,8 % chez les hommes), et chez les personnes déclarant le plus de difficultés financières (33,2 % contre 17,4 % pour celles les plus aisées). En particulier, chez les femmes, un gradient selon le niveau de diplôme et la PCS est observé. La déclaration de discriminations vécues augmente avec le niveau de diplôme : elle passe de 15,5 % chez les moins diplômées à 33,3 % chez les plus diplômées. Les femmes cadres ou de professions intellectuelles supérieures sont plus nombreuses en proportion à déclarer de tels traitements que les agricultrices, artisanes, commerçantes, cheffes d'entreprise (19,2 %), les employées (20,9 %) et les ouvrières (21,8 %).

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières, parmi les personnes ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée »

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	3 021	25,9	[23,9 - 27,9]	24,3	[21,4 - 27,3]	27,4	[24,7 - 30,3]
30-39 ans	3 081	18,4	[16,7 - 20,3]	20,0	[17,3 - 23,0]	17,0	[14,8 - 19,4]
40-49 ans	3 391	15,6	[14,0 - 17,3]	16,8	[14,3 - 19,4]	14,5	[12,4 - 16,7]
50-59 ans	3 336	12,9	[11,4 - 14,5]	13,8	[11,6 - 16,3]	12,1	[10,1 - 14,3]
60-69 ans	2 947	8,6	[7,2 - 10,1]	9,3	[7,2 - 11,8]	7,9	[6,1 - 10,0]
70-79 ans	1 709	6,6	[5,1 - 8,3]	6,9	[4,8 - 9,6]	6,3	[4,4 - 8,8]
Niveau de diplôme		*				*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	7 603	15,4	[14,3 - 16,5]	15,9	[14,4 - 17,5]	14,9	[13,4 - 16,3]
Bac	4 531	17,5	[16,1 - 18,9]	17,6	[15,6 - 19,8]	17,4	[15,6 - 19,4]
Supérieur au Bac	5 351	12,8	[11,6 - 13,9]	14,1	[12,3 - 16,1]	11,8	[10,4 - 13,3]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 362	10,7	[8,6 - 13,0]	11,2	[8,5 - 14,5]	9,8	[6,9 - 13,4]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 596	9,6	[7,8 - 11,6]	10,7	[8,1 - 13,8]	8,1	[5,9 - 10,8]
Professions intermédiaires	4 133	11,8	[10,6 - 13,1]	12,4	[10,6 - 14,3]	11,3	[9,6 - 13,0]
Employés	5 621	17,4	[16,1 - 18,8]	23,2	[19,9 - 26,7]	15,8	[14,5 - 17,3]
Ouvriers	3 563	16,1	[14,6 - 17,7]	16,3	[14,6 - 18,1]	15,5	[12,6 - 18,7]
Situation financière perçue		*		*		*	
C'est juste	11 915	8,2	[7,6 - 8,9]	9,0	[8,0 - 10,1]	7,5	[6,7 - 8,4]
C'est difficile, endetté	5 570	31,1	[29,4 - 32,7]	31,7	[29,2 - 34,2]	30,5	[28,3 - 32,7]
Situation familiale		*		*		*	
Personne seule	4 190	19,2	[17,6 - 20,8]	22,4	[20,0 - 25,0]	16,3	[14,4 - 18,4]
Famille monoparentale	2 867	22,0	[19,9 - 24,1]	21,6	[18,2 - 25,3]	22,2	[19,7 - 24,9]
Couple sans enfant	3 949	9,1	[8,0 - 10,3]	9,6	[8,0 - 11,4]	8,5	[7,0 - 10,1]
Couple avec enfant(s)	4 590	12,8	[11,5 - 14,2]	13,5	[11,6 - 15,6]	12,1	[10,4 - 13,9]
Autres	1 889	16,8	[14,6 - 19,1]	16,9	[13,9 - 20,2]	16,6	[13,7 - 20,0]
Total	17 485	15,2	[14,5 - 15,9]	15,9	[14,8 - 17,0]	14,6	[13,7 - 15,5]

n: effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : parmi les adultes âgés de 18 à 29 ans ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée », 25,9 % déclarent avoir ressenti la faim sans pouvoir manger pour des raisons financières.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

TABLEAU 2 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Âge		*		*		*	
18-29 ans	6 130	32,9	[31,4 - 34,4]	25,7	[23,7 - 27,8]	40,2	[38,1 - 42,3]
30-39 ans	5 770	30,0	[28,5 - 31,5]	26,3	[24,2 - 28,5]	33,6	[31,5 - 35,7]
40-49 ans	6 206	26,1	[24,7 - 27,5]	23,1	[21,2 - 25,2]	28,9	[27,0 - 30,8]
50-59 ans	6 545	19,8	[18,6 - 21,1]	16,6	[14,9 - 18,4]	22,9	[21,1 - 24,7]
60-69 ans	6 097	12,6	[11,5 - 13,8]	11,4	[9,9 - 13,1]	13,7	[12,2 - 15,3]
70-79 ans	4 074	6,0	[5,1 - 7,1]	5,2	[3,9 - 6,6]	6,8	[5,5 - 8,3]
Niveau de diplôme		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 847	16,0	[15,1 - 16,8]	16,4	[15,1 - 17,7]	15,5	[14,4 - 16,8]
Bac	8 302	24,6	[23,4 - 25,8]	21,3	[19,7 - 23,0]	27,6	[25,9 - 29,2]
Supérieur au Bac	14 673	27,5	[27,5 - 28,4]	20,5	[19,2 - 21,7]	33,3	[32,1 - 34,6]
PCS¹		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 537	15,0	[13,3 - 16,9]	12,8	[10,7 - 15,1]	19,2	[16,2 - 22,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 841	23,8	[22,6 - 25,0]	16,8	[15,3 - 18,3]	33,4	[31,4 - 35,4]
Professions intermédiaires	9 029	22,2	[21,2 - 23,3]	17,2	[15,7 - 18,7]	26,4	[25,0 - 27,9]
Employés	8 745	22,1	[21,0 - 23,3]	26,8	[24,1 - 29,7]	20,9	[19,7 - 22,1]
Ouvriers	5 339	19,2	[17,9 - 20,6]	18,4	[16,9 - 20,0]	21,8	[19,1 - 24,8]
Situation financière perçue		*		*		*	
À l'aise	4 838	17,4	[16,1 - 18,7]	13,4	[11,7 - 15,2]	21,4	[19,5 - 23,4]
Ça va	12 456	18,5	[17,7 - 19,4]	14,7	[13,5 - 15,9]	22,2	[21,0 - 23,4]
C'est juste	11 958	22,0	[21,1 - 23,0]	19,0	[17,7 - 20,4]	24,7	[23,4 - 26,1]
C'est difficile, endetté	5 560	33,2	[31,5 - 34,9]	32,4	[29,9 - 35,0]	33,9	[31,7 - 36,2]
Total	34 822	22,0	[21,4 - 22,5]	18,8	[18,0 - 19,6]	24,9	[24,1 - 25,7]

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %. Les * indiquent une association significative (p < 0,05, test du chi2).

1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.

Note de lecture : 32,9 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

DISCUSSION

Les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France montrent que l'ensemble des comportements de santé, des indicateurs de santé physique et mentale étudiés, ainsi que le recours à la prévention suivent systématiquement des gradients socio-économiques et diffèrent selon le sexe.

Les habitudes de vie et comportements de santé – comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, le manque de sommeil ou encore une alimentation inadéquate – peuvent être définies comme un ensemble de comportements modifiables qui concourent, à long terme, à la prévention des maladies chroniques et certains types de cancers. Reconnus comme des facteurs de risques des maladies liées aux modes de vie, ils sont façonnés par les représentations

sociales. Certains comportements préjudiciables à la santé, sont plus fréquents à mesure que l'on descend dans les hiérarchies sociales. Ces derniers ne correspondent pas seulement à un éventuel besoin de « plaisir compensatoire », en réponse au stress chronique dû aux difficultés des conditions de vie et de travail, mais peuvent également être liées aux discriminations, qui suscitent sentiments d'impuissance et de vulnérabilité [8]. Un certain fatalisme a été décrit chez des personnes qui, se sentant exposées à divers risques sur lesquels ils n'ont pas la capacité d'agir, minimisent la dangerosité de leurs comportements sur la santé [9]. L'entourage social, les réseaux (famille, amis, voisins) peuvent également banaliser et faciliter des comportements à risque, qui seraient plus découragés, dans d'autres quartiers ou dans d'autres réseaux plus favorisés. Par ailleurs, les quartiers les plus pauvres sont souvent moins verts, plus pollués et moins sécuritaires et n'incitent pas à la marche à pied ou à l'activité physique par exemple [10].

Nos résultats montrent que pour un comportement de santé donné, le sens du gradient socio-économique reste cohérent quelle que soit la variable socio-économique considérée. A titre illustratif, les prévalences de tabagisme quotidien diminuent systématiquement plus la catégorie sociale est élevée, que ce soit en termes de diplôme, de situation financière ou de PCS. En revanche, l'ampleur des écarts peut varier selon la variable socio-économique : pour le tabagisme quotidien les gradients observés sont plus marqués selon la situation financière que pour le niveau de diplôme. Ces variations suggèrent que le poids de chaque déterminant social n'est pas équivalent. Enfin, ces gradients socio-économiques ne désavantagent pas systématiquement les catégories en bas de la hiérarchie sociale : si le tabagisme et la moindre pratique d'activité physique dans le cadre des loisirs sont davantage observés parmi les catégories les moins favorisées socialement, le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées.

Les comportements de santé sont également genrés : la pression sociale des normes et des valeurs de la société relatives à la consommation de substances psychoactives, comme le tabac et l'alcool s'exerce davantage chez les femmes que chez les hommes et peut expliquer une partie des différences observées entre les sexes en faveur d'une moindre consommation [11]. Par ailleurs, à certains âges, les femmes sont particulièrement contraintes par les représentations dominantes de la division du travail les amenant à s'occuper d'abord de la famille, du conjoint, des enfants, des aînés, et en général de la majorité des tâches domestiques et parentales ; elles ont mécaniquement moins de temps pour développer un temps à soi, ce qui constitue un facteur limitant pour certains comportements [12] : ceci est illustré dans nos résultats par la pratique d'une activité physique régulière moins fréquente chez les femmes de moins de 50 ans, c'est-à-dire aux âges où la charge domestique leur est plus largement dévolue.

Les comportements à eux seuls ne suffisent pas à expliquer les inégalités de santé. La théorie de la causalité sociale démontre qu'une mauvaise situation socio-économique (éducation, emploi, ressources financières) dégrade directement la santé [13]. L'éducation développe les compétences, les valeurs et les attitudes qui permettent d'être plus réceptifs aux messages d'information, d'être plus enclins à intégrer les normes médicales et à

prendre des décisions éclairées, et ainsi d'avoir la capacité de pouvoir contrôler partiellement sa santé. Un faible niveau d'éducation (dont l'accès peut être entravé par des conditions de vie difficiles) peut influencer la littératie en santé⁶. Un niveau d'éducation élevé favorise l'accès à une meilleure trajectoire professionnelle et de meilleurs revenus. La situation professionnelle, peut influencer la santé directement via les conditions de travail mais aussi indirectement via les ressources financières, matérielles, sociales qu'elle procure. Les ressources financières conditionnent l'accès à une alimentation saine, à un logement adéquat dans un quartier favorable à la santé, à une assurance complémentaire santé, à des biens, infrastructures et services (transports, loisirs et santé). Il faut aussi noter que les liens entre situation professionnelle/revenus et santé sont bidirectionnels : une altération de l'état de santé peut entraîner à son tour une perte d'emploi et donc de revenus, augmenter des dépenses de santé restant à charge, et fragiliser socialement les individus.

Dans nos résultats, l'ensemble des prévalences des indicateurs de santé générale et physique étudiés (santé générale perçue, limitation d'activité, diabète, HTA) suivent des gradients systématiquement en défaveur des personnes dont la position socio-économique est plus faible, que ce soit en termes de diplôme, de PCS ou de situation financière. En ce qui concerne les indicateurs de santé mentale étudiés, les disparités sont particulièrement prononcées selon la situation financière : plus elle est perçue difficile plus la dépression, l'anxiété, les pensées suicidaires et troubles du sommeil sont fréquents. Ces résultats peuvent être expliqués par différents mécanismes. De mauvaises conditions de travail peuvent exposer les personnes à des expositions à risque (physiques, chimiques, biologiques), à des horaires atypiques, ou à des risques psychosociaux (faible capacité décisionnelle, contraintes organisationnelles) qui peuvent altérer leur santé physique et mentale [14]. Une situation financière difficile peut entraîner des difficultés à accéder à un logement et un lieu de résidence favorable à la santé. Les effets de la mauvaise qualité du logement ou de sa suroccupation ont des conséquences sur la santé mentale (l'anxiété, la dépression et la qualité du sommeil notamment) et sur la santé physique (maladies infectieuses et respiratoires, accidents domestiques) [15]. L'insécurité alimentaire qui touche plus fréquemment les ménages modestes, peut participer à l'aggravation des

6. Motivation et compétences des personnes à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

inégalités sociales de santé observées dans la plupart des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc.). En augmentation dans les pays occidentaux, il s'agit d'un cas illustratif des changements sociaux et économiques survenus au cours des dernières années. Au niveau populationnel, l'insécurité alimentaire résulte de périodes prolongées de chômage et de sous-emploi élevés ou croissants, de salaires à la baisse, du manque de logements abordables [16-18]. Nos résultats soulignent, à travers la question la question du ressenti de faim sans pouvoir manger, que cette situation est étroitement liée aux caractéristiques socio-économiques des ménages, comme le revenu, la structure familiale (les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont particulièrement concernées), et touche de plein fouet les jeunes générations.

En outre, une mauvaise situation socio-économique peut résulter de discriminations de toutes sortes, notamment en raison de son genre ou de son origine⁷. Nos résultats montrent que toutes raisons confondues, plus d'une personne sur cinq déclare avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années. Des conditions de vie préjudiciables à la santé peuvent ainsi être l'expression de bien des rapports de pouvoir autres que les seuls rapports socio-économiques.

Enfin, les normes sociales de genre influencent la répartition des maladies entre les sexes, non seulement via l'expression des symptômes, et du rapport au corps mais aussi via le recours aux soins et l'interprétation des signes cliniques ainsi que la prise en charge médicale et la détection de certaines pathologies, notamment en termes de maladies cardiovasculaires et de santé mentale. Nos résultats montrent que les hommes sont davantage concernés par les facteurs de risque cardiovasculaires, comme l'HTA ou le diabète. Ces différences peuvent être expliquées en partie par des habitudes de vie et comportement plus favorables à la santé que les hommes (notamment par la consommation de tabac et d'alcool moindre). Toutefois, malgré des prévalences plus faibles chez les femmes, la littérature montre que celles-ci, une fois diagnostiquées, sont moins bien prises en charge que les hommes (dépistage tardif ou incomplet, insuffisance de traitement médicamenteux, etc.) et exposées à un risque cardiovasculaire accru par rapport aux hommes [19,20]. En ce qui concerne la santé mentale, nos résultats montrent que les femmes déclarent plus souvent que les

hommes souffrir de troubles tels que la dépression, l'anxiété ou encore des pensées suicidaires. La répartition traditionnelle des responsabilités familiales et domestiques entre hommes et femmes, et la prédominance de certains facteurs de risques (notamment les violences) constituent des facteurs de vulnérabilité psychique importants pour les femmes. Les rôles sociaux attribués aux femmes ont en effet un lourd impact sur leur santé mentale, et viennent largement nuancer la représentation d'une vulnérabilité psychique « intrinsèque » des femmes, longtemps attribuée au seul déséquilibre émotionnel lié aux caractéristiques hormonales (puberté, grossesse, périodes menstruelles, ménopause). Les troubles anxiodépressifs sont plus facilement reconnus chez les femmes par les professionnels de santé et sont en revanche sous-diagnostiqués chez les hommes. Chez les hommes, la souffrance psychique est plus souvent « externalisée », au regard des critères sociaux de « virilité », comme l'agressivité, la consommation de substances psychoactives et les comportements à risque en général [21].

Nos résultats montrent que la non-adhésion vaccinale est plus importante quand le niveau socio-économique est plus faible. Ces inégalités sociales en matière de prévention, font écho au fait que les populations socialement défavorisées ont un moindre recours aux services de santé de façon générale [22] et aux messages de santé. Outre l'absence de couverture complémentaire qui peut constituer un frein financier, d'autres facteurs liés aux conditions de vie (besoin de se nourrir, de se loger, etc.), à la perception de son état de santé, aux perspectives d'avenir ainsi que la confiance ou la défiance envers les institutions de santé influent sur la priorisation des besoins en prévention [23]. Les inégalités de genre au regard de la prévention relèvent, quant à elles, de questions d'apprentissage des normes et d'éducation à la santé. Les dynamiques de genre affectent la prise de décision, le recours aux services de santé et la confiance dans les systèmes de santé. Globalement, les femmes ont une plus grande sensibilité aux messages de prévention et de santé publique, comme le soulignent nos résultats quant aux connaissances des recommandations sur l'antibiorésistance, le mois sans tabac, ou l'adaptation à la chaleur. Ces résultats peuvent être expliqués en partie car elles sont plus proches du système de santé que ce soit pour elles ou pour leurs proches et restent de façon générale plus impliquées que les hommes dans le « care/prendre soin » de façon non professionnelle [24].

7. Les inégalités d'origine ne sont pas traitées dans cette synthèse mais feront l'objet d'analyses ultérieures.

PERSPECTIVES

La description systématique de l'ensemble des indicateurs du Baromètre de Santé publique France selon la position socio-économique et le sexe permet de dresser un panorama des inégalités de santé en 2024. L'intégration de la position sociale (sexe, origine migratoire, éducation, emploi et ressources financières) dans l'enquête Baromètre de Santé publique France qui a lieu tous les deux ans permet de surveiller l'évolution des écarts de santé selon la position sociale dans le temps. Des analyses spécifiques concernant les mécanismes d'action de ces inégalités sociales de santé seront produites ultérieurement, comme des analyses plus détaillées des questions sur l'insécurité alimentaire et les discriminations.

Enfin, pour mesurer correctement ces inégalités sociales de santé, il est nécessaire de comprendre le rôle que joue la position sociale sur l'état de santé de la population. Les inégalités socio-économiques, de genre et d'origine interagissent, sans toutefois être entièrement corrélées entre elles : les unes ne peuvent donc pas se substituer simplement aux autres. La position sociale d'une personne ne peut donc pas se résumer à un seul indicateur : c'est bien souvent le cumul et l'interaction de ces dimensions qui est significatif en termes de santé publique. Les analyses ultérieures prendront ainsi en compte l'intrication de ces différentes dimensions sur la santé de la population afin de mieux prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Cafiero C, Viviani S, Nord M. Food security measurement in a global context: The food insecurity experience scale. *Measurement*. 1 févr 2018;116:146-52
- [2] Comment savoir si je suis victime de discrimination ? [Internet]. Défenseur des Droits. [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/comment-savoir-si-je-suis-victime-de-discrimination-141>
- [3] Trajectoires et Origines 2 [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2025 [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://teo.site.ined.fr/>
- [4] Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
- [5] World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2024.
- [6] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. 2008
- [7] Vandendorren S, Delpierre C. Documenter les déterminants sociaux pour lutter contre les inégalités de santé. La santé en action n°468. 2025;28-9.
- [8] Katsnelson A. News Feature: The neuroscience of poverty. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 22 déc 2015;112(51):15530-2.
- [9] Carde E. Les inégalités sociales de santé : décryptage d'un concept. *Revue du CREMIS*. 2020;12(1):43-7.
- [10] Inserm (dir.). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris; 2014 p. XVI-731 p. (Les éditions Inserm)
- [11] Beck F, Legleye S, Maillochon F, De Peretti G. Le rôle du milieu social dans l'usage des substances psychoactives des hommes et des femmes – Femmes et Hommes - Regards sur la parité. 2008 p. p.65-82. (Insee Références)
- [12] Verdot C, Bouchan J, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024. Saint Maurice: Santé publique France; 2024
- [13] Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:80-94
- [14] Frank J, Mustard C, Smith P, Siddiqi A, Cheng Y, Burdorf A, et al. Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. *Lancet*. 14 oct 2023;402(10410):1357-67
- [15] Bentley R, Mason K, Jacobs D, Blakely T, Howden-Chapman P, Li A, et al. Housing as a social determinant of health: a contemporary framework. *The Lancet Public Health*. 1 oct 2025;10(10):e855-64
- [16] Riches G. Thinking and acting outside the charitable food box: hunger and the right to food in rich societies. *Development in Practice*. 2011;21(4-5):768-75
- [17] Bléhaut M, Gressier M, Paquet N. Les multiples facettes de la précarité alimentaire. Crédoc; 2025
- [18] Roncarolo F, Potvin L. L'insécurité alimentaire comme symptôme de maladie sociale. *Can Fam Physician*. avr 2016;62(4):e161-3
- [19] Bonnet F. Risque cardiovasculaire associé au diabète selon le sexe : pourquoi un excès de risque relatif chez les femmes diabétiques ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 juin 2015;9(4):371-6
- [20] Mounier-Vehier C. Editorial. Santé cardiovasculaire des femmes : il faut oeuvrer ensemble pour une prévention féminine individualisée. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. 2016 [cité 10 oct 2025];(7-8). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/editorial.-sante-cardiovasculaire-des-femmes-il-faut-oeuvrer-ensemble-pour-une-prevention-feminine-individualisee.-numero-thematique.-les-femmes>
- [21] Lydié N, Vandendorren S. Troubles anxiol-dépressifs et conduites suicidaires : déterminants sociaux des différences de genre. Synthèse élaborée à partir des données produites par Santé publique France sur la période 2010-2023. Saint Maurice: Santé publique France; 2025 p. 17.
- [22] Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 août 2013;61:S163-9
- [23] Fournet N, Mollema L, Ruijs WL, Harmsen IA, Keck F, Durand JY, et al. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination: two systematic reviews. *BMC Public Health*. 30 janv 2018;18(1):196
- [24] Polton D. Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*. 2016;50(2):35-45

AUTRICES

Stéphanie Vandentorren¹, Aude Mondeilh²

1. Santé publique France

2. CERPOP, Université de Toulouse

Nous remercions pour leur relecture et leurs contributions : Nathalie Lydié, Noémie Soullier, Dorothée Grange, Pascale Bernillon, Valérie Deschamps, Aude D'Arco, Grégoire Deleforterie et Cyrille Delpierre.