

Les comportements de santé des jeunes

Les comportements de santé des jeunes

Analyses du Baromètre santé 2010

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
JEAN-BAPTISTE RICHARD

Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Jeanne Herr**

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

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

Pour nous citer : Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements
de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.*
Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.

ISBN 978-2-9161-9238-3

Cette étude a été réalisée par

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

Son financement a été assuré par

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

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

Les auteurs

François Beck, statisticien et sociologue, responsable du Département enquêtes et analyses statistiques, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Christine Chan-Chee, médecin de santé publique, Institut de veille sanitaire (InVS)

Hélène Escalon, économiste, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Arnaud Gautier, biostatisticien, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Romain Guignard, statisticien, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

David Heard, responsable du Département campagnes de communication, direction de l'information et de la communication, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Mathilde Husky, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université Paris Descartes

Delphine Kersaudy-Rahib, épidémiologiste, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Damien Léger, professeur de médecine, directeur du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), université Paris Descartes, faculté de Médecine

Stéphane Legleye, épidémiologiste, responsable du Service des enquêtes et sondages, Institut national d'études démographiques (Ined)

Christophe Léon, statisticien, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Nathalie Lydié, démographe, directrice adjointe de la Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Florence Maillachon, sociologue, chargée de recherches au CNRS, Centre Maurice-Halbwachs (Équipe de recherches sur les inégalités sociales)

Colette Ménard, psychologue, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Grégory Michel, professeur de psychopathologie, directeur du Laboratoire EA 4139 Psychologie, santé et qualité de vie, université Bordeaux Segalen

Viêt Nguyen-Thanh, ingénieur agronome, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Ivana Obradovic, politiste, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie (CURAPP/CNRS, UMR 7319)

Stéphanie Pin, sociologue, Direction de la programmation, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Émilie Renahy, épidémiologiste, Centre for Research on Inner City Health — Keenan Research Centre, St Michael's Hospital, Toronto Ontario, Canada

Jean-Baptiste Richard, statisticien, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Enguerrand du Roscoât, psychologue, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Thomas Saïas, psychologue, Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Stanislas Spilka, statisticien, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les redressements ont été effectués par Jean-Baptiste Richard.

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson (Inpes)

Gérard Badéyan (HCSP)

François Baudier (Cnamts)

François Beck (Inpes)

Nathalie Beltzer (ORS IDF)

Marie-Christine Bournot (ORS Pays de la Loire)

Catherine Cavalin (CEE)

Christine Chan-Chee (InVS)

Sandrine Danet (Dress)

Jean-Claude Desenclos (InVs)

Paul Dourgnon (Irdes)

Alain Fontaine (DGS)

Arnaud Gautier (Inpes)

Isabelle Grémy (ORS IDF)

Romain Guignard (Inpes)

Lucie Gonzalez (Dress)

Jean-Baptiste Herbet (Inca)

Viviane Kovess-Mafesty (EHESP)

Jean-Louis Lanoé (Inserm)

Annette Leclerc (Inserm)

Stéphane Legleye (Ined)

Nathalie Lydié (Inpes)

André Ochoa (Fnors)

Lucile Olier (Dress)

Patrick Peretti-Watel (Inserm)

Stanislas Spilka (OFDT)

Jean-Baptiste Richard (Inpes)

Benoît Riandey (Ined)

Thierry Rochereau (Irdes)

Alfred Spira (Iresp)

Alain Trugeon (Fnors)

Pierre Verger (ORS PACA)

Remerciements

Pour leur relecture ou leurs conseils :

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Régis Bigot** (Credoc),
Nicolas Bonnet (Respadd), **Stefano Camprotrini** (Université de Venise),
Matthieu Chalumeau (CIRDD Bretagne), **Laetitia Chareyre** (Inpes),
Marie Choquet (Inserm), **Nearkasen Chau** (Inserm),
Jean-Pierre Couteron (Fédération addictions),
Dominique Deugnier (MILDT), **Bruno Falissard** (Inserm),
Jean-Marie Firdion (CNRS CMH), **Julie-Mattéa Foures** (Inpes),
Karine Gallopel-Morvan (EHESP), **Jean-Pierre Giordanella** (Cnamts),
Emmanuelle Godeau (Inserm), **Albert Herszkowicz** (DGS),
Myriam Khlát (Ined), **Florence Lafay-Dufour** (MILDT),
Christophe Léon (Inpes), **Ilaria Montagni** (Department of Public Health
and Community Medicine, Université de Vérone),
Isabelle Parizot (Inserm, CNRS CMH),
Jean-Pierre Poulain (Université de Toulouse), **Maud Pousset** (OFDT),
Olivier Smadja (Inpes), **Jean-Louis Wilquin** (Inpes).

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :

Valérie Blineau, **Éric Guillemain**, **Élisabeth Le Berre**,
Michael Léonard, les chefs d'équipe ainsi que
l'ensemble des enquêteurs de l'institut GfK-ISL
Élisabeth Giudicelli, organisme de contrôle
du recueil des données (OCRD)

Pour sa contribution à la recherche documentaire :

Céline Deroche (Inpes)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête :

Béatrice Gallaine, **Émilie Pineau** et **Christine Riccucci** (Inpes)

Pour sa relecture attentive des premières
épreuves : **Hélène Kagan** (Inpes)

Préface

Après la première édition d'un Baromètre santé Inpes jeunes à la fin des années 1990, l'Inpes a souhaité refaire un point complet sur les comportements de santé des jeunes en France en apportant cette fois des éléments de comparaison avec les autres âges de la vie, et en disposant d'un échantillon de grande taille permettant une plus grande finesse dans les analyses. Alors que de nombreuses enquêtes sur les adolescents ont été réalisées en milieu scolaire au cours des dernières décennies, l'originalité de celle-ci est de dresser un portrait de la jeunesse dans sa diversité, en cours d'études ou déjà au travail, et parfois aussi en situation de chômage. Par la tranche d'âge large qu'elle s'est donnée, analysant les comportements de santé des 15-30 ans, elle entérine également un fait sociologique majeur : l'allongement de la durée de la jeunesse.

L'analyse présentée ici renvoie une image de la jeunesse assez nuancée, avec des tendances parfois préoccupantes, telles que la remontée récente du tabagisme ou les hausses des épisodes d'alcoolisation ponctuelles importantes, en particulier chez les jeunes filles, parfois plutôt rassurantes, comme le sentiment d'information élevé sur de nombreux thèmes de santé, ou encore le fait que la grande majorité des expérimentateurs de drogues illicites ne renouvellent pas, ou peu, leurs premières pratiques addictives. L'irruption des technologies de l'information et de la communication, devenues presque indispensables à la vie sociale des adolescents, est une nouvelle

donne. Elle est ici étudiée au prisme de l'usage d'Internet pour la recherche d'informations liées à la santé, soulignant tous les enjeux qu'il y a à investir le web et les réseaux sociaux dans un objectif de promotion de la santé.

Si la jeunesse est inévitablement une période de prise de risque et d'engagement dans de nouvelles conduites, les leviers ne manquent pas pour les accompagner, même si les saisir demande aux adultes référents une attention délicate et sans cesse renouvelée. C'est pourquoi l'Inpes investit de plus en plus dans des programmes de soutien à la parentalité.

Nous avons publié en septembre 2012 les résultats du volet français de l'enquête internationale HBSC (Health Behavior in School-aged Children) qui nous a offert une vue très complète des années collège (11-15 ans). Avec ces nouvelles données sur les 15-30 ans, le dispositif d'observation dispose désormais d'un grand-angle, qui s'est notamment donné pour objectif de mesurer les inégalités de santé, et nous voyons qu'elles sont tenaces. Leur prise en compte apparaît donc plus que jamais indispensable dans l'ensemble de nos actions.

Soulignons enfin que cet effort de description et de compréhension des comportements de santé des jeunes s'inscrit pleinement dans les orientations actuelles du gouvernement et la volonté de rééquilibrer la politique de santé au profit d'une action sur les déterminants de santé (éducation, logement, emploi, prévention, promotion de la santé, environnement social et physique, aménagement urbain...). L'Inpes a placé la santé des jeunes au cœur de sa stratégie de prévention; cet état des lieux doit nous servir, comme aux autres acteurs de la santé publique, de baromètre mesurant l'impact à moyen et long terme des actions engagées par les pouvoirs publics.

D^r Thanh Le Luong

Directrice générale de l'Inpes

Sommaire

Préface

- 19 | **La santé des jeunes au cœur des enjeux stratégiques de santé publique**
François Beck, Jean-Baptiste Richard
- 27 | **Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010**
François Beck, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard
- 55 | **Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé**
François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard
- 69 | **Le tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans**
Romain Guignard, François Beck
- 87 | **Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans**
Jean-Baptiste Richard, Stanislas Spilka, François Beck
- 113 | **Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans**
François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Ivana Obradovic, Stanislas Spilka, Stéphane Legleye
- 145 | **Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans**
Arnaud Gautier, Delphine Kersaudy-Rahib, Nathalie Lydié

- 159 | **Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans**
François Beck, Viêt Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, David Heard, Émilie Renahy
- 175 | **Santé et consommation de soins des 15-30 ans**
Colette Ménard, Romain Guignard
- 201 | **L'alimentation des 12-30 ans**
Hélène Escalon, François Beck
- 219 | **Conduites alimentaires perturbées des jeunes**
François Beck, Florence Maillochon, Jean-Baptiste Richard, Stéphane Legleye
- 235 | **Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans**
François Beck, Romain Guignard, Mathilde Husky, Enguerrand du Roscoät, Thomas Saïas, Grégory Michel, Christine Chan Chee
- 253 | **Le sommeil des 15-30 ans**
Jean-Baptiste Richard, François Beck, Damien Léger
- 267 | **Des constats à l'action**
Stéphanie Pin
- 275 | **Annexes**
277 | Questionnaire de l'enquête
331 | Liste des tableaux et des figures

La santé des jeunes au cœur des enjeux stratégiques de santé publique

FRANÇOIS BECK
JEAN-BAPTISTE RICHARD

Les adolescents et jeunes adultes ont été régulièrement placés au cœur des politiques de santé publique au cours des dernières années. Un plan « Santé des jeunes » centré sur les 16-25 ans a été présenté par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports en février 2008, suivi d'une série de mesures spécifiques énoncées dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » en juillet 2009. Le président de la République François Hollande en a également fait un des points clés de son mandat en termes d'actions relevant du champ sanitaire et social. Il a notamment conforté la place de la prévention des comportements à risque des jeunes, et en particulier l'alcoolisation et le tabagisme, parmi les priorités du 3^e plan cancer annoncé le 4 décembre 2012 lors des journées annuelles de l'INCa. Cette focalisation autour des jeunes trouve en partie son origine dans une forme de sanitarisation des questions sociales qui a été soulignée à la fin des années 1990 et au cours de la dernière décennie [1-3]. Cette préoccupat-

tion politique s'inscrit aussi dans une forme d'investissement social, s'appuyant sur l'idée que les dépenses consacrées à l'éducation permettent d'éviter une partie des dépenses réparatrices qui surviendraient en l'absence d'effort de prévention.

Par ailleurs, placer l'effort de prévention sur les jeunes apparaît crucial dès lors que les inégalités sociales se structurent dès les premiers âges de la vie, pour ne cesser de croître si rien n'est fait pour s'y opposer [4, 5]. Une telle attention des pouvoirs publics entraîne de fait un besoin de connaissance sans cesse renouvelé, non seulement sur leur état de santé, mais surtout, lorsqu'il s'agit des jeunes, sur leurs comportements de santé. S'intéresser à la santé des jeunes signifie aussi recueillir des informations sur les besoins, les attitudes, la qualité de vie, les modes de vie...

Un certain nombre de ces comportements, tels que la consommation de substances psychoactives, les troubles des conduites alimentaires, la sédentarité, les rapports

sexuels non protégés, constituent des enjeux de santé publique à court et plus long terme puisqu'ils peuvent à la fois avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes (suicides, infections, accidents...) mais aussi entraîner une mauvaise santé à l'âge adulte et, lors d'expérimentation précoce de substances psychoactives, favoriser l'entrée dans les usages problématiques et/ou la dépendance. La jeunesse est une période d'engagement dans de nouvelles conduites, qui se trouve constituée de transformations, de tentations et de transgressions, de prises d'initiatives et de prises de risques. De ce fait, et parce qu'elle représente l'avenir de la société, elle se trouve souvent étudiée au prisme de facteurs de risques et, moins souvent, de facteurs de protections, alors même que ses différentes activités sont susceptibles de s'inscrire dans des logiques sociales plus complexes et plus nuancées [6].

Les enquêtes en population permettent d'objectiver et de quantifier les pratiques engagées au cours de cette période de la vie. Le recours aux enquêtes représentatives menées auprès des jeunes permet de dépasser le stade de l'émotion et le sens commun pour rendre compte des pratiques de la jeunesse par une description de leurs comportements reposant sur leurs propres déclarations.

Cet ouvrage traite ces questions en essayant autant que possible de resituer ces diverses pratiques dans le quotidien des adolescents et jeunes adultes, afin notamment de distinguer, parmi des comportements qui relèvent naturellement de l'âge des possibles, ceux qui reflètent des situations problématiques sur le plan social ou sur le plan sanitaire. Il s'agit aussi de porter un regard quantitatif et comparatif sur les comportements de santé des jeunes pour voir à quel point ceux-ci sont spécifiques par rapport à leurs aînés, comment ils ont évolué ces dernières années et quel est le poids du social dans la détermination de ces

comportements trop souvent considérés comme purement individuels.

La tranche d'âge proposée, les 15-30 ans, permet d'embrasser un ensemble de situations très hétérogènes. Elle est constituée de séquences du cycle de vie observées dans la société contemporaine, avec notamment un report de la décohabitation du foyer parental, un allongement du temps des études et un recul de la temporalité des engagements familiaux [7], avec par exemple un âge moyen au premier enfant qui atteint désormais les 30 ans [8, 9]. Il ne s'agit pas bien sûr de résumer en quelques chiffres la jeunesse, mais plutôt de proposer des ordres de grandeur, quelques facteurs associés aux pratiques comme autant de notions qui permettent au débat de s'initier sur des données plus solides que des idées reçues ou des partis pris qui ne seraient pas toujours fondés. Cette analyse apparaît tout à fait complémentaire de l'exploitation du volet français de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC 2010) pilotée par l'UMR 1027 Inserm et le rectorat de l'académie de Toulouse, dont le rapport d'étude a été édité par l'Inpes en septembre 2012 [10]. Cette enquête menée auprès des collégiens couvre en effet les adolescents âgés de 11 à 15 ans.

La force des données mobilisées, issues d'une enquête représentative de la population âgée de 15 à 85 ans dont la méthodologie est détaillée dans le chapitre *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010* de cet ouvrage, est de permettre à la fois une comparaison des jeunes (15-30 ans) avec les autres âges de la vie, ce qui n'est pas possible dans les enquêtes portant exclusivement sur les jeunes, mais aussi une comparaison entre les jeunes eux-mêmes, que ce soit en termes d'âge encore une fois (en comparant les 15-19 ans aux 20-25 ans et aux 26-30 ans), de genre ou de statut d'activité (par exemple : parmi les 6 004 jeunes de 15-30 ans interrogés, l'échan-

tillon comporte 2 276 étudiants dont 956 étudiants du supérieur, 2 867 actifs occupés et 861 chômeurs ou inactifs). Cette capacité est cruciale dans la mesure où, entre 15 et 30 ans, les situations se révèlent souvent radicalement différentes, avec un glissement plus ou moins progressif de l'adolescence vers l'âge adulte, dans une période étalée d'entrée dans la vie active, durant laquelle les différences sociales pèsent lourdement sur les attitudes et comportements de santé.

Précisons que le chapitre relatif aux conduites alimentaires des jeunes est pour sa part une exploitation secondaire du *Baromètre santé nutrition 2008*, enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français en matière d'alimentation et d'activité physique conduite par l'Inpes [11], dont la méthodologie est identique à celle déployée dans le cadre du Baromètre santé Inpes 2010 [12]. Cette enquête menée de février à mai 2008 auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine, comprenait un suréchantillon de 523 jeunes âgés de 12 à 18 ans conçu dans le but d'observer plus finement cette tranche d'âge.

Comme c'est d'usage dans les ouvrages de la collection des Baromètres santé de l'Inpes, chacun des chapitres repose sur une description basée sur une analyse statistique assortie d'une mise en regard avec les données issues d'autres sources (qualitatives notamment) ainsi que, lorsque cela est possible et pertinent, avec une analyse géographique comparant les régions françaises entre elles, une mise en perspective internationale et une discussion des limites méthodologiques. Si les méthodes d'analyse envisagées permettent parfois d'obtenir de la nuance dans les approches, c'est souvent aussi par la mise en perspective avec des recherches de nature différente (ethnographiques par exemple) et

par la confrontation avec l'observation des acteurs de terrain qu'une meilleure compréhension des comportements de santé des jeunes peut émerger, dans une perspective heuristique.

On le voit, dans les régions les moins peuplées, la puissance statistique du Baromètre santé Inpes 2010 reste limitée lorsque l'analyse est restreinte aux 15-30 ans [tableau 1]. Ainsi, la Corse, à cause de cet effectif très limité (n = 18) ne peut être l'objet d'une présentation de résultats à partir de telles données. Les cartes présentées dans certains chapitres de l'ouvrage offrent différents niveaux de lecture. Les régions en rouge sont celles qui se détachent significativement de la moyenne nationale au seuil de 0,05, celles en bleu sont celles qui se révèlent inférieures à la moyenne nationale

TABLEAU 1

Effectifs régionaux du Baromètre santé 2010

	15-30 ans
Île-de-France	1 088
Champagne-Ardenne	147
Picardie	197
Haute-Normandie	188
Centre	228
Basse-Normandie	149
Bourgogne	161
Nord-Pas-de-Calais	468
Lorraine	267
Alsace	204
Franche-Comté	117
Pays de la Loire	345
Bretagne	276
Poitou-Charentes	145
Aquitaine	290
Midi-Pyrénées	271
Limousin	71
Rhône-Alpes	631
Auvergne	113
Languedoc-Roussillon	222
Provence-Alpes-Côte d'Azur	408
Corse	18
France métropolitaine	6 004

au même seuil de significativité. Les régions en gris sont celles ne se distinguant pas de la moyenne nationale.

Cet ouvrage propose une lecture en termes d'inégalités sociales de santé, approche devenue désormais incontournable dans l'observation et la compréhension des comportements de santé des jeunes [13]. Ces inégalités résultent à la fois du contexte socioéconomique et environnemental, des comportements et modes de vie et du recours aux soins, dans un processus cumulatif qui s'installe avant même la naissance et s'enracine pendant l'enfance et l'adolescence, avec d'importantes disparités de territoire et de genre. Si un accès équitable aux soins constitue un enjeu majeur, les principaux déterminants des inégalités de santé restent extérieurs au système de soins. Comme l'illustrent certaines analyses développées dans cet ouvrage, les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent globalement des indicateurs nettement plus dégradés que les autres. Cette question est d'autant plus préoccupante dans un contexte où la jeunesse se trouve exposée à des difficultés face à l'emploi et au logement. L'un des grands défis des prochaines années est de faire en sorte que les mesures de santé publique ne renforcent pas ces inégalités, même si elles permettent l'améliora-


tion de l'état de santé moyen de la population. Cet objectif requiert le développement de modes d'interventions plus ciblées sur les jeunes les plus vulnérables.

Mieux connaître les comportements de santé des jeunes permet de mieux identifier les risques pour favoriser l'information et l'accompagnement de ce public qui se trouve souvent en transition. Les différents travaux menés dans cet ouvrage constituent une invitation à la réflexion et à l'approfondissement des quelques pistes pour l'action qui y sont esquissées. Ils contribuent notamment à l'élaboration de contextes épidémiologiques qui sont au fondement des orientations stratégiques de l'Inpes concernant les actions à développer en direction des jeunes. Ces stratégies peuvent être déployées dans le cadre de grandes campagnes de communication ciblées sur les jeunes, ainsi que – dans le cadre d'actions menées en partenariat avec le ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, l'Éducation nationale, la politique de la ville, les professionnels du sanitaire et social au contact des jeunes – autour du développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire, universitaire, mais aussi dans tous les secteurs extrascolaires, en s'appuyant, notamment, sur Internet, les réseaux sociaux et la téléphonie sociale.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Fassin D. Politique des corps et gouvernement des villes. In : Fassin D. dir., *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, 1998 : p. 7-46.
- [2] Sommelet D. *L'Enfant et l'Adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*. Paris : La Documentation française, 2006 : 951 p. En ligne : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf
- [3] Loncle P. dir. *Les Jeunes, questions de société, questions de politique*. Paris : La Documentation française, 2007 : 152 p.
- [4] White M., Adams J., Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations ? In : Babones S. dir. *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press, 2009 : p. 65-82.
- [5] Melchior M., Moffitt T. E., Milne B. J., Poulton R., Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood ? A life-course study. *American Journal of Epidemiology*, 2007, vol. 156, n° 8 : p. 966-974.
- [6] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S. *Les Usages sociaux des drogues*, Paris : PUF, Le lien social, 2007 : 226 p.

- [7] Galland O. Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives, mais resserrées. *Économie et statistique*, 2000, n° 337-338 : p. 13-36.
- [8] Robert-Bobée I., Rendall M., Couet C., Lappegard T., Rønsen M., Smallwood S. Âge au premier enfant et niveau d'études : une analyse comparée entre la France, la Grande-Bretagne et la Norvège. *Données sociales*, 2006 : p. 69-76.
- [9] Pison G. France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et sociétés*, 2010, n° 465 : p. 1-4.
- [10] Godeau E., Arnaud C., Navarro F., dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.
- [11] Escalon H., Bossard C., Beck F., dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.
- [12] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In : Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M., dir. *Pratiques et Méthodes de sondage*, Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 : p. 310-314.
- [13] Beck F., Amsellem-Mainguy Y. Les inégalités sociales de santé : vers une prévention mieux ciblée. In : Labadie M. dir. *Les Inégalités sociales chez les jeunes*. Paris : La Documentation française, 2012 : p. 126-138.
- 



Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010

FRANÇOIS BECK
ARNAUD GAUTIER
ROMAIN GUIGNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD

Les Baromètres santé ont été créés au début des années 1990 [1]. Depuis près de vingt ans, ces enquêtes de surveillance épidémiologique permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France métropolitaine : tabagisme, alcoolisation et consommation d'autres drogues, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale... [2]. Elles permettent à la fois d'étudier les déterminants de ces différents thèmes et de les envisager eux-mêmes comme des déterminants de l'état de santé de la population. Ils sont en cela des outils très utiles à la mise

en œuvre d'actions par les pouvoirs publics ainsi qu'à leur évaluation.

Par essence, les Baromètres santé ont vocation à être répétés dans le temps, avec la même méthodologie et le même questionnaire, afin de fournir des évolutions des principaux comportements et attitudes en rapport avec la santé. C'est ce choix de constance dans la méthode qui a présidé au recours à l'enquête téléphonique depuis le premier Baromètre santé, même si l'évolution récente de la téléphonie en France a conduit à d'importantes adaptations, qui vont faire l'objet d'une description détaillée au sein de ce chapitre. Ainsi, le Baromètre santé 2010 a été construit dans le souci de faire évoluer certains de ces éléments méthodologiques vers une plus grande pertinence.

UNE ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE SUR ÉCHANTILLON ALÉATOIRE

Le Baromètre santé 2010 a été conçu sur le modèle des précédents Baromètres santé [1-4]. Il s'agit ainsi d'une enquête transversale, téléphonique, reposant sur un échantillon aléatoire (ou probabiliste). Cette méthode consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage un nombre fini d'individus ou de ménages à atteindre en s'en tenant à cet échantillon initial quel que soit le degré d'acceptation des répondants. Elle impose donc une grande opiniâtreté dans l'effort consacré à joindre les individus sélectionnés *a priori* et à les convaincre de participer.

Cette technique présente l'avantage considérable d'augmenter la probabilité d'interroger des individus qui sont habituellement difficiles à joindre par les enquêtes actuellement les plus répandues, à savoir celles utilisant la méthode des quotas. Celle-ci est souvent utilisée par les instituts de sondage, qui en maîtrisent bien l'application car elle constitue une méthode empirique peu onéreuse, rapide et donc assez efficace [5]. Elle consiste à construire un échantillon qui est un modèle réduit de la population selon quelques caractéristiques dont la distribution au niveau national est connue (en général le sexe, l'âge, la région de résidence, la taille d'agglomération et la catégorie socioprofessionnelle), avec pour principe d'obtenir *in fine* une image conforme de la réalité selon ces critères, jugés pertinents par rapport à l'objet de l'étude (les quotas). Cette méthode autorise d'abandonner très vite un ménage injoignable au profit du suivant sur la liste. Ceci est d'autant plus gênant que cette frange de la population difficilement joignable peut présenter un profil particulier (sociabilité importante, engagement professionnel intense, fréquentes absences du domicile, horaires décalés...) qui n'est pas forcément sans lien avec les comportements de santé au sens large et d'usages de substances psychoac-

tives en particulier, même après contrôle des caractéristiques sociodémographiques déterminant les quotas [6]. Ainsi, la conformité de l'échantillon aux quotas (qui sont souvent les mêmes quel que soit le sujet de l'étude) ne garantit pas la fidélité de la représentation sur des critères plus spécifiques à l'enquête. Par ailleurs, la méthode des quotas empêche tout contrôle de la non-réponse, alors que dans le cadre d'un protocole aléatoire, celle-ci est maîtrisée, quantifiée et peut donner lieu à un redressement.

Afin d'être en mesure de suivre des évolutions dans le temps, le recours au téléphone s'est imposé assez naturellement en 2010. La possibilité de recourir à une enquête web a été envisagée, mais abandonnée faute de solutions correctes en termes de représentativité. En effet, malgré l'immense intérêt du recours au web en tant que mode de collecte et malgré les initiatives internationales commençant à porter leurs fruits, en particulier dans des pays disposant de registres de la population [7, 8], force est de constater que, pour l'heure, aucune solution véritablement convaincante en termes de représentativité n'a été mise en œuvre en France [9].

Le mode de collecte par téléphone est par ailleurs couramment utilisé dans les enquêtes sur les comportements de santé ou sur les sujets sensibles au niveau national [10, 11] comme au niveau international [12]. Sur les usages de substances psychoactives en particulier, ce mode de collecte a montré de bonnes performances en population adulte, notamment pour les femmes [13]. Rappelons cependant que le recours au téléphone nécessite certaines précautions telles que la formation et le suivi des enquêteurs, l'envoi préalable d'une lettre-annonce aux foyers tirés au sort lorsque l'adresse est disponible, le recours à un échantillonnage complexe si les bases de sondage dispo-

nibles laissent échapper une trop grande part de la population, ou si la population

injoignable présente des caractéristiques trop particulières [14].

BASE DE SONDAGE

En l'impossibilité de disposer du recensement ou d'un registre de population comme base de sondage, les alternatives sont nombreuses mais souvent insatisfaisantes à cause du problème de couverture non exhaustive de la population. Il y a à peine plus d'une décennie, le recours à l'annuaire de France Télécom comme base de sondage suffisait à assurer une représentativité correcte de la population résidant en France. Une telle solution ne serait plus acceptable aujourd'hui à cause de différents facteurs :

- la forte proportion de foyers inscrits en liste rouge ou orange¹ : dans l'échantillon obtenu lors de ce Baromètre, les listes rouges représentent en l'occurrence 29 % des individus et 35 % de ceux équipés d'une ligne fixe. Ces chiffres sont peut-être sous-estimés, dans la mesure où les individus inscrits en liste rouge ou orange montrent un peu plus souvent de la réticence à répondre aux enquêtes téléphoniques ;
- la forte proportion de foyers en dégroupage total, c'est-à-dire qui accèdent au réseau de téléphonie fixe par un unique opérateur qui n'est pas France Télécom, ces foyers disposant d'un numéro en 08 ou 09 et/ou d'un numéro géographique (01, 02... 05) ;
- la proportion non négligeable de foyers ne disposant pas d'un téléphone fixe mais qui, pour la quasi-totalité, sont équipés d'un téléphone mobile (environ 12 % des individus en 2010 [15]).

L'INTÉGRATION DES MÉNAGES INSCRITS EN LISTE ROUGE OU ORANGE

Les individus inscrits en liste rouge ou orange présentent des profils particuliers.

Un tel choix s'avère par exemple lié à des situations démographique et socioéconomique particulières : plusieurs travaux américains [16, 17] et français [6, 18, 19] ont montré que ces individus sont par exemple plus jeunes, plus urbains, plus diplômés et surreprésentés dans les hauts revenus. À la fin des années 1990, la nécessité de surmonter les problèmes posés par l'absence des ménages inscrits sur liste rouge dans la base de sondage et, plus largement, le renouvellement des questions méthodologiques posées dans les enquêtes téléphoniques sont devenus cruciaux [20, 21]. Un groupe de réflexion sur l'évolution des enquêtes téléphoniques a permis d'établir un document qui a convaincu la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) de la nécessité d'interroger également les ménages sur liste rouge [22].

L'INTÉGRATION DES MÉNAGES NE POSSÉDANT QU'UN TÉLÉPHONE PORTABLE

Depuis le début des années 2000, à peine 1 % des ménages français n'est plus joignable par téléphone [15]. Le taux d'équipement des foyers en téléphonie filaire a connu une hausse considérable entre les années 1960 et le milieu des années 1990. Il a ensuite baissé : en 1997, il était de 96 % et, en 2005, seuls 82 % des ménages se trouvaient équipés d'un téléphone fixe. À la faveur du développement des offres de

1. Les numéros sur liste orange ne peuvent pas être utilisés à des fins commerciales et ne sont donc pas accessibles aux instituts de sondage.

service couplant l'Internet en haut débit et la téléphonie, ce taux est ainsi remonté à 87 % en 2010 [figure 1] [15, 23, 24].

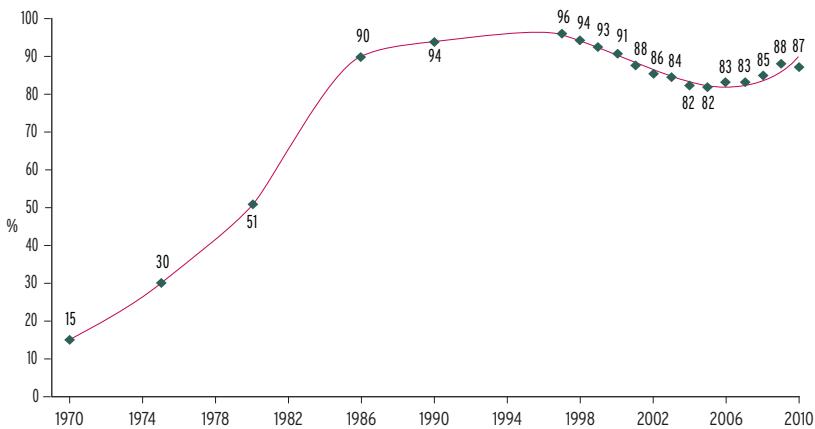
Le déclin global de la téléphonie filaire, observé depuis le milieu des années 1990, s'explique en très grande partie par le développement rapide de la téléphonie mobile. À partir des dernières « Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages » de l'Insee (EPCV) [25, 26] et des enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français » du Crédoc [15], dans lesquelles des questions sur les équipements téléphoniques sont posées, il est possible de suivre le taux d'équipement des ménages en téléphonie mobile, qui concerne désormais plus de quatre ménages sur cinq [figure 2]. En particulier, la proportion d'individus équipés d'un téléphone portable mais ne possédant pas de ligne fixe a beaucoup augmenté : s'ils ne représentaient en 1998 que 2 % de la population, les détenteurs exclusifs de téléphones mobiles sont désormais 12 % en 2010 [figure 3].

L'absence de ligne fixe se trouve liée à un certain nombre de critères tels que l'âge, la

profession et catégorie sociale (PCS) ou le niveau de revenu. En effet, les personnes peuvent être amenées à arbitrer entre les deux types d'équipement en raison de leurs coûts et de leur substituabilité, le choix étant plus ou moins influencé par les ressources financières, les besoins, les préférences et les générations. Les populations susceptibles de délaisser le téléphone fixe sont ainsi les personnes dont les ressources sont les plus faibles. Selon une enquête récente du Crédoc, les catégories de personnes les moins équipées sont celles âgées de 18 à 24 ans (23 % d'entre elles n'ont pas de ligne fixe), les personnes vivant seules (25 %), les ouvriers (25 %) et celles dont les revenus sont les plus faibles (35 % pour les foyers ayant un revenu mensuel de moins de 900 euros par unité de consommation). En revanche, l'enquête ne relève qu'un lien relativement faible entre le type d'équipement téléphonique et la taille de l'agglomération de résidence, les zones les plus rurales (communes de moins de 2 000 habitants) se distinguant par une proportion plus importante de ménages équipés

FIGURE 1

Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe



Sources : de 1960 à 1990, Insee ; de 1997 à 2005 : Médiamétrie ; de 2003 à 2010 : Crédoc.

uniquement d'une ligne fixe, et l'agglomération parisienne par une proportion plus importante de foyers équipés à la fois d'un fixe et d'un mobile [27].

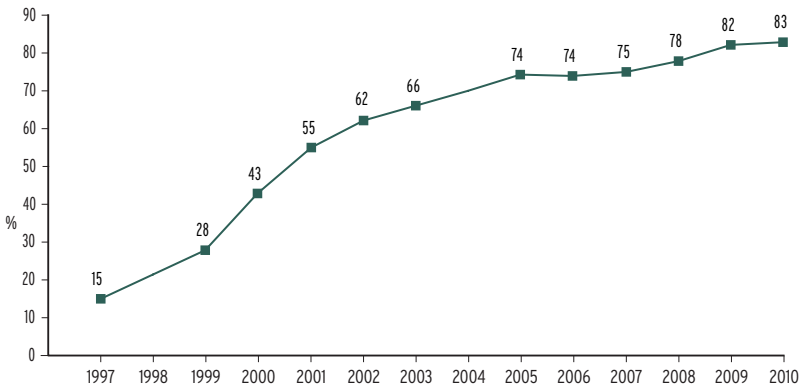
Ces résultats récents confirment ceux observés par les enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français » précédentes

ainsi que par une analyse de l'EPCV de 2005. Celle-ci avait également montré qu'un quart des ménages à bas revenu (disposant de moins de 620 euros par mois) possédaient uniquement un téléphone portable [26].

Ces détenteurs exclusifs de téléphone mobile possèdent donc des caractéris-

FIGURE 2

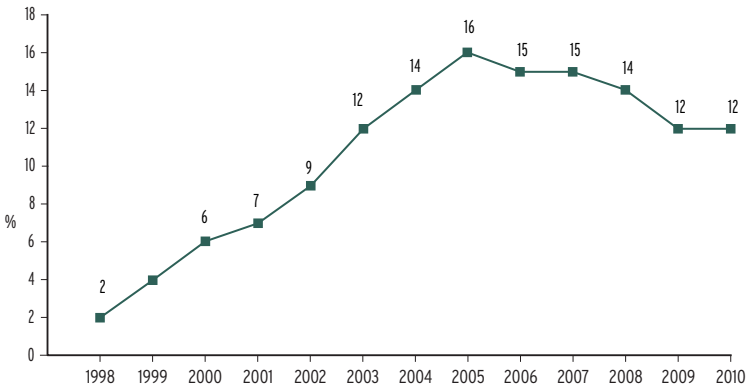
Taux d'équipement des ménages en téléphones portables



Sources : de 1997 à 2005, « Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages » (EPCV), Insee ; de 2006 à 2010, enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français », Crédoc.

FIGURE 3

Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable (en pourcentage)



Sources : de 1998 à 2002 et 2005 : Médiamétrie ; de 2003 à 2010 : Crédoc.

tiques particulières. Le maintien à un niveau élevé de la proportion des possesseurs exclusifs de portable représente ainsi un danger potentiel pour la représentativité des enquêtes téléphoniques classiques, même si elle est passée de 16 % en 2005 à 12 % en 2010 [28-31].

Les travaux anglo-saxons sur les enquêtes téléphoniques évoquent également de plus en plus la nécessité de prendre en compte le développement de la téléphonie mobile [32-36], mais les études méthodologiques et les protocoles d'enquête téléphonique tenant compte de cette nouvelle donne restent encore relativement rares [37-39]. Les études menées récemment en France ont montré l'existence d'un effet propre au fait de ne disposer que d'un téléphone portable, effet qui se maintient une fois les principaux facteurs sociodémographiques contrôlés [6, 40]. Ce problème s'avère difficile à affronter notamment à cause de l'absence, à l'heure actuelle, d'un annuaire universel ou d'un répertoire exhaustif et à jour des possesseurs de téléphone portable qui pourrait être utilisé comme base de sondage [41].

L'INTÉGRATION DES MÉNAGES EN DÉGROUPEMENT TOTAL

Dans le contexte de l'ouverture du marché des communications en 2003, l'opérateur historique s'est vu dans l'obligation de donner l'accès au réseau de téléphonie fixe aux autres opérateurs. La possibilité d'un dégroupement total a donc progressivement fait perdre des abonnés à France Télécom. Selon l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (Arcep), le parc des postes en dégroupement total, qui était inférieur à 100 000 (soit 0,4 % des foyers) début 2005, n'a cessé de s'accroître depuis pour concerner en 2010 plus de 7 millions de foyers (plus d'un quart des foyers) [figure 4]. La possibilité effective de conserver l'ancien numéro géographique, même en cas de changement d'opérateur, est intervenue assez rapidement après l'ouverture du marché des communications, de sorte que les foyers qui ne sont joignables que par un numéro commençant par 08 ou 09 représentent une part faible de l'ensemble de la population (de 2 à 4 % selon le Baromètre multimédia GfK-ISL/Médiamétrie et l'Arcep).

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

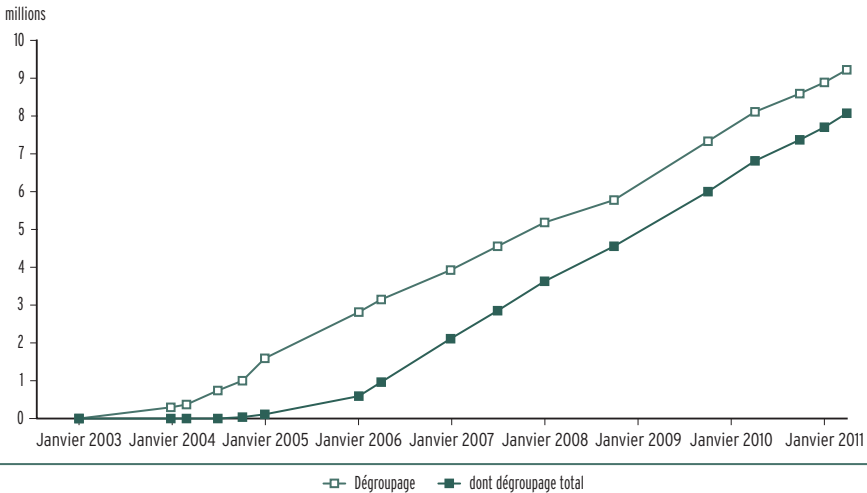
Pour tenter de prendre en compte cette nouvelle donne, la méthodologie du Baromètre santé 2010 a été adaptée dans la lignée de ce qui avait été fait lors du Baromètre santé nutrition 2008, et qui constituait une première en France [42]. Le principe reposait sur la nécessité d'éviter les doubles comptes de foyers. Ceux-ci correspondent aux foyers étant en dégroupement total, à qui un numéro en 08 ou 09 a été attribué, mais qui ont souhaité garder aussi leur ancien numéro géographique France Télécom d'avant le dégroupement. Ils ont donc deux numéros de téléphone affectés à une seule ligne, sans nécessairement connaître

l'existence du numéro en 08 ou 09, si bien qu'ils auraient pu être présents deux fois si on avait intégré dans la base de sondage les numéros en 08 et 09. Ils auraient ainsi eu deux fois plus de chance d'être sélectionnés que les autres, sans que nous ayons de possibilité de contrôle de cette probabilité d'inclusion.

Il n'était donc pas possible d'intégrer les numéros en 08 ou 09 à la base de sondage des téléphones fixes. Néanmoins, il apparaissait illégitime de les exclure d'emblée de la population enquêtée, d'autant plus qu'aucune information sur d'éventuelles spécificités de cette population n'était disponible.

FIGURE 4

Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage



Source : ARCEP, juin 2011.

Cette précaution a nécessité une adaptation de la méthode d'enquête qui consiste à identifier les « dégroupés en 08 ou 09 purs » par le biais des mobiles exclusifs. En effet, selon l'enquête « Référence des équipements multimédia » GfK-ISL/Médiamétrie, la quasi-totalité (environ 95 %) des foyers en dégroupage total possède un téléphone portable.

Deux échantillons ont été constitués : d'une part les ménages équipés d'une ligne fixe avec un numéro géographique, et d'autre part les ménages équipés d'un téléphone portable et injoignables par un numéro géographique. Ainsi, grâce à une question filtre posée à l'échantillon des individus contactés par leur mobile, il a été possible de récupérer les ménages déclarant détenir aussi une ligne fixe mais ne correspondant à aucun numéro géographique.

La structure de la population couverte par l'enquête selon son équipement téléphonique et le moyen de l'atteindre sont présentés dans le **tableau I**.

Les deux sections suivantes décrivent le protocole du tirage des échantillons des numéros fixes et mobiles.

ECHANTILLON DES MÉNAGES JOIGNABLES PAR UN NUMÉRO GÉOGRAPHIQUE

En l'absence d'annuaire universel, et dans la mesure où tous les annuaires disponibles souffrent de défauts de couverture assez importants, les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement par la société Survey Sampling International (SSI). À partir d'un fichier de 12 millions de numéros de téléphone qualifiés ont été extraites les racines (six premiers chiffres) attribuées par l'Arcep et effectivement utilisées. Un tirage aléatoire stratifié sur ces racines a ensuite été effectué, assurant la représentativité géographique de la population. Puis, pour chaque racine tirée, les 10 000 numéros de téléphone correspondant à ces

TABLEAU I

Équipement téléphonique et échantillonnage

Équipement téléphonique	Échantillon	Part de la population
Fixe géographique (01-05)	Filaire	82 %
Mobile exclusif	Mobile	12 %
Dégroupage total (08-09)	Mobile	5 %
Aucun équipement ou dégroupage total (08-09) sans mobile	–	< 1 %

six premiers chiffres ont été générés, avant un premier nettoyage effectué par la société SSI. Un second tirage aléatoire a ensuite été effectué sur ces numéros. Ce tirage a été effectué parmi les seuls numéros ayant un préfixe géographique, c'est-à-dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05, afin d'éviter les possibles doublons avec les numéros en 08 ou 09. Cette méthode a remplacé la méthode habituelle d'incréméntation à partir de l'annuaire France Télécom², pour laquelle se posait la question de la représentativité des opérateurs téléphoniques.

Après livraison du fichier final à l'institut de sondage, les numéros générés pouvaient correspondre à des numéros figurant dans l'annuaire (liste blanche), à des numéros sur liste rouge ou orange, à des numéros d'opérateurs ne figurant pas dans l'annuaire, à des numéros non attribués ou encore à des numéros internes d'entreprise. L'institut de sondage a donc appelé tous les numéros sans savoir *a priori* où aboutissait l'appel pour ceux ne figurant pas dans l'annuaire. Par rapport à une génération complètement aléatoire de numéros, telle qu'elle se pratique parfois aux États-Unis [43], cette procédure présente l'avantage de générer beaucoup moins de faux numéros, dans la mesure où le fichier initial est construit à partir de zones de numéros dont les préfixes ont été effectivement attribués³, et correspondent à des ménages plutôt qu'à des lignes professionnelles.

ÉCHANTILLON DES MÉNAGES NE POSSÉDANT QU'UN TÉLÉPHONE PORTABLE ET DES MÉNAGES DÉGROUPEÉS N'ÉTANT PAS JOIGNABLES PAR UN NUMÉRO GÉOGRAPHIQUE

L'échantillon des téléphones mobiles a été constitué de manière indépendante de l'échantillon des lignes fixes. Les préfixes des numéros de téléphone attribués aux différents opérateurs nationaux ont été utilisés pour la stratification de l'échantillon, en respectant leur importance en termes de parts de marché selon les données de l'Arcep. Ainsi, 42 % des numéros créés étaient des numéros attribués à Orange, 32 % à SFR, 20 % à Bouygues Telecom et 6 % aux autres opérateurs. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire.

Afin de caractériser les individus équipés exclusivement d'un mobile et ceux « dégroupés totaux sans numéro géographique », deux questions ont servi de filtre :
 ■ « À votre domicile, y a-t-il une ligne de téléphone fixe sur laquelle vous pouvez appeler ou être appelé ? » (Avec pour consigne aux enquêteurs de préciser qu'il ne s'agissait pas

2. Le dernier chiffre de chaque numéro était incrémenté (+ 1), ce qui aurait probablement augmenté les chances de rester sur un foyer abonné à France Télécom.

3. Il existe une phase pendant laquelle une racine a été allouée à un opérateur, mais pendant laquelle aucun numéro n'a encore été attribué.

d'une ligne uniquement dédiée à Internet.) En cas de réponse négative, le numéro était automatiquement classé éligible et affilié à l'échantillon « mobile exclusif » ;

■ dans le cas contraire (si l'enquêté déclarait posséder une ligne fixe sur laquelle il recevait des appels), la seconde question était posée : « *Votre domicile principal est-il*

joignable par un numéro géographique, c'est-à-dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05 ? »

En cas de réponse négative, le numéro était conservé dans la base des ménages « dégroupés totaux injoignables par un numéro géographique », alors que si la réponse était positive, le numéro était considéré comme inéligible et donc abandonné.

CHAMP DE L'ENQUÊTE, ÉLIGIBILITÉ ET SÉLECTION

CHAMP DE L'ENQUÊTE

La population couverte par le Baromètre santé 2010 concerne toutes les personnes résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires, c'est-à-dire équipées d'un téléphone fixe ou mobile (à l'exception des foyers équipés exclusivement d'un numéro fixe commençant par 08/09), et âgées de 15 à 85 ans.

ÉLIGIBILITÉ

Une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 15 à 85 ans, résidant habituellement⁴ dans le foyer pendant la durée de l'étude et parlant le français⁵. Au-delà du manque que constitue l'absence des populations les plus jeunes, les plus âgées, celles résidant en institution et les non francophones, ce choix des populations interrogées répond principalement à des contraintes techniques. En effet, une enquête par téléphone au domicile principal des individus risque de ne pas être représentative des populations les plus âgées. Dans les tranches d'âge très élevées, la fréquence des problèmes d'audition rend souvent plus difficile un entretien téléphonique. Or 24 % des hommes et 19 % des femmes de plus de 65 ans présentent un déficit auditif, tandis que parmi les 80 ans et plus, 40 % des personnes sont concernées par ces troubles [44]. Par ailleurs,

environ 12 % des personnes de 75 ans et plus résident en institution [45], cette proportion devenant beaucoup plus forte après 85 ans, avec une proportion importante résidant en institution médicosociale ou en maison de retraite sans forcément disposer d'une ligne téléphonique personnelle. La plupart de ces personnes vivent en maison de retraite (85 % environ), les autres sont essentiellement hébergées en unités de soins de longue durée des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, le protocole d'enquête nécessitait que les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, le critère d'inclusion étant que leur résidence principale se trouve sur le territoire métropolitain. Il s'agit principalement d'une contrainte financière, la gestion d'une équipe d'enquêteurs multilingue, complexe et coûteuse, aurait impliqué une nette diminution de la taille d'échantillon à coût équivalent.

Ces critères d'éligibilité étaient identiques quel que soit le mode d'interrogation (téléphone filaire ou mobile). Cas assez fréquent, les jeunes joints sur leur mobile, habitant chez leurs parents et disposant de

4. Dans le cas d'une personne ayant deux domiciles (ex. : étudiants), les enquêteurs avaient pour consigne de la compter uniquement si elle était présente au moins quatre jours par semaine au domicile.

5. Les personnes présentant une incapacité mentale ou physique les empêchant de répondre au questionnaire étaient par ailleurs considérées comme non éligibles.

la ligne téléphonique fixe de ces derniers étaient considérés comme hors cible, puisque susceptibles d'être choisis au sein de leur ménage pour intégrer l'échantillon des lignes fixes.

SÉLECTION

Une fois le ménage contacté, l'individu devait être sélectionné parmi les différentes personnes éligibles. Une seule personne participait à l'enquête au sein de chaque foyer. Contrairement aux Baromètres santé précédents, cette sélection n'a pas été opérée par la « méthode anniversaire », qui consiste à retenir le membre du foyer ayant la date d'anniversaire la plus proche à venir. La méthode retenue a été celle proposée par Leslie Kish et qui consiste à lister l'ensemble des membres du foyer, le système infor-

matique effectuant un tirage aléatoire de l'individu à interroger [46]. Cette méthode présente l'avantage de laisser moins d'initiative à la personne qui a décroché le téléphone [47, 48]. En effet, il apparaît que la probabilité d'équi-éligibilité des individus n'est pas toujours respectée, notamment parce que les femmes manifestent en général plus d'intérêt pour les enquêtes que les hommes et qu'elles répondent plus souvent au téléphone, au point parfois de s'auto-sélectionner par la date d'anniversaire. Dans l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » (ACSF) par exemple, il avait été montré, parmi les ménages comportant deux individus éligibles, que lorsqu'un homme décrochait il était interrogé dans 48 % des cas, alors que lorsque c'était une femme elle l'était dans 73 % des cas [49].

LE TERRAIN D'ENQUÊTE

Le terrain a été confié à l'institut de sondage GfK-ISL. La méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) qui a été utilisée repose sur un système interactif améliorant la productivité des enquêteurs et des chefs d'équipe dans le recueil des données. Elle s'appuie sur un logiciel qui gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, les prises de rendez-vous et les reprises d'interview, mais aussi le déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, chiffres impossibles signalés selon des spécifications particulières...) ou encore l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items. Dans le cas du Baromètre santé 2010, il s'agit du logiciel Converso (Converso®), qui permet par ailleurs de contrôler à tout moment des indicateurs tels que l'évolution des taux de refus (global ou

par enquêteur), la durée moyenne des différents modules du questionnaire.

Une enquête pilote a été menée en juin 2009 auprès de 251 personnes afin de tester les nombreuses nouvelles questions, les filtres, la durée moyenne du questionnaire. L'enquête s'est pour sa part déroulée dans les locaux de l'institut de sondage GfK-ISL, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 (avec une interruption au moment des fêtes de fin d'année). Au total, 139 enquêteurs, 9 superviseurs et 3 chefs d'équipe ont été impliqués dans la réalisation de cette enquête. En moyenne, 140 entretiens étaient réalisés par jour par une équipe de 35 à 77 enquêteurs encadrés par 5 superviseurs et 1 chef d'équipe.

Dix sessions de deux jours de formation ont été nécessaires pour préparer l'ensemble des enquêteurs. Les objectifs de la formation des enquêteurs étaient de présenter

l'enquête et sa finalité, ainsi que l'institution qui la conduisait. Le questionnaire a été entièrement déroulé et expliqué : comment poser les questions, indiquer les relances... Il s'agissait également de rappeler le principe d'un sondage aléatoire. Au cours de ces séances, les enquêteurs ont pu s'entraîner jusqu'à ce que la passation du questionnaire soit correcte. Cette étape s'avère cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité des données recueillies. Elle est aussi l'occasion d'élaborer des stratégies pour rendre l'entretien plus acceptable à l'enquêteur comme à l'enquêté, en particulier lorsqu'il s'agit de motiver l'acceptation des individus dont la ligne téléphonique est inscrite en liste rouge. Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées (intérêt de l'enquête, possibilité de prendre rendez-vous, possibilité de faire l'entretien en plusieurs fois...). Celle-ci proposait des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'enquête publique, que les enquêteurs ont appris à maîtriser au cours de la formation.

Le fichier d'adresses de l'étude a été scindé en plusieurs blocs afin d'assurer le caractère aléatoire de l'enquête (tout bloc d'adresses ouvert devant être entièrement exploité), mais également d'assurer une meilleure gestion des rendez-vous⁶.

Le terrain a été précédé de l'envoi de lettres-annonces à en-tête de l'Inpes à tous les ménages inscrits dans l'annuaire (l'annuaire inversé était utilisé pour récupérer l'adresse des ménages sur liste blanche pour l'envoi de cette lettre). Les autres se la voyaient proposer, le cas échéant, au moment de l'appel. Cette lettre mettait l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Son envoi s'est fait au fur et à mesure de l'ouverture des blocs d'adresses, de sorte que la lettre n'arrive pas

trop tôt avant les tentatives d'appel. L'intérêt principal de la lettre-annonce est qu'elle motive la participation à l'enquête. La vérification de sa réception n'était toutefois pas une condition à la réalisation de l'entretien : les enquêteurs n'avaient pas à s'assurer que leur interlocuteur l'avait effectivement reçue car la lettre ne lui était pas nécessairement adressée en son nom propre.

Une société de surveillance, l'Organisme de conformité du recueil des données (OCRD), était présente très régulièrement sur le terrain de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire, la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger et la bonne codification des refus. Cet organisme était chargé de veiller au respect des procédures définies dans le cahier des charges de l'institut de sondage, ce qui permettait de réajuster rapidement certaines situations dérogeant aux règles [50]. Par ailleurs, les concepteurs de l'enquête étaient très présents sur le terrain pour assurer, en lien avec l'OCRD, les chefs d'équipe et les superviseurs, un suivi rigoureux du recueil des données. Des débriefings avaient lieu chaque soir entre les chefs d'équipe et les superviseurs afin d'ajuster les passations. À la fin de l'enquête, deux séances de débriefing ont permis de faire le bilan de l'enquête avec l'ensemble des équipes engagées.

Dans l'objectif de rassurer les enquêtés et de renforcer le lien avec eux, un numéro vert (gratuit) disponible sur toute la durée de l'enquête a été mis en place afin de garantir aux personnes qui le souhaitaient qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par GfK-ISL pour le compte de l'Inpes, ainsi que d'apporter des précisions sur l'intérêt

6. Par bloc d'adresses, on entend une série de contacts possibles qui doit être totalement utilisée à partir du moment où elle est ouverte. Les premiers blocs contiennent beaucoup plus d'adresses que les suivants, les derniers blocs étant utilisés pour ajuster le nombre d'entretiens réalisés en fonction du taux de contact des adresses tentées et du taux d'acceptation de l'enquête.

de l'enquête en termes de prévention. Enfin, les enquêtés pouvaient se référer à une page spéciale de présentation de l'enquête qui avait été ajoutée sur le site internet de l'Inpes, de même qu'une annonce visible sur la page d'accueil du site.

Trois créneaux horaires avaient été définis pour la réalisation des interviews : les lundi, mardi et jeudi de 16 heures à 21 heures, les mercredi et vendredi de 12 heures à 21 heures et le samedi de 9 h 30 à 15 heures et de 16 heures à 20 heures. Les numéros qui ne répondaient pas ou aboutissaient à une messagerie vocale étaient recomposés automatiquement 60 ou 90 minutes plus tard selon le moment de la vacation. Les appels qui sonnaient occupé étaient en revanche retentés 15 minutes plus tard. Au maximum, trois appels par jour étaient tentés. Jusqu'à 40 tentatives étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'automate d'appel raccrochant après huit sonneries. Au bout de trois tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. L'impact de ces différentes précautions sur les résultats a fait l'objet d'études méthodologiques sur des sujets sensibles tels que les comportements sexuels [51], la santé mentale [52] ainsi que les usages de substances psychoactives [6]. Ces travaux ont montré que les caractéristiques des enquêtés difficiles à joindre et nécessitant de nombreux rappels justifiaient de persévérer au-delà de dix tentatives.

Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement. Une possibilité de rendez-vous « hors plage horaire » était offerte si la personne sélectionnée n'était pas joignable durant les horaires habituels d'appel. Par ailleurs, une interruption de questionnaire était possible

dès que l'enquêté souhaitait s'arrêter pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, il était rappelé ultérieurement pour une reprise d'interview. Lorsque les enquêteurs atteignaient une messagerie vocale, ils avaient pour consigne de ne pas laisser de message.

Enfin, un rappel des ménages ayant refusé l'enquête (que la sélection de la personne à interroger ait été effectuée ou non) par une équipe réduite d'enquêteurs spécialement formés a été mise en place afin de diminuer les taux de refus. Ces rappels étaient effectués au moins une semaine après le premier contact, à des heures et jours différents⁷. Ce type de rappel est classique dans les enquêtes aléatoires, notamment parce qu'il est possible d'avoir un autre membre du foyer plus disposé à répondre lors du rappel du primo-refus. Dans un second temps, à titre expérimental et pour faire face à des taux de refus particulièrement importants, un dédommagement a été proposé aux enquêtés ayant déjà refusé à deux reprises de participer, que ce soit au niveau du ménage ou au niveau individuel⁸, ainsi qu'aux personnes qui avaient abandonné le questionnaire en cours de passation. Les caractéristiques de ces individus feront l'objet d'analyses ultérieures.

7. Au total, au cours de cette phase de réexploitation réalisée parallèlement à l'étude principale, 44 000 adresses ont été réexploitées, ce qui a permis de récupérer 3 858 interviews, soit 14 % de l'échantillon global.

8. Au cours de cette phase de seconde réexploitation avec dédommagement, 22 000 adresses ont été réexploitées, ce qui a permis de récupérer 1 673 interviews au total, soit 6 % de l'échantillon global.

LE QUESTIONNAIRE

Une des difficultés principales des enquêtes téléphoniques est la nécessité de rester sur un temps d'entretien court, la durée optimale pour une enquête téléphonique ayant été estimée à 20-25 minutes par des travaux méthodologiques américains [53, 54].

Afin de se rapprocher de ces temps optimaux, lors du Baromètre santé 2005, l'échantillon avait été décomposé en deux grandes parties : un questionnaire court – 20 minutes – posé à tout l'échantillon, et un module supplémentaire de 25 minutes posé aux individus possesseurs d'une ligne téléphonique fixe mais pas aux individus joignables uniquement par portable. Ce choix se justifiait par les difficultés de communication liées à l'utilisation prolongée du téléphone portable (batterie, réseau...). En 2010 en revanche, suite notamment à l'amélioration des technologies du téléphone mobile, il a été décidé de ne pas écourter la durée du questionnaire pour les « portables exclusifs », et de poser

un module principal composé de variables utiles à l'ensemble des thèmes (variables sociodémographiques et variables transversales, pour une durée de 20 à 25 minutes) à tous les enquêtés, et de tirer aléatoirement trois sous-échantillons de 9 000 enquêtés environ pour leur poser à chacun un module contenant plusieurs thématiques, pour une durée de 10 minutes environ [tableau II]. Certaines questions n'ont même été posées qu'à un sixième de l'échantillon, comme par exemple la plupart des questions d'opinions, qui ont pour principal intérêt le suivi d'évolution, ainsi que toutes les questions qui n'ont pas vocation à être transversales et ne nécessitent pas une grande taille d'échantillon.

L'inconvénient d'une telle structuration est, bien sûr, que les variables présentes dans un des trois modules ne pourront être croisées qu'avec celles de leur module et celles du module principal, mais pas avec celles présentes dans les deux autres modules.

TABLEAU II

Structuration de l'échantillon du Baromètre santé 2010

Questionnaire principal : 27 653 <ul style="list-style-type: none"> ■ Renseignement signalétique ■ Qualité de vie 1 (SF 12) ■ Santé mentale 1 (MH5 - vitalité) ■ Téléphonie santé ■ Tabac 1 ■ Alcool 1 ■ Suicide ■ Sexualité, contraception, IST ■ Drogues illicites 1 ■ Jeu pathologique ■ Événements de vie et violences subies ■ Sommeil 1 ■ Maladies chroniques 1 ■ Handicap 1 ■ Caractéristiques sociales et précarité ■ Équipement téléphonique 	Sous-échantillon 1 : 9 110 <ul style="list-style-type: none"> ■ Perception de santé, sentiment d'information ■ Qualité de vie 2 ■ Maladies chroniques 2 ■ Handicap 2 ■ Accidents 	Sous-échantillon 1.1 : 4 592 <ul style="list-style-type: none"> ■ Internet et santé 	
	Sous-échantillon 2 : 8 782 <ul style="list-style-type: none"> ■ Santé travail ■ Conduites alimentaires ■ Alcool 2 ■ Santé mentale 2 ■ Médicaments psychotropes et psychothérapies ■ Drogues illicites 2 ■ Sommeil 2 	Sous-échantillon 1.2 : 4 518 <ul style="list-style-type: none"> ■ Alzheimer 	
	Sous-échantillon 3 : 9 761 <ul style="list-style-type: none"> ■ Vaccinations ■ Maladies infectieuses ■ Sexualité, contraception 2 	Sous-échantillon 3.1 : 4 880 <ul style="list-style-type: none"> ■ Tabac 2 ■ Douleurs 	Sous-échantillon 3.2 : 4 881 <ul style="list-style-type: none"> ■ Virus respiratoires

Dans le cas des entretiens réalisés sur portable, l'autonomie des batteries n'a pas posé de problèmes particuliers et il y a eu relativement peu d'interruptions de la communication en cas de mobilité, sachant qu'il était toutefois possible de prendre rendez-vous pour faire l'entretien

sur un téléphone fixe du choix de l'enquêté, solution qui, dans les faits, a été peu utilisée.

Au final, le questionnaire durait en moyenne environ 32 minutes.

Le questionnaire, reproduit *in extenso* en annexe, se composait des modules énumérés dans le **tableau II**.

BILAN D'EXPLOITATION, PROFIL DES ÉCHANTILLONS

LES ÉCHANTILLONS OBTENUS

Afin de disposer d'une puissance statistique suffisante pour étudier des comportements rares, mesurer les évolutions et effectuer des croisements de variables à des niveaux suffisamment fins, la taille de l'échantillon visée était de 25 000 à 30 000 individus de 15 à 85 ans.

Au final, 27 658 personnes ont été interrogées, comprenant 23 607 individus joints par un numéro géographique (dont 8 150 issus d'un foyer inscrit sur liste rouge) et 4 051 individus contactés *via* un téléphone mobile. Après un nettoyage du fichier ayant entraîné la suppression de 5 individus présentant des réponses incohérentes, l'échantillon national obtenu peut être schématisé comme suit [tableau III].

Pour déterminer les taux de participation à l'enquête, il est nécessaire de mettre en rapport le nombre de répondants et le nombre d'individus éligibles (les autres étant hors champ). Or les « refus immédiats des ménages », de même que les « rendez-

vous ménages non aboutis » interviennent avant que l'on ait pu déterminer l'éligibilité du foyer. Si la grande majorité de ces refus sont des ménages éligibles, certains correspondent néanmoins à des hors-champ. Il va en particulier s'agir des personnes âgées de plus de 85 ans vivant seules et souvent peu enclines à répondre aux enquêtes téléphoniques, au point de ne pas répondre aux quelques questions permettant de déterminer l'éligibilité du foyer. Il peut s'agir également des détenteurs de téléphone mobile raccrochant rapidement après le contact mais qui disposent en fait d'une ligne fixe. Il est donc nécessaire d'estimer la part de ces refus correspondant à des ménages non éligibles (proportion attendue d'inéligibles).

Si on applique aux refus immédiats des ménages les mêmes proportions de résidence secondaire, d'équipement en ligne fixe pour l'échantillon mobile, de ménages sans personne dans la tranche d'âge et de ménages ou personnes impossibles que celles observées sur les ménages dont l'éligibilité a pu être déterminée, 15 %

TABLEAU III

Structure de l'échantillon

	n
Lignes fixes joignables en 01... 05	23 605
Possesseurs de portable ayant une ligne fixe injoignables en 01... 05	1 104
Portables exclusifs	2 944
Total	27 653

des refusants de l'échantillon filaire, et 77 % de l'échantillon mobile, peuvent être classés en ménages inéligibles.

Le nombre de ménages interrogeables peut être alors estimé à 44 832 dans l'étude filaire et à 9 508 dans l'étude mobile. Les taux de refus observés à la fin de l'enquête, hors abandons et rendez-vous non honorés, peuvent donc être estimés à 39 %, autant dans l'étude filaire que dans l'étude mobile **[tableau IV]**. Ces taux de refus apparaissent en progression par rapport aux enquêtes menées par l'Inpes en 2005 et 2007 **[55, 56]**, et bien supérieurs à ceux observés avant les années 2000. Cette difficulté à obtenir de bons taux de réponse dans les enquêtes téléphoniques est constatée depuis quelques années aux États-Unis **[57, 58]** comme en France **[59]**.

Concernant l'échantillon de mobiles, 100 419 numéros ont été générés, soit environ 25 numéros pour une interview réalisée, ce qui est supérieur à ce qui avait été nécessaire lors du Baromètre santé 2005 (environ 13 numéros pour une interview réalisée) et lors du Baromètre santé nutrition 2008 (environ 20 numéros pour une interview réalisée), ceci étant en partie dû au fait que la proportion des portables exclusifs a diminué par rapport à 2005. Parmi ces répondants, 1 104 disposaient d'une ligne fixe et n'étaient pas joignables par un numéro géographique, ils ont donc constitué la base des ménages dégroupés. Au final, ils représentent 4 % de l'ensemble des individus interrogés dans l'enquête, ce qui correspond à l'effectif attendu et s'avère rassurant quant à la qualité du déclaratif à la question du numéro géographique.

CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS ÉCHANTILLONS

Les caractéristiques sociodémographiques des trois échantillons soulignent à quel point cet échantillonnage complexe reflète

une réalité sociale différente selon le mode d'équipement téléphonique.

Ainsi, l'échantillon des téléphones portables exclusifs est constitué d'une proportion d'hommes plus importante que celle observée parmi les détenteurs de téléphones fixes (52,0 % contre 43,1 %, $p < 0,001$). La population des mobiles exclusifs et des individus n'étant pas joignables par un numéro géographique (dégroupés 08-09) est par ailleurs massivement composée de jeunes adultes, plus de la moitié d'entre eux ayant moins de 34 ans, contre 22,9 % dans l'étude filaire, et moins de 10 % d'entre eux ont plus de 55 ans. Les interviewés de l'échantillon filaire habitent en outre nettement plus souvent en zone rurale que les deux autres groupes. Si les personnes détentrices exclusivement de téléphones portables sont en proportion plus nombreuses à être au chômage, affichent des revenus et des diplômes moins élevés et comptent davantage d'ouvriers, ces caractéristiques sociales ne sont en revanche pas observées chez les individus en dégroupage n'étant pas joignables par un numéro géographique, qui affichent pour leur part des situations favorables en termes de diplôme et de salaire **[tableau V]**.

DES SURÉCHANTILLONS DANS NEUF RÉGIONS

En plus de l'échantillon national, de nombreuses régions ont souhaité constituer un suréchantillon au sein de leur territoire, soit sur l'ensemble des 15-85 ans, soit sur une population de jeunes. Ces échantillons ont été constitués de manière indépendante, mais les bases de données finales résultent de l'agrégation de l'extrait de l'enquête nationale correspondant à la région et du suréchantillon. Des échantillons régionaux d'environ 1 000 individus chacun ont ainsi été ajoutés à l'extrait de l'enquête nationale dans neuf régions (Auvergne,

TABLEAU IV

Description des bases de sondage du Baromètre santé 2010

	Échantillon filaire		Échantillon mobile	
	Bilan révisé		Bilan révisé	
	Effectif	% utilisable	Effectif	% utilisable
BASE DES ADRESSES	73 070		100 419	
% non utilisable techniquement				
Hors cible	13 138		47 653	
% non utilisable étude				
Résidence secondaire/ligne fixe 01-05	760		19 864	
Hors tranche d'âge	1 684		301	
Ménage ou personne impossible	3 170		1 498	
Ménage injoignable	7 066		11 403	
<i>Réajustement version révisée</i>	2 420		10 192	
Total	15 100		43 258	
BASE UTILISABLE	44 832		9 508	
% refus				
Refus ménage immédiat	13 122	29,30 %	2 728	28,70 %
Refus ménage différé	2 157	4,80 %	506	5,30 %
Refus individu	2 436	5,40 %	495	5,20 %
Total	17 715	39,50 %	3 729	39,20 %
% échec d'exécution				
RDV ménage (pas de sélection)	377	0,80 %	317	3,30 %
RDV ménage (sélection effectuée)	475	1,10 %	475	5,00 %
RDV individu/individu injoignable	185	0,40 %	246	2,60 %
Abandon interview	2 473	5,50 %	690	7,30 %
Total	3 510	7,80 %	1 728	18,20 %
% réalisation				
Interview	23 607	52,70 %	4 051	42,60 %

Révision : 15,2 % de personnes inéligibles parmi les « refus ménages immédiats » et les « rendez-vous ménages non aboutis » (pour lesquels il n'y a pas eu de sélection).

Lecture :

Hors cible : faux numéros et entreprises.

Résidence secondaire/ligne fixe 01-05 : le numéro de téléphone est celui d'une résidence secondaire. Pour l'échantillon mobile, le ménage dispose d'une ligne fixe avec un numéro géographique pour appeler.

Hors tranche d'âge : aucune personne dans le foyer n'a entre 15 et 85 ans.

Ménage ou personne impossible : dialogue impossible, car non francophone ou a une incapacité physique ou mentale l'empêchant de répondre au questionnaire, ou personne sélectionnée absente pendant la durée de l'étude.

Ménage injoignable : sans réponse ou occupé lors des 40 appels.

Refus ménage immédiat : refus de l'interlocuteur du foyer avant la sélection de la personne éligible.

Refus ménage différé : refus de l'interlocuteur du foyer de passer la personne sélectionnée. La sélection de la personne à interroger a été faite, c'est-à-dire qu'il a été vérifié que l'on appelle au domicile habituel (non pas une résidence secondaire) et qu'on connaît le nombre de personnes éligibles dans le foyer.

Refus individu : refus de la personne sélectionnée.

Rendez-vous ménage (pas de sélection) : au moins un rendez-vous avant la sélection de la personne éligible et 39 appels qui n'ont pas donné suite.

Rendez-vous ménage (sélection effectuée) : rendez-vous pris une fois la sélection de la personne éligible effectuée, et 39 appels qui n'ont pas donné suite.

Rendez-vous individu : rendez-vous pris en cours de questionnaire, non honoré au final.

Abandon interview : abandon en cours d'entretien.

TABLEAU V

Caractéristiques des différents échantillons

	Fixes géographiques (n = 23 605)	Mobiles exclusifs (n = 2 944)	Dégroupés (n = 1 104)
Sexe			
Homme	43,1	52,0	47,3
Femme	56,9	48,0	52,7
Âge			
15-19 ans	5,6	6,2	6,2
20-25 ans	5,7	24,9	18,9
26-34 ans	11,6	27,2	31,0
35-44 ans	19,3	18,7	23,6
45-54 ans	17,4	13,4	12,1
55-64 ans	20,1	7,5	6,2
65-74 ans	12,2	1,9	1,7
75-85 ans	8,1	0,3	0,4
Âge 2			
15-34 ans	22,9	58,2	56,1
35-54 ans	36,7	32,0	35,7
55-85 ans	40,4	9,8	8,2
Taille de l'agglomération			
Commune rurale	29,8	16,3	9,3
< 20 000 habitants	19,4	16,7	13,8
20 000-99 999 habitants	12,2	15,4	12,1
100 000-199 999 habitants	4,7	7,4	6,7
200 000 et plus	20,6	28,0	34,5
Agglomération parisienne	13,3	16,0	23,6
Région UDA			
Région parisienne	15,4	17,8	26,4
Nord	7,0	8,4	7,0
Est	9,8	8,2	8,2
Bassin parisien ouest	9,9	9,1	7,1
Bassin parisien est	8,0	8,3	6,6
Ouest	14,3	11,2	9,5
Sud-Ouest	11,8	11,4	8,6
Sud-Est	12,7	9,9	13,9
Méditerranée	11,2	15,8	12,8
Diplôme			
Aucun diplôme	9,0	15,4	8,2
Inférieur au bac	42,8	39,8	32,4
Bac	17,5	20,1	19,2
Bac +2	11,6	10,3	14,4
Bac +3 +4	10,6	8,3	12,8
Bac +5	8,6	6,2	13,0
Revenu/UC			
Inférieur à 1100 euros	27,4	47,1	33,5
De 1100 à 1799 euros	39,2	36,6	36,0
1800 euros et plus	33,4	16,3	30,6

TABLEAU V (SUITE)

	Fixes géographiques	Mobiles exclusifs	Dégroupés
Situation professionnelle			
Travail	52,5	56,6	69,1
Études	7,6	13,5	11,2
Chômage	5,3	16,2	9,1
Retraite	28,8	5,2	4,5
Inactifs	5,7	8,3	5,9
PCS			
Agriculteurs exploitants	2,6	0,8	0,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,0	6,0	3,6
Cadres, professions intellectuelles supérieures	19,6	11,4	20,2
Professions intermédiaires	27,8	18,4	28,9
Employés	25,7	30,4	26,4
Ouvriers	17,6	31,7	20,0

Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Haute-Normandie), tandis que deux régions (Aquitaine et Île-de-France) se sont contentées de récupérer l'extrait de l'enquête nationale correspondant à leurs résidents, dans la

mesure où ceux-ci étaient assez nombreux. Ces enquêtes indépendantes sont déclinées dans des publications *ad hoc*, région par région, permettant ainsi, ce qui est à souligner, de porter un regard régional sur les comportements de santé.

PROBABILITÉ D'INCLUSION ET REDRESSEMENT

PROBABILITÉ D'INCLUSION

Étant donné que le Baromètre santé est une enquête téléphonique à deux degrés, impliquant la sélection du ménage puis de l'individu, le calcul de la probabilité d'inclusion d'un individu résulte de deux informations :

- le nombre de lignes téléphoniques dont dispose le ménage. Pour ce faire, il était demandé à l'enquêté, en fin de questionnaire, le nombre de lignes téléphoniques du foyer dont le numéro a un préfixe géographique (ou le nombre de téléphones mobiles dans le foyer pour l'échantillon mobiles) ;
- le nombre de personnes éligibles au sein du foyer parmi lesquelles la sélection a été effectuée. Cette information est aisément obtenue à partir de la description de la

composition du foyer, nécessaire pour l'utilisation de la méthode Kish.

À partir de ces informations, la probabilité d'inclusion d'un individu est calculée en divisant le nombre de lignes téléphoniques du foyer par le nombre de personnes éligibles, une pondération inversement proportionnelle à cette probabilité lui étant ensuite affectée.

REDRESSEMENT

Dans l'échantillon de l'enquête, certaines catégories de population apparaissent sous-représentées, d'autres surreprésentées, notamment du fait de la non-réponse inégalement répartie au sein de la population. Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête,

on fait en général l'hypothèse que les individus manquant dans une catégorie ont un profil plus proche de ceux des individus répondant de cette catégorie que de ceux de l'ensemble de l'échantillon, ce qui conduit à procéder à un redressement. Le principe est de modifier le poids de chaque individu de l'échantillon (au départ égal à l'inverse de la probabilité d'inclusion pour chacun) afin de corriger les éventuelles erreurs d'échantillonnage. Pour cela, on a recours à des informations auxiliaires corrélées avec les variables d'intérêt de l'étude afin d'augmenter la précision des estimateurs. Le calage permet de construire des estimations corrigées du biais de non-réponse. En modifiant l'échantillon pour le contraindre à adopter la structure de la population globale, le calage tient compte des spécificités de cette population et améliore de ce fait la représentativité de l'échantillon [60].

Après avoir été pondérées pour tenir compte de la probabilité de tirage au sein du ménage, les données ont été calées sur les données de l'enquête emploi de 2008, le recensement rénové de la population n'étant pas encore disponible lors des opérations de calage. Il s'agit d'un calage sur marges, dont l'objectif est de faire coïncider la structure de l'échantillon avec celle de la population pour certains critères.

Depuis 1992, les Baromètres santé de l'Inpes sont redressés sur le sexe (croisé par l'âge en tranches décennales, sauf pour les plus jeunes, pour qui les comportements peuvent extrêmement varier entre le début et la fin de l'adolescence et pour qui des tranches d'âge quinquennales sont utilisées), la taille d'agglomération de résidence et la région UDA (Union des annonceurs) de

résidence (découpage du territoire métropolitain en neuf grandes zones). Dans la mesure où ces enquêtes apparaissent déstructurées sur le niveau de diplôme (les plus diplômés sont surreprésentés dans la base), il a été décidé de prendre également en compte cette dimension dans le redressement [tableau VI].

Une pondération spécifique a été créée pour chaque sous-échantillon, soit huit pondérations en tout. Elles tiennent toutes compte du sexe, de l'âge, de la région, de la taille d'agglomération, du diplôme le plus élevé obtenu par l'individu, de l'équipement téléphonique ainsi que de la probabilité de tirage au sort au sein du foyer.

Par ailleurs, pour les évolutions, il a été choisi de recalculer des pondérations spécifiques pour les anciens exercices de l'enquête sur les critères retenus en 2010 (c'est-à-dire intégrant le diplôme, à l'inverse de ce qui était fait depuis 1992), et en utilisant les données les plus contemporaines de ces exercices (les marges de calage du Baromètre santé 2005, établies lors de son analyse à partir du recensement de 1999, ont ainsi été mises à jour à partir de l'enquête emploi 2005). Les prévalences ou moyennes calculées avec ces pondérations spécifiques sont donc parfois légèrement différentes de celles diffusées dans les ouvrages précédents.

De nombreux autres redressements ont également été effectués (avec et sans le diplôme, ou sans la PCS de la personne de référence du ménage notamment), afin de tester la robustesse des choix effectués en explorant l'incidence des choix de variables intégrées dans le calage.

TABLEAU VI

Comparaisons entre les marges obtenues et les marges de référence

	Résultats bruts (%)	Marges utilisées (%)
Sexe et âge		
Hommes		
15-19 ans	2,9	3,9
20-25 ans	4,0	4,6
26-34 ans	6,4	7,0
35-44 ans	9,1	8,7
45-54 ans	7,5	8,4
55-64 ans	7,7	7,6
65-74 ans	4,5	4,6
75-85 ans	2,4	3,3
Femmes		
15-19 ans	2,9	3,7
20-25 ans	4,3	4,7
26-34 ans	7,6	7,2
35-44 ans	10,3	9,0
45-54 ans	9,3	8,8
55-64 ans	10,6	8,0
65-74 ans	6,2	5,4
75-85 ans	4,6	5,1
UDA		
Île-de-France	16,0	18,7
Nord-Pas-de-Calais	7,1	6,4
Est	9,6	8,6
Bassin parisien ouest	9,7	9,3
Bassin parisien est	8,0	7,8
Ouest	13,8	13,5
Sud-Ouest	11,6	11,1
Centre-Est	12,4	12,0
Méditerranée	11,7	12,6
Agglomération		
Commune rurale	27,5	25,6
< 20 000 habitants	18,9	17,4
20 000-99 999 habitants	12,6	12,7
100 000-199 999 habitants	5,1	5,5
200 000 habitants et plus	22,0	22,5
Agglomération parisienne	14,0	16,2
Équipement téléphonique		
Fixe (dont dégroupés)	89,3	87,3
Exclusifs mobile	10,7	12,7
Diplôme		
Sans diplôme	9,6	19,0
Inférieur au bac	42,0	42,5
Bac ou équivalent	17,8	17,0
Bac +2	11,6	9,8
Bac +3 +4	10,4	6,5
Bac +5 ou plus	8,5	5,2

MÉTHODES D'ANALYSE ET INTERPRÉTATIONS

Il s'agit ici de présenter succinctement le principe des différentes méthodes statistiques mises en œuvre dans cet ouvrage, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Trois logiciels ont été utilisés : Stata (version 10 SE) et SPSS (version 15.0) pour la statistique descriptive et les modélisations, R 2.12.1 (packages *Survey* et *Sampling*) pour le calage sur marges.

Dans les différents chapitres, il est souvent question de « significativité » (par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau). Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux variables, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse qu'un comportement de santé tel que la consommation quotidienne d'alcool est indépendant du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Or, il apparaît que 18,9 % des hommes interrogés ont déclaré un tel comportement, contre 6,9 % des femmes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le sexe et la consommation quotidienne d'alcool soient indépendants dans l'ensemble de la population.

Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs millions. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à rejeter l'hypothèse d'indépendance, et donc *a contrario* à conclure que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de significativité » (ou « risque de première espèce ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées. On dira donc d'une relation statistique qu'elle est « signi-

ficative au seuil p » si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p . Les seuils utilisés sont 5 %, 1 %, 0,1 %, notés respectivement $p < 0,05$, $p < 0,01$ et $p < 0,001$. Lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser à quel seuil, il s'agit généralement de 5 % : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance. L'absence de lien entre deux variables est signalée par le sigle « ns » (non significatif).

Les statistiques descriptives ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques entre des variables, mais ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques ou d'autres facteurs de confusion possibles. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans le modèle. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Dans le cas d'une variable à expliquer « qualitative à deux modalités », comme dans la plupart de nos analyses, on utilise un modèle de régression que l'on appelle « logistique ». Pour interpréter les résultats des régressions, on a recours à la notion anglo-saxonne d'« odds-ratio » (OR) [61]. Supposons par exemple que l'on s'intéresse à l'influence du sexe sur une opinion. Si l'odds-ratio associé à la modalité « femme » vaut 1,3, la convention d'interprétation que nous utiliserons sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, une femme a 1,3 fois plus de chances qu'un homme d'avoir une telle opinion. Dans la mesure où le

niveau de diplôme n'a pas le même sens pour les individus encore en cours d'études et pour ceux les ayant achevées, les régressions logistiques intégrant cette variable ont été réalisées en tenant compte des interactions âge/diplôme.

Dans certaines études, les régressions sont parfois utilisées à des fins prédictives, mais ce n'est pas le cas de celles qui sont présentées dans cet ouvrage. Leur objectif est descriptif, il s'agit de contrôler les effets de structure, mais pas à proprement parler de mesurer avec précision la force des liens, tout au plus de les hiérarchiser. On ne cherche pas à prédire, mais à s'assurer qu'une variable n'en médiate pas une autre.

Enfin, il semble utile de donner une grille de lecture aux tableaux présentés dans cet

ouvrage. Dans les tableaux présentant les résultats des régressions logistiques figurent également les croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Le seuil de significativité correspondant à ce test est exprimé par l'absence (non significatif) ou la présence d'une étoile (si $p < 0,05$), de deux étoiles (si $p < 0,01$) ou de trois étoiles (si $p < 0,001$) juste au-dessus des pourcentages présentés [tableau VII].

Il convient enfin de préciser que les analyses sont nourries de la présence sur le terrain des concepteurs de l'enquête, que ce soit lors de la passation des entretiens ou lors des débriefings au terme de l'enquête, ainsi que de la lecture des commentaires libres parfois laissés par les enquêtés à la suite de leurs réponses aux questions fermées.

TABEAU VII

Facteurs associés aux ivresses régulières parmi les étudiants

	Effectif	%	OR ajustés	IC
Sexe		***		
Homme	1 071	15,9	3,8***	2,8 ; 5,2
Femme (réf.)	1 154	5,3	1	
Âge		***		
15-17 ans	914	5,0	0,4***	0,2 ; 0,6
18-20 ans (réf.)	738	13,8	1	
21-30 ans	573	14,5	0,9	0,6 ; 1,3

Lecture : les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à déclarer des ivresses régulières (15,9 % contre 5,3 %, écart significatif à $p < 0,1$ %). Cet écart est confirmé après contrôle de certains effets de structure, les hommes ayant plus de chances (3,8 fois) d'avoir ce comportement que les femmes ($p < 0,1$ %). L'intervalle de confiance (IC) de l'odds-ratio (OR) est compris entre 2,8 et 5,2.

Relecteurs

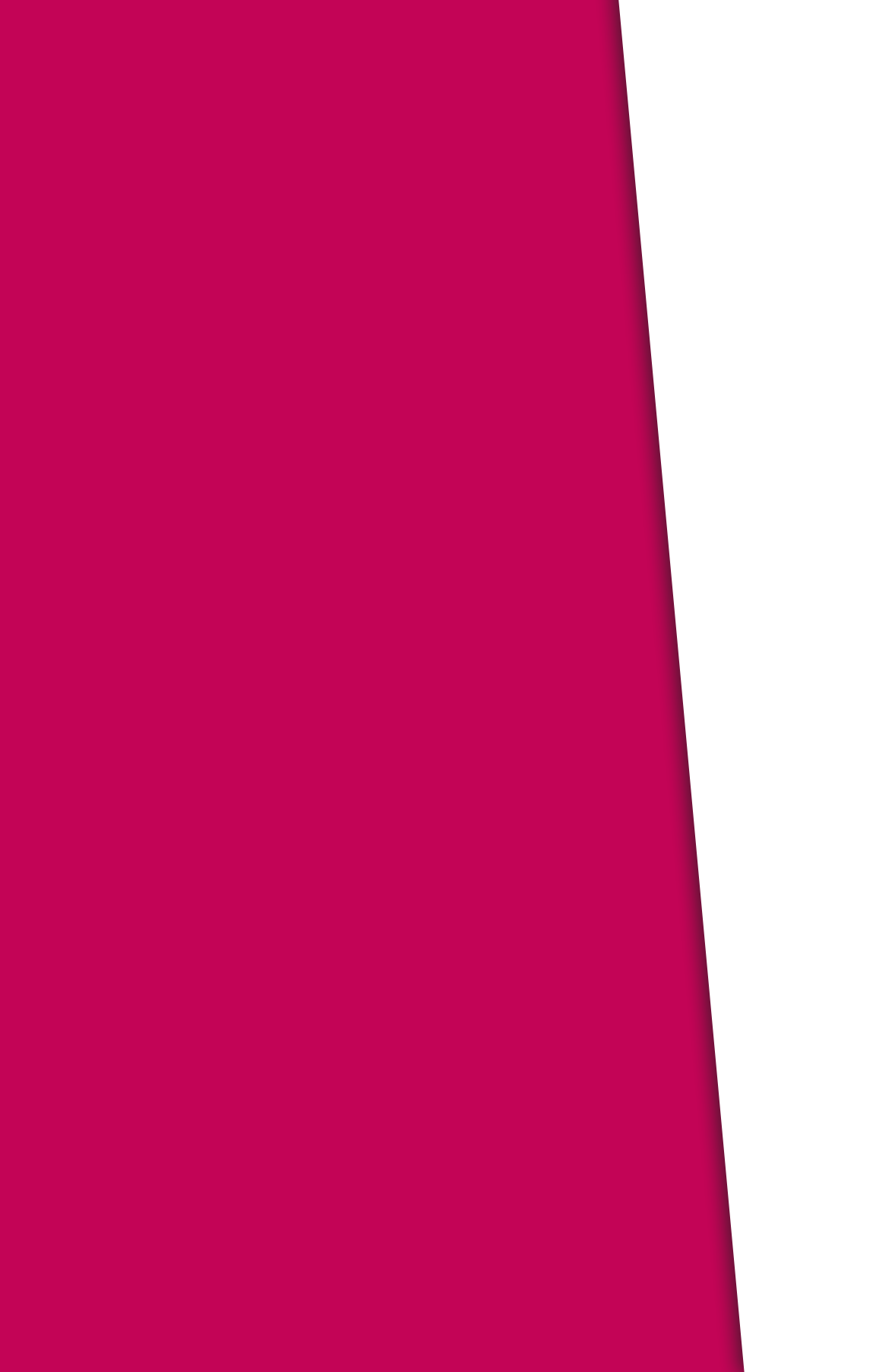
Nathalie Beltzer (ORS IdF)
Régis BIGOT (Crédoc)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Baudier F., Dressen C., Alias F. *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*. Vanves : CFES, 1994 : 165 p.
- [2] Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : 608 p.
- [3] Baudier F., Arènes J. *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
- [4] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètre santé 2000, volume 2 : résultats*. Vanves : CFES, 2001 : 204 p.
- [5] Cumming R. G. Is Probability Sampling Always Better ? A comparison of results from a quota and a probability sample survey. *Community Health Studies*, 1990, vol. 14, n° 2 : p. 132-137.
- [6] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 2005, vol. 86 : p. 5-29.
- [7] Nagelhout G. E., Willemsen M. C., Thompson M. E., Fong G. T., Van den Putte B., De Vries H. Is Web interviewing a good alternative to telephone interviewing ? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *BMC Public Health*, 2010, vol. 10, n° 1 : p. 351.
- [8] Scherpenzeel A., Bethlehem J. How representative are online panels ? Problems of coverage and selection and possible solutions. In : Das M., Ester P., Kacmirek L. *Social Research and the Internet : Advances in Applied Methods and New Research Strategies*. New York : Taylor & Francis, 2010 : p. 105-132.
- [9] Beck F., Legleye S. *Représentativité et enquêtes Web*. Ateliers de modélisation et méthodes statistiques en sciences sociales M2S3, Paris : ENS, 20 mars 2012.
- [10] Bohet A., Moreau C. *Projet fécond et fécond médecin*. séminaire IRESP « Enquêtes en population générale sur Internet », Paris, 9 février 2011.
- [11] Beltzer N., Bigot R., Beck F., Toulemon L., David C., Grémy I., et al. Vers une nouvelle méthodologie des enquêtes en santé réalisées à partir d'abonnés au téléphone. In : Tremblay M.-E., Lavallée P., El Haj Tirari M. *Pratiques et Méthodes de sondage*. Paris : Dunod 2011 : p. 288.
- [12] Hu S. S., Balluz L., Battaglia M. P., Frankel M. R. Improving public health surveillance using a dual-frame survey of landline and cell phone numbers. *American Journal of Epidemiology*, 2011, vol. 173, n° 6 : p. 703-711.
- [13] Beck F., Guignard R., Legleye S. L'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives : une comparaison entre EVS et le Baromètre santé 2005. In : Beck F., Cavalin C., Maillochon F. *Violences et Santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, 2010 : p. 259-272.
- [14] Potthoff R. F. Telephone sampling in epidemiologic research : to reap the benefits, avoid the pitfalls. *American Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 139, n° 10 : p. 967-978.
- [15] Bigot R., Croutte P. *La Diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*. Paris : Arcep, Credoc, 2012 : 290 p.
- [16] Roslow S., Roslow L. Unlisted phone subscribers are different. *Journal of Advertising Research*, 1972, vol. 12, n° 4 : p. 35-43.
- [17] Moberg P. E. Biases in unlisted phone numbers. *Journal of Advertising Research*, 1982, vol. 22, n° 4 : p. 51-55.
- [18] Fréjean M., Panzani J.-P., Tassi P. Les ménages inscrits en liste rouge et les enquêtes par téléphone. *Journal de la Société de statistique de Paris*, 1990, vol. 131 : p. 86-102.
- [19] Ambroise P., Mauris P. L'usage du téléphone dans les sondages. In : Brossier G., Dussaix A. *Enquêtes et Sondages : méthodes, modèles, applications, nouvelles approches*. Paris : Dunod, 1999 : p. 331-337.
- [20] Riandey B., Firdion J.-M. Vie personnelle et enquête téléphonique : l'exemple de l'enquête ACSF. *Population*, vol. 48, n° 5, 1993 : p. 1257-1280.
- [21] Riandey B., Leridon H. Données et enquêtes sensibles. *Population*, 1999, vol. 54, n° 2 : p. 225-229.
- [22] Beck F., Arwidson P., Firdion J.-M., Jaspard M., Grémy I., Warszawski J. L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications. In : Droesbeke J., Lebart L. *Enquêtes, Modèles et Applications*. Paris : Dunod, 2001 : p. 285-293.
- [23] Bigot R., Croutte P. La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française. *Collection des Rapports du CREDOC*, 2010, n° 220.
- [24] Roy G., Vanheuverzwyn A. *Mobile Phone in Sample Surveys*. International Conference on Improving Surveys, Copenhagen, 2002.
- [25] Rouquette C. *La percée du téléphone portable et d'Internet*. Insee première, 2000, n° 700 : 4 p.
- [26] Sautory O. L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication (TIC). *Études et Résultats*, n° 557, février 2007 : 8 p.
- [27] Bigot R., Croutte P. *La Diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*. Paris : Credoc, 2011 : 244 p.
- [28] Roy G., Vanheuverzwyn A. Le téléphone mobile dans les enquêtes par sondage. *Journées de méthodologie statistique*, Paris, 4-5 décembre 2000.
- [29] Kishimba N., Razafindratsima N. L'influence du téléphone portable sur le suivi et la déclaration des rapports sexuels dans l'enquête Cocon. In : Ardilly P. *Échantillonnage et Méthodes d'enquête*. Paris : Dunod, 2004 : p. 279-284.

- [30] Amschler H. *People in Cell Phone Households – Are their Reading Habits Different?* EMRO conference : European Media Research Organisation, Kuopio (Finlande), 17-18 mai 2003.
- [31] Le Goff E. *Radio Surveys on Mobile Phones and Fixed Line Phones*. Worldwide Audience Measurement Conference, Genève (Suisse), 13-18 juin 2004.
- [32] Nathan G. Telesurvey methodologies for household surveys. A review and some thoughts for the future? *Survey Methodology*, 2001, vol. 27, n° 1 : p. 7-32.
- [33] Sandell L. *Finland : a Short Discussion on Methodology Issues Related to the Increase Use of Mobile Phone*. EMRO conference : European Media Research Organisation, Locarno (Suisse), 10 juin 2001.
- [34] Jenkins V. The impact of mobile phones on sampling. *The Frame*, septembre 2001.
- [35] Nicolaas G., Lynn P. Random-digit dialling in the UK : viability revisited. *Journal of the Royal Statistical Society*, 2002, vol. 165, n° 2 : p. 297-316.
- [36] Futsaeter K. *Mobile Phones : a New Challenge for Research*. EMRO conference : European Media Research Organisation, Sissi (Grèce), juin 2002.
- [37] Kuusela V., Vikki K. *Change of Telephone Coverage Due to Mobile Phones*. International Conference on Survey Nonresponse, Portland OR, 28-31 octobre 1999.
- [38] Fuchs M. *Non Response in Cellular Phone Survey. Experience from a Comparison with a Regular CATI Study*. Fifth International Conference : International Sociological Association, Cologne, 2000.
- [39] Fleeman A., O'Hare B., Cohen E. *Adding « Cell Phone Only » Households in a Radio Measurement Service : a U.S. Experience*. ESOMAR, Radio Conference, Montréal (Canada), 2005.
- [40] Gautier A., Beck F., Marder S., Legleye S., Riandey B., Gayet B. Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. In : Lavallée P., Rivest L. *Méthodes d'enquêtes et Sondages. Pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 60-63.
- [41] Beck F., Gautier A., Marder S. *Le Recours au téléphone dans les enquêtes en population générale sur les sujets sensibles : viabilité et dernières avancées méthodologiques*. Conférence de méthodologie en sciences sociales (M2S3). Paris : ENS 2006.
- [42] Beck F., Gautier A., Guignard R. Méthode d'enquête du Baromètre santé nutrition 2008. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : p. 39-63.
- [43] Orden S. F., Dyer A. R., Liu K., Perkins L., Ruth K. J., Burke G., et al. Random digit dialing in Chicago CARDIA : comparison of individuals with unlisted and listed telephone numbers. *American Journal of Epidemiology*, 1992, vol. 135, n° 6 : p. 697-709.
- [44] Sermet C. Démographie et état de santé des personnes âgées. In : Franco A., Jeandel C., Moulias R., Ruault G., Vetel J. *Livre blanc de la gériatrie française*. Paris : ESV production, 2004 : p. 25-32.
- [45] Désesquelles A., Brouard N. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*, 2003, vol. 58, n° 2 : p. 201-227.
- [46] Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *Journal of the American Statistical Association*, 1949, vol. 44 : p. 380-387.
- [47] Oldendick R. W., Bishop G. F., Sorenson S. B., Tuchfarber A. J. A comparison of the kish and last birthday methods of respondent selection in telephone surveys. *Journal of Official Statistics*, 1988, vol. 4, n° 4 : p. 307-318.
- [48] Salmon C. T., Nichols J. S. The next-birthday method of respondent selection. *Public Opinion Quarterly*, 1983, vol. 47, n° 2 : p. 270-276.
- [49] Spira A., Bajos N. *Les Comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 350 p.
- [50] Giudicelli E., Léon C., Arwidson P., Guilbert P. La qualité des données dans les enquêtes par téléphone : recours à une société de surveillance du terrain. In : Lavallée P., Rivest L. *Méthodes d'enquêtes et Sondages. Pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 20-23.
- [51] Firdion J.-M. Effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone. *Population*, 1993, vol. 48, n° 5 : p. 1281-1314.
- [52] Baruffol E., Verger P., Rotily M. L'utilisation du téléphone dans une enquête de santé mentale : analyse de l'impact du rang d'appel, des données manquantes et de l'effet enquêteur. *Population*, 2001, vol. 59, n° 6 : p. 987-1010.
- [53] Dillman D. A. *Mail and Telephone Surveys*. New York : Wiley, 1978 : 344 p.
- [54] Frey J. H. *Survey Research by Telephone*. Beverly Hills : Sage Publications, 1983 : 296 p.
- [55] Beck F., Guilbert P. Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : p. 27-43.
- [56] Beck F., Léon C., Guignard R. Méthodologie d'enquête. In : Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. *Baromètre santé environnement 2007*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : p. 43-55.
- [57] Tuckel P., O'Neill H. The vanishing respondent in telephone surveys. *Journal of Advertising Research*, 2002, vol. 42, n° 5 : p. 26-48.
- [58] McCarty C. Differences in response rates using most recent versus final dispositions in telephone surveys. *The Public Opinion Quarterly*, 2003, vol. 67, n° 3 : p. 396-406.
- [59] Beck F., Guilbert P., Gautier A., Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié? In : Guilbert P., Haziza D., Ruiz-Gazen A., Tillé Y. *Méthodes de sondages – Cours et cas pratiques – Master, écoles d'ingénieurs*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2008 : p. 254-259.
- [60] Dupont F. Calage et redressement de la non-réponse totale. *Insee-Méthodes*, 1996 : p. 56-58.
- [61] Gourieroux C. *Économétrie des variables qualitatives*. Economica, 1989 : 403 p.



L'essentiel

Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé

Le sentiment qu'a la population d'être informée sur les grands thèmes de santé apparaît souvent élevé et en hausse à l'échelle de la décennie. Ce constat se vérifie à la fois parmi les 15-30 ans et le reste de la population. Ce sentiment diffère selon le thème en question, et les jeunes expriment un niveau d'information globalement très élevé sur le tabac, l'alcool, la contraception et le sida (entre 88 et 93 % se disent « bien » ou « très bien » informés), thèmes ayant fait l'objet de nombreuses campagnes d'information du CFES puis de l'Inpes, ainsi que sur le cannabis, sujet sur lequel 75 % des jeunes se sentent bien informés. Pour d'autres thèmes, le sentiment d'information se révèle nettement majoritaire, mais à un niveau inférieur, avec une part de la population s'estimant bien informée de l'ordre des deux tiers : le cancer (69 %), les nouvelles épidémies, les vaccinations et les infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le sida (64 % de personnes se sentant bien informées pour chacun).

Les risques de santé liés à l'environnement suscitent pour leur part un sentiment partagé, avec 52 % des 15-30 ans se sentant bien informés, tandis que les maladies professionnelles, la dépression et la maladie d'Alzheimer constituent les seuls

thèmes pour lesquels une majorité des jeunes se sent mal informée (la proportion de bien informés est comprise entre 39 et 44 %). Soulignons toutefois la hausse très significative du sentiment d'information sur la dépression (+9 points depuis 2005). Les jeunes se distinguent du reste de la population pour un certain nombre de thèmes : ils se sentent un peu plus souvent bien informés que les 31-75 ans sur le tabac, mais surtout beaucoup plus informés sur le cannabis que leurs aînés (+15 points). Par ailleurs, ils se sentent plus informés sur les nouvelles épidémies et le sida. En revanche, ils accusent un déficit d'information plus net que les 31-75 ans sur les maladies professionnelles et le cancer (-9 points pour chacun) et surtout sur la dépression et la maladie d'Alzheimer (respectivement -13 et -14 points). Pour les autres thèmes, ils ne se distinguent pas particulièrement des personnes plus âgées. Les tendances d'évolution obtenues chez les jeunes apparaissent très similaires à celles observées sur l'ensemble de la population.

Les fumeurs et buveurs d'alcool ne se sentent pas moins bien informés sur les maladies liées à ces produits que le reste de la population, tandis que les fumeurs de cannabis se sentent nettement mieux informés sur ce produit que les autres.

Globalement, le sentiment d'être mal informé sur les thèmes de santé évoqués dans le Baromètre santé 2010 se révèle fortement marqué par l'âge et la précarité financière, mais peu par le sexe.

Concernant la crainte pour soi-même suscitée par les principaux problèmes de santé, elle apparaît moins forte qu'il y a dix ans. Les jeunes se distinguent du reste de la population par le fait qu'ils expriment moins de craintes sur presque tous les thèmes, à l'exception des maladies dues au tabac. Soulignons que le fait d'être soi-même fumeur ou consommateur régulier d'alcool augmente très fortement la crainte des maladies liées à ces substances.

Le niveau général de crainte exprimé par les femmes apparaît nettement supérieur à celui exprimé par les hommes et se révèle très lié au sentiment d'être mal informé, ainsi qu'à la précarité financière. Cette dernière s'accompagne d'une vulnérabilité perçue qui s'articule en partie autour de difficultés en termes de recours au soin. Cette crainte s'inscrit dans une logique de cumul des inégalités sociales de santé qui nous rappelle à quel point il est crucial de prendre en compte cette dimension dans les actions entreprises en prévention et en éducation à la santé.

Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé

FRANÇOIS BECK
ROMAIN GUIGNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD

INTRODUCTION

Les représentations de la maladie et des comportements à risque font partie des facteurs associés aux comportements de santé [1-3]. Le niveau de crainte inspiré par telle pathologie ou facteur de risque, mais aussi le sentiment d'être informé à leur sujet constituent de précieux indicateurs en ce que, d'une part ils hiérarchisent les risques d'une manière qui n'est pas forcément cohérente avec leur probabilité de survenue ou leur dangerosité avérée [4], et d'autre part ils pointent les éventuels déficits d'information du public. Ces représentations sont modelées notamment par les parcours de vie des individus, par leurs caractéristiques sociodémographiques, mais également par leur exposition aux campagnes d'information et de prévention. Elles peuvent constituer également un indicateur des attentes de la population en matière de santé.

La notion de représentation sociale est souvent utilisée dans le sens que lui donne la psychologie sociale : pour Denise Jodelet, il s'agit d'une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » [1]. Les représentations des profanes ont un rôle pratique dans le sens où elles constituent un cadre cognitif cohérent qui donne du sens à l'expérience de chacun, et elles peuvent également être un guide pour l'action. Elles constituent un type particulier de connaissance, qui a sa logique propre, en général distincte de la logique savante. En théorie, elles s'appuient sur une capacité d'énonciation et de justification [5], ce qui n'est pas le cas dans le cadre des enquêtes quantitatives au sein desquelles les perceptions de la population sont envisagées à partir de questions fermées. Il s'agit donc princi-

palement ici d'estimateurs permettant de mettre au jour de grandes tendances au niveau populationnel.

Depuis 2000, le Baromètre santé de l'Inpes pose une série de questions sur le sentiment d'être informé sur de grands thèmes de santé. Les items questionnés dans chacune des vagues d'enquête ont pu varier en fonction des préoccupations du moment, mais la majorité d'entre eux est restée identique d'une vague à l'autre. La dépression et le cancer ont été introduits en 2005, les nouvelles épidémies et la maladie d'Alzheimer en 2010, tandis que l'alimentation n'a plus été posée en 2010, principa-

lement par souci de longueur de questionnaire. La pollution de l'air et de l'eau a été remplacée par un seul item plus générique : « les risques de santé liés à l'environnement ».

Une série de questions sur les craintes suscitées par différents risques ou maladies est également posée depuis 2000 dans cette enquête. La formulation invitait explicitement le répondant à évoquer sa propre situation face au risque ou à la maladie : « Parmi ces différents risques ou maladies, dites-moi si vous les craignez pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ? »

L'ÉVOLUTION DU SENTIMENT D'INFORMATION DE LA POPULATION

Pour la quasi-totalité des thèmes proposés, la majorité des personnes interrogées se déclarent bien informée, ce qui constitue globalement une satisfaction. Concernant les thèmes pour lesquels ce n'était pas le cas en 2000 (comme le cannabis) ou en 2005 (comme la dépression), le sentiment d'information s'est nettement amélioré [tableau I]. Il en est ainsi des jeunes de 15-30 ans comme du reste de la population.

On observe quatre grands groupes de thèmes :

- ceux pour lesquels le sentiment d'information des jeunes apparaît globalement très élevé (entre 88 et 93 %, à l'exception du cannabis, sujet sur lequel 75 % des jeunes se sentent bien informés), c'est le cas des substances psychoactives, en particulier du tabac et de l'alcool, et de la santé sexuelle (en particulier la contraception et le sida). Si alcool, tabac et cannabis affichent une progression dans ce sentiment d'information entre 2000 et 2010, parfois importante (+6 points pour le tabac et +10 points pour l'alcool et +28 points pour le cannabis), c'est aussi le cas pour la contraception (+8 points entre 2000 et 2010), mais pas pour le sida,

pour lequel il faut souligner que le niveau était déjà de 90 % en 2000 ;

- ceux pour lesquels le sentiment d'information est nettement majoritaire, mais à un niveau inférieur, avec une part de la population s'estimant en déficit d'information de l'ordre d'un tiers. Il s'agit du cancer (69 % se disent « bien » ou « très bien » informés), des nouvelles épidémies, des vaccinations et des infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le sida (64 % de personnes se sentant bien informées pour chacun). Le sentiment d'information sur les vaccinations apparaît en légère hausse par rapport à 2005 (+4 points). En revanche sont en hausse très nette les IST autres que le sida (+11 points par rapport à 2000) et le cancer (+5 points par rapport à 2005) ;

- les risques de santé liés à l'environnement suscitent un sentiment partagé, avec 52 % des 15-30 ans se sentant bien informés ;

- enfin, les maladies professionnelles, la dépression et la maladie d'Alzheimer constituent les seuls thèmes pour lesquels une majorité des jeunes se sent mal informée (la proportion de bien informés est comprise entre 39 et 44 %). Soulignons

TABLEAU I

Évolution des pourcentages de personnes âgées de 15 à 30 ans déclarant se sentir « bien » ou « très bien » informées sur différents risques ou maladies entre 2000 et 2010, et comparaison avec les 31-75 ans (en pourcentage)

	2000	2005	2010	Tendance	Différence 2000/2005	Différence 2005/2010 ^a	31-75 ans (2010)
Tabac	87,0	92,9	93,3	↔	***	ns	91,2 [#]
Alcool	79,0	86,7	89,5	↗	***	*	88,9
Contraception	81,2	82,4	89,1	↗	ns	***	87,3
Sida	89,8	88,7	88,0	→	ns	ns	84,6 ^{##}
Cannabis	47,0	65,7	75,1	↗	***	***	59,7 ^{###}
Cancer		61,4	69,0	↗		***	77,9 ^{###}
Nouvelles épidémies			64,5				58,2 ^{###}
Vaccinations	62,8	59,9	64,2	↘↗	*	*	69,2 ^{###}
Alimentation	59,1	59,4		→	ns		
IST (hors sida)	48,8	58,6	63,8	↗	***	**	66,0
Risques de santé liés à l'environnement			51,6				51,4
Maladie d'Alzheimer			44,4				58,5 ^{###}
Dépression		32,1	40,8	↗		***	53,9 ^{###}
Maladies professionnelles			38,9				47,4 ^{###}
Pollution de l'air	41,6	38,6		↘	*		
Pollution de l'eau	20,1	22,2		→	ns		

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Évolutions significatives 2000/2005 et 2005/2010.

[#] : p<0,05; ^{##} : p<0,01; ^{###} : p<0,001. Différences significatives entre 15-30 ans et 31-75 ans en 2010.

a. Tests effectués sur les détenteurs de ligne fixe en 2010 car la question n'était pas posée en 2005 pour les détenteurs exclusifs de téléphone portable.

Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, Inpes.

toutefois la hausse très significative du sentiment d'information sur la dépression¹ (+9 points depuis 2005).

Les jeunes se distinguent du reste de la population pour un certain nombre de thèmes : sur les substances psychoactives, ils apparaissent légèrement plus souvent bien informés que les 31-75 ans sur le tabac mais se sentent surtout beaucoup plus informés sur le cannabis que leurs aînés (+15 points). Par ailleurs, ils se sentent plus informés sur les nouvelles épidémies et le sida. En revanche, ils accusent un déficit d'information plus net que les 31-75 ans sur les vaccinations (-5 points), les maladies professionnelles et le cancer (-9 points pour chacun) et surtout sur la dépression et la maladie d'Alzheimer (respectivement -13 et -14 points). Pour les autres thèmes, ils

ne se distinguent pas particulièrement des personnes plus âgées.

Les tendances d'évolution obtenues chez les jeunes apparaissent très similaires à celles observées sur l'ensemble de la population, les seules différences notables portent sur le sentiment d'information sur les vaccinations (tendance à la légère baisse parmi les 31-75 ans, tandis que la tendance est plutôt à la hausse parmi les jeunes), ainsi que sur la contraception et la dépression, thèmes pour lesquels la hausse du sentiment d'information s'avère plus nette parmi les 15-30 ans.

1. Les questions sur les maladies professionnelles et la maladie d'Alzheimer ayant été posées pour la première fois en 2010, aucune tendance n'est mesurable.

Parmi les 15-30 ans interrogés en 2010, le sentiment d'information diffère selon le thème abordé et le sexe. Les femmes se sentent plus souvent bien informées que les hommes sur la contraception (94,6 % vs 83,4 % ; $p < 0,001$), les IST en dehors du sida (67,8 % vs 59,9 % ; $p < 0,01$), la dépression (44,5 % vs 37,2 % ; $p < 0,01$). Parmi les nouveaux thèmes abordés en 2010, les femmes se déclarent plus souvent bien informées sur la maladie d'Alzheimer (48,3 % vs 40,4 % ; $p < 0,01$).

Les hommes, en revanche, se déclarent plus souvent bien informés sur le cannabis (77,5 % vs 72,6 % ; $p < 0,05$), les maladies professionnelles (42,2 % vs 35,6 % , $p < 0,001$) ou les risques de santé liés à l'environnement (56,1 % vs 47,1 % ; $p < 0,001$), tandis que les niveaux observés sur le tabac, l'alcool, le cancer, les nouvelles épidémies, les vaccinations ou le sida apparaissent tout à fait similaires [tableau II]. Notons enfin

que parmi l'ensemble des 15-75 ans, ces différences apparaissent identiques.

Sans rentrer dans le détail des liens entre comportements de santé et sentiment d'information, il apparaît utile de considérer l'interaction possible entre la consommation des substances psychoactives et le fait de se sentir informé sur ces différentes substances. Les fumeurs ne se sentent pas moins bien informés sur les maladies liées au tabac que le reste de la population (93,9 % d'entre eux se sentent bien informés contre 92,8 % des non-fumeurs). Il en va de même sur les différents indicateurs de consommation d'alcool ou d'ivresse. En revanche, les consommateurs actuels de cannabis se sentent nettement mieux informés (87,5 %) que ceux qui n'en ont pas consommé au cours de l'année (72,5 %). Ces caractéristiques ne distinguent pas particulièrement les jeunes de l'ensemble des 15-75 ans.

TABLEAU II

Comparaison de la proportion de personnes âgées de 15 à 30 ans déclarant se sentir « bien » ou « très bien » informées sur différents risques ou maladies selon le sexe, en 2010 (en pourcentage)

	Hommes	Femmes	Ensemble	p
Tabac	93,4	93,2	93,3	
Alcool	90,4	88,7	89,5	
Contraception	83,4	94,6	89,1	***
Sida	88,4	87,7	88,0	
Cannabis	77,5	72,6	75,1	*
Cancer	67,1	71,0	69,0	
Nouvelles épidémies	65,4	63,6	64,5	
Vaccinations	63,6	64,8	64,2	
IST (hors sida)	59,9	67,8	63,4	**
Risques de santé liés à l'environnement	56,1	47,1	51,6	***
Maladie d'Alzheimer	40,4	48,3	44,4	**
Dépression	37,2	44,5	40,8	**
Maladies professionnelles	42,2	35,6	38,9	*

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Différences significatives entre hommes et femmes.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

L'ÉVOLUTION DES CRAINTES DE LA POPULATION

Globalement, les principaux problèmes de santé publique suscitent moins souvent la crainte qu'il y a dix ans. Les niveaux de certaines craintes s'avèrent stables sur l'ensemble de la période (cancers, consommation d'aliments pollués ou transformés, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer, accidents domestiques et maladies dues à l'alcool) et d'autres en baisse (accidents de la circulation, maladies dues au tabac, nouvelles épidémies, sida).

Les jeunes se distinguent du reste de la population par le fait qu'ils expriment moins de craintes sur de nombreux thèmes. Il n'y a que sur les maladies liées au tabac qu'ils expriment un niveau de crainte supérieur à celui exprimé par les 31-75 ans (32 % contre 25 %), tandis que pour deux types de pathologies, il n'apparaît pas de distinction suivant l'âge : les maladies professionnelles et celles liées à l'alcool.

Pour le reste, les niveaux de crainte exprimés par les jeunes apparaissent moins élevés, voire nettement plus faibles que ceux exprimés par leurs aînés. La maladie d'Alzheimer en particulier suscite beaucoup moins la crainte parmi les 15-30 ans (-20 points), tout comme, dans une moindre mesure, les maladies cardiaques et la consommation d'aliments pollués ou transformés (-12 points pour chacun), le cancer (-10 points), les nouvelles épidémies (-6 points) et les accidents, qu'ils soient domestiques ou liés à la circulation (-3 points) [tableau III].

Les tendances d'évolution observées chez les jeunes sont très similaires à celles émanant de l'ensemble de la population, les seules différences notables sont sur la crainte suscitée par la consommation d'aliments pollués ou transformés, qui apparaît en hausse parmi les 31-75 ans tandis qu'elle

TABLEAU III

Évolution des pourcentages de personnes âgées de 15 à 75 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes différents risques ou maladies entre 2000 et 2010, et comparaison avec les 31-75 ans (en pourcentage)

	2000	2005	2010	Tendance	Différence 2000/2005	Différence 2005/2010 ^a	31-75 ans (2010)
Accidents de la circulation	62,2	59,8	50,0	↘	ns	***	53,7 [#]
Cancer	49,1	51,6	47,8	→	ns	ns	58,2 ^{###}
Consommation d'aliments pollués ou transformés		37,4	37,1	→		ns	49,7 ^{###}
Maladies dues au tabac	34,6	39,4	31,6	↗	***	***	25,0 ^{###}
Maladies cardiaques	27,9	31,1	27,9	↗	**	*	39,7 ^{###}
Maladie d'Alzheimer	—	25,4	24,4	→		ns	43,7 ^{###}
Les nouvelles épidémies		27,0	20,1	↘		***	25,7 ^{###}
Les accidents domestiques	21,2	26,1	19,2	↗	***	***	22,0 [#]
Sida	37,9	33,5	—	↘	***		
IST (hors sida)	29,7	31,5	—	→	ns		
Maladies professionnelles ^b	—	—	18,2				19,9
Maladies dues à l'alcool	13,3	15,8	12,8	↗	**	***	11,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Évolutions significatives 2000/2005 et 2005/2010.

[#] : p<0,05; ^{##} : p<0,01; ^{###} : p<0,001. Différences significatives entre 15-30 ans et 31-75 ans en 2010.

a. Tests effectués sur les détenteurs de ligne fixe en 2010 car la question n'était pas posée en 2005 pour les détenteurs exclusifs de téléphone portable.

b. La question était posée à l'ensemble de la population.

Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, Inpes.

est stable parmi les jeunes, ainsi que sur la crainte des maladies liées au tabac, qui a baissé plus fortement parmi les jeunes que dans le reste de la population.

Concernant les substances psychoactives, le fait d'être soi-même fumeur ou consommateur régulier d'alcool augmente très fortement la crainte des maladies liées au tabac et à l'alcool : parmi les fumeurs

quotidiens, 59,6 % des 15-30 ans déclarent craindre les maladies liées au tabac, contre 27,2 % des fumeurs occasionnels et 15,2 % des non-fumeurs, tandis que 40,9 % des personnes à risque de dépendance à l'alcool, au sens du test [6], déclarent craindre les maladies liées à l'alcool, contre seulement 10,4 % de l'ensemble des non-buveurs et des buveurs sans risque.

SENTIMENT GÉNÉRAL D'INFORMATION ET DE CRAINTE

Les caractéristiques qui sont associées au sentiment d'être bien informé et aux craintes de la population diffèrent d'un thème à l'autre, incluant plus ou moins fortement les comportements de santé tels que les consommations de substances psychoactives par exemple. Il est néanmoins apparu utile d'étudier les principaux facteurs associés au sentiment d'information et aux craintes par le biais d'un

score additionnant les réponses obtenues aux treize questions sur le sentiment d'information d'une part, et aux neuf questions sur les craintes d'autre part. L'idée était d'observer à la fois les caractéristiques des individus présentant un sentiment général de mauvaise information (le quart de la population se sentant globalement le moins informé) et celles des individus présentant un niveau de

TABLEAU IV

Facteurs associés au sentiment d'être mal informé (quartile le moins informé sur le score de cumul des différents thèmes évoqués) parmi les personnes âgées de 15 à 30 ans, en 2010

	n	%	ORa	IC
Sexe				
Homme (réf.)	954	29,0	1	
Femme	1 058	27,7	0,8	0,7 ; 1,0
Âge				

15-19 ans (réf.)	545	20,9	1	
20-25 ans	760	31,3	1,4*	1,0 ; 1,9
26-30 ans	707	32,2	1,6*	1,1 ; 2,2
Situation financière perçue				

Ça va (réf.)	1 299	24,2	1	
C'est juste	463	32,5	1,5***	1,2 ; 1,9
C'est difficile	250	41,7	1,9***	1,4 ; 2,6
Situation professionnelle				
		**		
Travaille (réf.)	949	31,0	1	
Étudiant	766	23,3	1,0	0,7 ; 1,3
Au chômage/inactif	297	34,1	0,9	0,7 ; 1,2

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

crainte global élevé (le quart de la population exprimant le plus de craintes à l'égard des risques ou maladies évoqués).

Parmi les 15-30 ans, le sentiment d'être mal informé sur les thèmes de santé évoqués dans le Baromètre santé 2010 se révèle fortement marqué par l'âge et la précarité financière. En effet, les adolescents présentent un sentiment d'information nettement plus élevé que les 20-30 ans, tandis que le fait de considérer sa propre situation financière comme satisfaisante est lié à un meilleur sentiment d'information, et ce avec un fort gradient. En revanche, il n'apparaît lié ni au sexe ni à la situation professionnelle, même si les étudiants présentent un sentiment général d'information plus élevé que les

actifs (ce lien est principalement dû à un effet de l'âge) [tableau IV].

À l'inverse du sentiment d'information, le niveau général de crainte exprimé par les femmes apparaît nettement supérieur à celui exprimé par les hommes, tandis que le lien avec l'âge n'est pas significatif au sein des 15-30 ans. En revanche, on retrouve le lien avec la précarité financière, qui isole cette fois fortement ceux qui se trouvent dans la plus grande difficulté. À l'inverse de ce qui est observé sur l'ensemble de la population, aucun lien avec la situation professionnelle n'est par contre observé. Enfin, un plus mauvais sentiment d'information apparaît également augmenter le niveau de crainte ressenti [tableau V].

TABLEAU V

Facteurs associés à l'expression d'un nombre élevé de craintes (quartile présentant le plus de craintes sur le score de cumul des différents thèmes évoqués) parmi les personnes âgées de 15 à 30 ans, en 2010

	n	%	ORa	IC
Sexe				
*				
Homme (réf.)	954	18,4	1	
Femme	1 058	23,7	1,4**	1,1 ; 1,7
Âge				
15-19 ans (réf.)	545	18,6	1	
20-25 ans	760	21,3	1,1	0,8 ; 1,5
26-30 ans	707	23,1	1,1	0,7 ; 1,6
Situation financière perçue				
**				
Ça va (réf.)	1 299	18,5	1	
C'est juste	463	22,2	1,3	1,0 ; 1,7
C'est difficile	250	31,3	2,1***	1,5 ; 2,8
Situation professionnelle				
Travaille (réf.)	949	23,0	1	
Étudiant	766	18,9	0,9	0,6 ; 1,2
Au chômage/inactif	297	21,6	0,9	0,7 ; 1,3
Sentiment d'information				
**				
1 ^{er} quartile (bien informé) (réf.)	386	15,9	1	
2 ^e quartile	548	18,0	1,2	0,9 ; 1,7
3 ^e quartile	526	22,2	1,3	0,9 ; 1,9
4 ^e quartile (mal informé)	552	26,5	1,6**	1,2 ; 2,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION AUTOUR DE CES RÉSULTATS

Le niveau général de crainte exprimé par les femmes, nettement supérieur à celui exprimé par les hommes, rejoint un niveau de préoccupation pour les questions de santé que l'on sait plus fort chez les femmes [7]. En revanche, le sentiment d'information n'apparaît pas plus fort chez les femmes et dépend surtout du thème dont il est question (plus fort que celui exprimé par les hommes sur la contraception, les IST autres que le sida, la maladie d'Alzheimer et la dépression ; plus faible sur le cannabis, les maladies professionnelles et les risques de santé liés à l'environnement). Ce résultat contraste avec le fait que le recours à des informations relatives à la santé, par le biais des médias par exemple, s'avère plutôt féminin : sept femmes sur dix (contre un homme sur deux) suivent des émissions sur la santé à la télévision ou à la radio ; la différence par sexe est encore plus nette pour ce qui est de la lecture des pages santé de la presse généraliste d'une part, et des magazines grand public consacrés à la santé d'autre part : en 2001, 60 % des femmes avaient coutume d'en lire, contre 32 % des hommes [8].

D'une manière générale, les femmes apparaissent davantage concernées par les questions de santé que les hommes [9], que ce soit pour elles ou pour les autres membres de leur famille. De nombreux travaux de sociologie ont montré que ce souci ne relève pas d'une simple compétence féminine (une plus grande sensibilité par exemple) mais reflète plus vraisemblablement le partage encore inégal des tâches domestiques et en particulier des soins accordés aux enfants d'une part, et aux ascendants d'autre part. Les fonctions d'éducation, de veille, d'entretien, de soin et d'attention sont en effet traditionnellement dévolues aux femmes et restent toujours majoritairement accomplies par elles [10].

En termes de sentiment d'information, il est important de remarquer que, pour les plus jeunes comme pour les plus âgés, un niveau très élevé est observé pour quatre grands thèmes : tabac, alcool, sida et contraception. Neuf personnes sur dix se déclarent bien informées sur ces sujets de santé, qui ont fait par ailleurs l'objet de nombreuses campagnes d'information et de sensibilisation par l'Inpes, le CFES auparavant, ainsi que par d'autres acteurs de santé publique, et il semble ainsi que ces efforts d'information du public portent leurs fruits.

La hausse très nette du sentiment d'information des jeunes (comme de l'ensemble de la population) sur le cannabis est à mettre au compte à la fois de la forte diffusion de ce produit depuis les années 1990 et des initiatives prises au milieu des années 2000, avec de grandes campagnes à destination des jeunes et des parents, et l'édition à plusieurs millions d'exemplaires du livret « Savoir plus, risquer moins » par l'Inpes et la MILDT. Un autre paramètre à ne pas négliger est l'importance du traitement médiatique accordé à ce sujet depuis plusieurs années, dans des contextes relevant souvent de questions politiques, économiques et sociales. Notons également que, pour le cannabis, à l'inverse de ce qui est observé sur l'alcool et sur le tabac, le fait d'être consommateur s'accompagne d'un sentiment d'information nettement renforcé.

La hausse du sentiment d'information sur la dépression est pour sa part probablement au moins en partie liée au lancement de la première campagne nationale d'information sur les troubles dépressifs à la fin de l'année 2007, ainsi qu'aux actions qui ont entouré cette campagne. Les données d'évaluation de la campagne avaient montré de très bonnes performances en termes de diffusion et de réception du message, aussi

bien auprès du grand public que des professionnels de santé interrogés. Parallèlement, l'étude d'impact du livret d'information diffusé dans le cadre de la campagne avait montré (suivi à trois mois) une évolution significative des connaissances, croyances et attitudes sur la dépression. Sur la période 2005-2010, on a pu également observer une hausse très nette du recours au soin en cas d'épisode dépressif caractérisé [11]. Toutefois, l'opportunité d'une nouvelle action de grande ampleur sur cette pathologie serait à discuter, dans la mesure où certaines controverses récentes ont surgi sur la légitimité de la distinction entre tristesse et dépression [12] et sur la crainte d'une surmédicalisation de la souffrance psychique qui serait orchestrée par l'industrie pharmaceutique [13].

Au titre des limites de cette étude, il faut souligner qu'un indicateur tel que le sentiment d'information peine à rendre compte de l'avis des personnes se sentant à distance des risques (typiquement sur le cannabis, l'alcool, les maladies professionnelles...). Néanmoins, il n'est pas illégitime d'envisager comme nécessaire une information minimale sur les grands thèmes de santé, y compris lorsque les gens ne se sentent pas du tout concernés personnellement. Même si l'information contribue à modifier les connaissances et les représentations du public, au point de provoquer des prises de conscience [14], il est désormais bien connu qu'informer et convaincre ne suffit pas à modifier les comportements [15]. L'information est indispensable mais pas suffisante pour provoquer les changements de comportements bien ancrés dans les habitudes.

Soulignons encore que le suivi des évolutions entrepris ici s'inscrit dans des tendances de moyen et long termes et qu'il est surtout pertinent de les mettre en regard des actions de prévention et d'éducation à la santé entreprises sur la durée. Des enquêtes

telles que les Baromètres santé sont mal adaptées pour mesurer les effets des crises sanitaires ou des événements ponctuels tels que les controverses sur la vaccination H1N1 ou les pilules de 3^e et 4^e générations par exemple. La compréhension de l'impact de tels événements relève d'un protocole spécifique, reposant notamment sur des approches plus qualitatives et des entretiens approfondis.

À l'exception notable des maladies liées au tabac, les niveaux de crainte exprimés par les jeunes apparaissent souvent nettement plus faibles que ceux exprimés par leurs aînés. C'est en particulier le cas des maladies dont la survenue possible se situe dans un très long terme pour eux, telles que le cancer et la maladie d'Alzheimer, avec presque 20 points d'écart entre les jeunes et le reste de la population pour la seconde. Cette perception très lointaine du risque est un résultat connu [4, 16] et on voit qu'elle augmente fortement dès lors que la probabilité de survenue de l'événement à un horizon temporel court augmente, comme c'est le cas pour les nouvelles épidémies et plus encore pour les accidents. Un tel constat renvoie à la question récurrente du recours à la peur, que l'on constate peu exprimée chez les jeunes, qui n'est peut-être pas le bon levier de sensibilisation pour cette population car il est probablement peu efficace, ou moins que lorsqu'il est adressé en direction des populations plus âgées [17].

Quel que soit le thème, la crainte s'avère toujours fortement liée à un sentiment de mauvaise information. Il s'agit d'un résultat fort car la crainte ressentie devrait conduire à un besoin d'information qui, pour ces populations, n'apparaît en l'occurrence pas assouvi, parfois parce que l'information est difficile d'accès mais aussi parce que les messages sont parfois contradictoires (à l'image des seuils de dangerosité pour l'alcool, qui ont pu différer selon l'institution porteuse du message de prévention). Il y a

donc probablement là matière à communiquer auprès du public. Ce résultat contraste avec l'idée que le grand public est inondé par les messages de promotion de la santé et de prévention [18]. Ces messages n'ont pas seulement vocation à changer les habitudes et à porter aux nues une norme bâtie sur le modèle de l'*homo medicus* [19], ils aspirent également à fournir à la partie de la population qui exprime un manque de connaissances fiables des données scientifiquement validées qui peuvent lui servir de repère.


La précarité financière semble liée à une vulnérabilité perçue, un sentiment d'être moins bien informé et une plus grande crainte des maladies, qui s'articulent probablement autour de difficultés en termes de recours au soin et qui rejoignent l'idée de cumul des inégalités sociales de santé

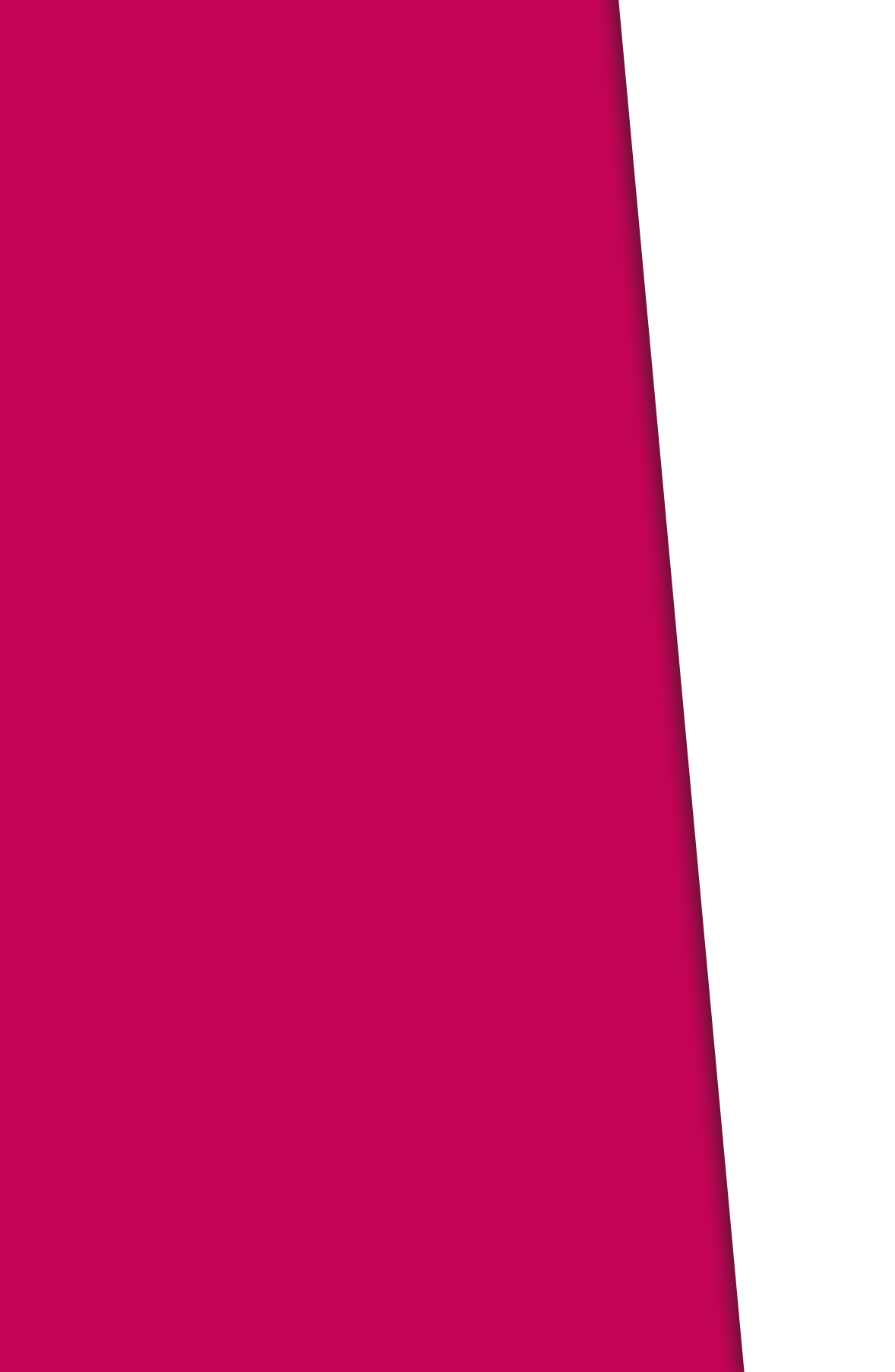
[20]. L'un des objectifs de la politique nationale de prévention est de réduire les inégalités sociales de santé. Cet objectif a été clairement énoncé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, puis réaffirmé dans la loi du 9 août 2004 en ces termes : « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. » On le sait désormais, si une action de prévention n'est pas ciblée, elle est forcément inégalitaire [21]. Il apparaît donc primordial d'encourager les initiatives d'actions et de recherches (observationnelles et interventionnelles) menées auprès des populations précaires ou intégrant en amont une dimension de prise en compte des inégalités sociales de santé.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Jodelet D. dir. *Les Représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 : p. 31-60.
- [2] Herzlich C. dir. *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1992 : 214 p.
- [3] Flick U. dir. *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris : Éditions L'Harmattan, 1993 : 400 p.
- [4] Peretti-Watel P. *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin, 2000 : 286 p.
- [5] Abric J. Les représentations sociales : aspects théoriques. In : Abric J. dir. *Pratiques sociales et Représentations*. Paris : PUF, 1994 : p. 11-36.
- [6] Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.
- [7] Beck F., Maillochon F. Genre, santé et soins. In : Bimes-Arbus S., Czernichow P., Simeoni M. Carricaburu D., Dartigues J.-F., Le Coz P. et al. *Santé, Société, Humanité* [cours UE 7]. Paris : Elsevier/Masson, coll. Pass/Santé, 2012 : p. 559-567.
- [8] Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *Insee Première*, 2002, n° 876 : p. 1-4.
- [9] Lanoé J.-L., Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003 - Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Études et Résultats*, 2005, n° 436 : p. 1-12.
- [10] Weber F., Gojard S., Gramain A., dir. *Charges de famille. Parenté et Dépendance dans la France contemporaine*. Paris : La Découverte, 2003 : 300 p.
- [11] Beck F., Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2012, n° 421 : p. 43-45.
- [12] Horwitz A., Wakefield J. dir. *The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford : Oxford University Press, 2007 : 312 p.
- [13] Lane C. dir. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Paris : Flammarion, 2009 : 384 p.
- [14] Durantini M. R., Albarracin D., Mitchell A. L., Earl A. N., Gillette J. C. Conceptualizing the influence of social agents of behavior change : a meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132, n° 2 : p. 212-248.
- [15] Webb T. L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change ? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132, n° 2 : p. 249-268.

- [16] Beck F., Gautier A., dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 272 p.
- [17] Peretti-Watel P. Peur, danger, menace... Le poids des représentations. *Sciences humaines*, 2002, n° 2 : p. 30.
- [18] Peretti-Watel P., Seror V., du Roscoät E., Beck F. La prévention en question. Attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Évolutions*, juillet 2009, n° 18 : p. 1-6.
- [19] Pinell P. dir. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Éditions Métailié, 1992 : 367 p.
- [20] De Koninck M., Fassin D. Les inégalités sociales de santé encore et toujours. *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 3, n° 2 : p. 5-12.
- [21] White M., Adams J., Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? *In* : Babones S. dir. *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press, 2009 : p. 65-82.
- 



L'essentiel

Le tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans

La prévention du tabagisme des jeunes apparaît déterminante car la précocité de l'expérimentation est identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. Plusieurs études récentes ont montré une hausse du tabagisme ces dernières années en France parmi les adolescents, après plus de dix ans de forte baisse, plaçant la France parmi les pays de tête pour la prévalence tabagique en Europe, avec 38 % de fumeurs à 16 ans.

Parmi les 15-75 ans, les données du Baromètre santé 2010 montrent que les jeunes de 15-30 ans sont les plus nombreux à fumer (44,0 % de fumeurs, dont 36,1 % de fumeurs quotidiens). Comme sur l'ensemble de la population, alors que la prévalence tabagique avait fortement diminué parmi les 15-30 ans entre 2000 (46,0 %) et 2005 (41,1 %), elle est repartie à la hausse entre 2005 et 2010.

La proportion de fumeurs quotidiens augmente rapidement avec l'âge, passant de 23,6 % chez les 15-19 ans à 40,9 % chez les 20-25 ans. Les femmes sont moins nombreuses à fumer que les hommes pour toutes les tranches d'âge. Toutefois, alors que l'écart est le plus faible parmi les 20-25 ans (39,0 % de fumeuses régulières contre 42,8 % pour les hommes), la différence est bien plus importante parmi les 26-30 ans (36,1 % de fumeuses contre 49,2 %) : cette période s'avère en effet souvent plus propice à l'arrêt chez les femmes du fait de grossesses ou de prévisions de

grossesse, sans qu'on puisse toutefois exclure une reprise ultérieure du tabagisme pour ces femmes.

Concernant la situation professionnelle, les jeunes scolarisés ou étudiants sont les moins nombreux à fumer de manière régulière (23,2 %) alors que la situation de chômage apparaît très liée au tabagisme (53,2 %), les jeunes qui travaillent se situant à une position intermédiaire (42,5 %). Ce lien reste vrai en contrôlant les effets du sexe et de l'âge. Les inégalités sociales liées à la situation de chômage chez les jeunes se sont accrues entre 2000 et 2010 en matière de tabagisme, comme c'est le cas sur l'ensemble de la population.

Relativement au reste de la population, les jeunes de 15 à 30 ans sont les moins nombreux à envisager l'arrêt du tabac (52,1 % vs 60,2 % des plus de 30 ans) et ils sont également les moins nombreux à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer volontairement pendant au moins une semaine (61,7 % vs 73,0 % des plus de 30 ans).

Alors qu'une large majorité d'entre eux se sentent « bien informés » sur le tabac (93,3 %), le niveau de crainte des maladies liées au tabac apparaît particulièrement bas parmi les fumeurs de 15-19 ans (seulement 40,7 % déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » les maladies liées au tabac), mais augmente rapidement pour atteindre 59,1 % des 26-30 ans. La mise à distance du risque, fréquemment évoquée chez les plus jeunes, fait donc place dès l'âge de 20 ans à une prise

de conscience accrue des risques du tabagisme pour soi-même, qui s'avère même supérieure à celle observée au-delà de 30 ans, et cela même si les jeunes adultes restent les plus nombreux à fumer.

L'âge d'initiation au tabagisme a reculé entre la période 2000-2005 (15,2 ans) et 2005-2010 (15,6 ans), évolution comparable à ce qu'on observe dans les enquêtes auprès des adolescents et qu'on pourrait mettre au moins en partie au crédit de l'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans depuis 2009, mais également aux hausses de prix successives au cours des années 2000, ainsi qu'aux récentes campagnes de communication ciblant spécifiquement les plus jeunes.

Enfin, en termes d'exposition à la fumée de tabac, les non-fumeurs de 15 à 30 ans sont de loin la population qui subit le plus le tabagisme passif à leur domicile, puisque 21,9 % d'entre eux déclarent que quelqu'un fume régulièrement à leur domicile, contre moins de 10 % au-delà de 30 ans. Cependant, parmi les fumeurs de 15 à 30 ans, la consommation de tabac à leur domicile a diminué entre 2005 (61,3 %) et 2010 (54,7 %, $p < 0,05$). Ce constat fait écho à une étude montrant que l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité mise en place en 2008 en France, en Allemagne et aux Pays-Bas, n'aurait pas provoqué d'augmentation du tabagisme au domicile, contrairement aux objections soulevées par les opposants à l'interdiction.

Le tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans

ROMAIN GUIGNARD
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

L'évolution de la prévalence tabagique depuis le début des années 1970 a montré que celle des hommes a nettement chuté, de presque 60 % à environ un tiers ces dernières années, tandis que celle des femmes a connu une croissance jusqu'au début des années 1990 pour ensuite décroître jusqu'en 2005, avant d'afficher une remontée récente [1].

Depuis la loi Veil de 1976¹ et plus encore depuis le début des années 1990 et la loi Évin², de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre le tabagisme, en particulier des jeunes : hausses des prix fortes et répétées entre janvier 2002 et janvier 2004, apposition de nouveaux avertissements sanitaires sur les paquets, interdiction des paquets de moins de vingt cigarettes ou encore interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif dont les établissements scolaires, interdic-

tion de vente aux moins de 16 ans depuis septembre 2004, puis aux moins de 18 ans en 2009 avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST). Cette loi a également institué d'autres mesures visant spécifiquement les plus jeunes, telles que l'interdiction des cigarettes aromatisées (à la vanille, au chocolat...) dites « cigarettes bonbons », et l'interdiction de l'implantation des lieux de vente de tabac dans les zones « protégées » (c'est-à-dire autour d'édifices et d'établissements spécifiques, tels que les établissements scolaires, de santé ou de sport).

1. Cette loi pose les principes de la lutte antitabac en limitant la publicité en faveur du tabac à la seule presse écrite, en interdisant le parrainage des manifestations sportives par l'industrie du tabac et en imposant des messages sanitaires sur les paquets de tabac.
2. La loi Évin de 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, a renforcé la loi Veil, notamment en interdisant la publicité en faveur du tabac et le parrainage, excepté dans quelques cas précis, et en posant le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif sauf dans les lieux où cela est explicitement autorisé.

Aujourd'hui la prévention du tabagisme chez les jeunes est d'autant plus déterminante que la précocité de l'expérimentation est désormais identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance [2]. Aussi, retarder l'âge de l'expérimentation apparaît comme un objectif majeur de santé publique, dont on retrouve l'expression dans le Plan cancer 2009-2013 avec la nécessité de «réduire l'attractivité du tabac». Mais devant une population se

sentant volontiers invulnérable face aux risques sanitaires liés au tabagisme, l'autre grand enjeu de la lutte contre le tabagisme réside dans la prise de conscience des risques encourus. L'apparition tardive des premières conséquences sanitaires du tabagisme rend une partie des avertissements et des messages de prévention peu efficace auprès des jeunes, qui sont prompts à mettre à distance le risque de maladie chronique [3], ce qui incite à envisager des mesures spécifiques à leur égard.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE ET ÉVOLUTION DU TABAGISME

Parmi les 15-75 ans, les jeunes âgés de 15 à 30 ans sont les plus nombreux à fumer (44 % de fumeurs actuels). Même si la prévalence du tabagisme régulier³ chez les 15-30 ans (36,1 %) apparaît légèrement inférieure à celle des 31-45 ans (38,1 %), cette tranche d'âge est celle qui compte le plus de fumeurs occasionnels (7,9 % vs moins de 5 % pour chacune des autres tranches d'âge) [figure 1].

Au sein des 15-30 ans, la proportion de fumeurs occasionnels apparaît stable par tranche d'âge quinquennale, tandis que celle des fumeurs réguliers augmente considérablement entre les 15-19 ans (23,6 %) et les 20-25 ans (40,9 %), et atteint 42,6 % chez les 26-30 ans. À l'inverse, alors que près de 4 jeunes de 15-19 ans sur 10 n'ont jamais fumé une cigarette, ils ne sont plus que 2 sur 10 parmi les 26-30 ans [figure 2].

Les femmes sont moins nombreuses à fumer que les hommes pour toutes les tranches d'âge. Toutefois, alors que l'écart est le plus faible parmi les 20-25 ans (39,0 % de fumeuses régulières contre 42,8 % pour les hommes), la différence est bien plus importante parmi les 26-30 ans (36,1 % de

fumeuses contre 49,2 %) : cette période s'avère souvent plus propice à l'arrêt chez les femmes du fait de grossesses ou de prévisions de grossesse, sans qu'on puisse toutefois exclure une reprise ultérieure du tabagisme pour ces femmes.

Comme sur l'ensemble de la population, alors que la prévalence tabagique avait fortement diminué entre 2000 (46,0 %) et 2005 (41,1 %) parmi les 15-30 ans, elle est repartie à la hausse entre 2005 et 2010 (44,0 %). La même tendance est observée pour le tabagisme régulier même si l'écart n'est pas significatif entre 2005 (34,4 %) et 2010 (36,1 %). Chez les plus jeunes, l'écart entre les sexes qui diminuait depuis plusieurs décennies pourrait à nouveau se creuser sous le coup d'une reprise du tabagisme des garçons (26,5 % de fumeurs réguliers chez les 15-19 ans en 2010 vs 23,6 % en 2005) alors que la prévalence chez les filles s'avère plutôt stable, voire à la baisse (20,7 % en 2010 vs 22,8 % en 2005), même si les écarts relevés entre 2005 et 2010 ne sont pas signi-

3. Parmi les « fumeurs actuels » (individus qui fument ne serait-ce que de temps en temps), les « fumeurs réguliers » (ou « fumeurs quotidiens ») sont ceux qui fument au moins une cigarette par jour. Les autres fumeurs actuels sont appelés « fumeurs occasionnels ». Les ex-fumeurs sont les personnes qui ne fument pas actuellement, mais qui ont fumé au moins occasionnellement.

FIGURE 1

Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-75 ans (en pourcentage)

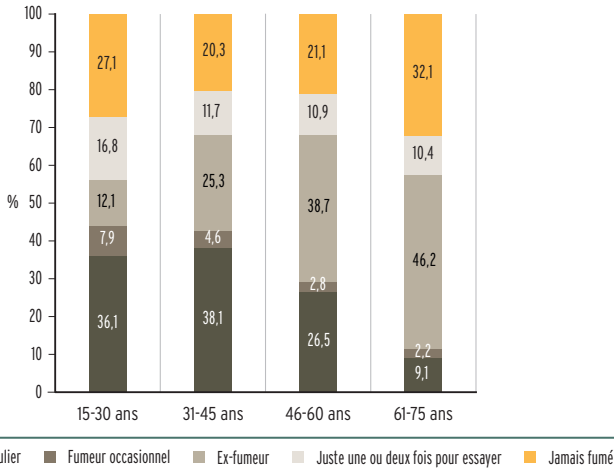
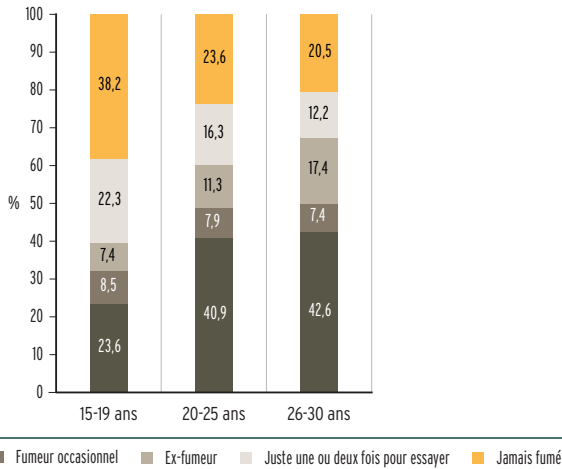


FIGURE 2

Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans (en pourcentage)



ficatifs. Cette évolution à la hausse plutôt masculine peut s'expliquer en partie par une pression des pairs qui s'avère, dans certains cas, plus forte pour les garçons.

Concernant la situation professionnelle, les jeunes scolarisés ou étudiants sont

les moins nombreux à fumer de manière régulière (23,2 %) alors que la situation de chômage semble favoriser le tabagisme (53,2 %), les jeunes qui travaillent se situant dans une position intermédiaire (42,5 %). Le lien avec la situation de chômage, que

l'on retrouve parmi les plus âgés, pourrait notamment être attribué à une moindre projection dans l'avenir au sein de la population des demandeurs d'emploi, les conséquences du tabagisme n'étant observées que plusieurs dizaines d'années après le début du tabagisme. Une autre hypothèse est l'usage anxiolytique qui peut être fait de la cigarette pour une population en situation de mal-être. Le lien avec la situation relative à l'emploi reste vrai en contrôlant les effets du sexe, de l'âge et du revenu par unité de consommation (UC) (OR = 0,5 pour les étudiants, OR = 1,5 pour les chômeurs par rapport aux travailleurs).

Des modélisations effectuées pour les années 2000, 2005 et 2010 indiquent que la situation de chômage est de plus en plus fortement associée au tabagisme, les OR étant respectivement de 1,1 en 2000, de 1,3 en 2005 et de 1,5 en 2010 par rapport aux jeunes qui travaillent. Autrement dit, les inégalités liées à la situation de chômage chez les jeunes se sont accrues entre 2000 et 2010 en matière de tabagisme. Par rapport au niveau de revenu par UC du foyer, la tendance n'est pas uniforme sur ces trois années [tableau I].

PRÉCOCITÉ DES USAGES DE TABAC

Au-delà de l'évolution de la prévalence tabagique, la question de la précocité de l'usage se révèle cruciale, identifiée comme

un important déterminant des consommations futures.

Parmi les jeunes de 15-25 ans ayant expérimenté le tabac au cours des cinq dernières années⁴, l'âge d'initiation apparaît en net recul entre la période 2000-2005 (15,2 ans) et 2005-2010 (15,6 ans). Ainsi, les 15-25 ans ayant expérimenté le tabac entre 2000 et 2005 étaient 40,8 % à l'avoir fait à 14 ans ; ils ne sont plus que 31,0 % dans ce cas entre 2005 et 2010 [tableau II].

ARRÊT DU TABAC

Les jeunes sont les moins nombreux à envisager l'arrêt du tabac : parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 30 ans, seulement 52,1 % déclarent « avoir envie d'arrêter de fumer » (dont la moitié – 25,2 % – « dans un avenir indéterminé »), contre 60,2 % des plus de 30 ans. Cette volonté est aussi fréquente chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes, contrairement à ce qu'on observe dans le reste de la population, au sein duquel les hommes déclarent plus souvent avoir envie d'arrêter, peut-être du fait du degré de dépendance plus sévère chez eux que chez les femmes. Comme en population générale, l'envie d'arrêter

4. L'analyse a été effectuée parmi les moins de 25 ans car la grande majorité des expérimentations (96 %) a lieu avant cet âge. En outre, les individus ayant fumé juste une ou deux fois pour essayer sont exclus de l'analyse car la question de l'âge d'initiation ne leur avait pas été posée en 2005.

LES FUMEURS DE CHICHA

Le développement, depuis quelques années, de l'usage de chicha par les jeunes a suscité l'inquiétude des pouvoirs publics. Un jeune sur dix (13,4 % des 15-19 ans, 12,0 % des 20-25 ans et 5,4 % des 26-30 ans) déclare fumer la chicha alors que ce comportement concerne moins de 1 % des plus de 30 ans. La consommation de chicha est le plus souvent occasionnelle puisque 45,9 %

en fument moins d'une fois par mois, 44,4 % en fument au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine et 9,7 % en fument de manière hebdomadaire. Les jeunes hommes sont plus nombreux à déclarer fumer la chicha (13,1 %) que les jeunes femmes (7,6 %, $p < 0,001$). Il n'y a pas de lien avec la situation professionnelle après ajustement sur le sexe et l'âge.

TABLEAU I

Facteurs associés au tabagisme régulier en 2000, 2005 et 2010 parmi les 15-30 ans

	2000		2005		2010	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
Sexe						
Homme (réf.)	1		1		1	
Femme	0,8**	0,7; 0,9	0,8***	0,7; 0,8	0,7***	0,6; 0,8
Âge						
15-19 ans	1		1		1	
20-25 ans	1,1	0,9; 1,4	1,3**	1,1; 1,5	1,4**	1,1; 1,6
26-30 ans	1,2	0,9; 1,5	0,9	0,7; 1,0	1,2	1,0; 1,5
Premier quintile de revenu par UC						
Non (réf.)	1		1		1	
Oui	1,5***	1,2; 1,7	1,1	1,0; 1,3	1,3***	1,2; 1,5
Situation professionnelle						
Travail (réf.)	1		1		1	
Études	0,9	0,7; 1,1	0,6***	0,5; 0,7	0,5***	0,4; 0,6
Chômage/ inactif	1,1	0,9; 1,4	1,3***	1,1; 1,6	1,5***	1,2; 1,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. IC : intervalle de confiance.

TABLEAU II

Distribution des âges d'expérimentation du tabac parmi les 15-25 ans, en 2005 et 2010, parmi ceux qui l'ont expérimenté au cours des cinq dernières années (en pourcentage cumulé)

	2000-2005	2005-2010
12 ans ou moins	10,3	3,9
13 ans	21,3	13,4
14 ans	40,8	31,0
15 ans	59,4	52,4
16 ans	73,9	71,2
17 ans	84,3	82,9
18 ans	93,5	92,0
19 ans	96,0	95,7
20 ans ou plus	100,0	100,0
Âge moyen	15,2 ans	15,6 ans

de fumer a fortement diminué entre 2005 (60,1 %) et 2010 (52,1 %) parmi les 15-30 ans, alors qu'elle était restée stable entre 2000 (61,8 %) et 2005, suscitant l'inquiétude des acteurs de la lutte antitabac.

Les jeunes sont également les moins nombreux à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer volontairement pendant au moins

une semaine (61,7 % vs 73,0 % des plus de 30 ans), sans différence significative selon le sexe ou la situation professionnelle. Parmi les 15-30 ans, la part des fumeurs réguliers ayant déjà essayé d'arrêter de fumer augmente également avec l'avancée en âge (56,1 % pour les 15-19 ans, 59,6 % pour les 20-25 ans, 66,7 % pour les 26-30 ans).

Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant arrêté de fumer, la santé est la principale raison invoquée (53 %), devant la grossesse ou la naissance d'un enfant, mentionnée par 17 % des femmes. Le prix du tabac constitue

en revanche la raison la plus fréquemment mentionnée en deuxième choix, par 24 % des ex-fumeurs.

Parmi ceux qui ont essayé d'arrêter mais ont recommencé à fumer par la suite,

PRÉVALENCE TABAGIQUE CHEZ LES JEUNES DE 20 À 25 ANS, SELON L'ÂGE D'INITIATION

La prévalence et l'intensité tabagique sont fortement corrélées à l'âge d'initiation au tabac. Ainsi, parmi les jeunes de 20-25 ans ayant fumé leur première cigarette avant 14 ans, 65,7 % fument quotidiennement et 50,9 % fument au moins dix cigarettes par jour. Parmi ceux ayant fumé leur première cigarette entre 14 et 17 ans, 52,4 % fument quotidiennement et 30,0 % au moins dix cigarettes par jour¹. Enfin, parmi ceux ayant fumé leur première cigarette à 18 ou 19 ans, 32,7 % fument quotidiennement et 13,8 % fument au moins dix cigarettes par jour [figure 3].

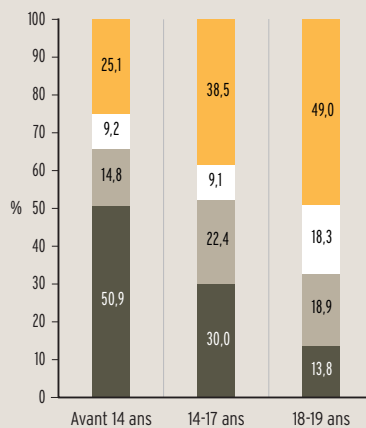
Après ajustement sur les principales caractéristiques sociodémographiques, le lien entre précocité de

l'usage et usage régulier de tabac entre 20 et 25 ans est maintenu (OR = 1,6, $p < 0,01$ pour une initiation entre 14 et 17 ans ; OR = 2,3, $p < 0,001$ pour une initiation avant 14 ans, par rapport à une initiation entre 18 ou 19 ans). Parmi les fumeurs réguliers, l'intensité de l'usage (fumer au moins dix cigarettes par jour) est également associée à la précocité de l'initiation (OR = 1,8, $p < 0,05$ pour une initiation entre 14 et 17 ans ; OR = 3,1, $p < 0,001$ pour une initiation avant 14 ans).

1. On n'observe pas de différence, parmi ceux qui ont fumé leur première cigarette entre 14 et 17 ans, pour chaque âge entre 14 et 17 ans.

FIGURE 3

Prévalence tabagique des 20-25 ans parmi les jeunes ayant déjà fumé une cigarette, selon l'âge d'initiation (en pourcentage)



■ Fumeur régulier au moins 10 cigarettes par jour ■ Fumeur régulier < 10 cigarettes par jour □ Fumeur occasionnel ■ Non-fumeur

Source : Baromètre santé 2010, Inpes

la santé est également la raison la plus fréquemment citée en première position, mais à un niveau moindre que pour ceux qui ne fument plus (29 %). Le prix du tabac constitue la principale raison de la tentative d'arrêt pour 15 % des fumeurs, alors que la grossesse est mentionnée par 16 % des femmes. La comparaison des raisons mentionnées par chacune des deux populations (ex-fumeurs et fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer) montre que, comme en population générale, alors que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, il n'en est pas de même de l'influence du prix du tabac, qui agit plutôt comme un déclencheur mais permet plus difficilement le maintien de l'arrêt.

SENTIMENT D'ÊTRE INFORMÉ ET CRAINTE DES MALADIES LIÉES AU TABAC

En population générale, le tabagisme apparaît comme le sujet de santé sur lequel le sentiment d'être informé est le meilleur. Ce constat peut être mis sur le compte de la multitude de communications sur les dangers du tabac produites, que ce soit par l'Inpes, par les associations de lutte antitabac, voire par l'industrie pharmaceutique en vue de la promotion des substituts nicotiques. Parmi les 15-30 ans, 51,3 % déclarent avoir le sentiment d'être « très bien » informés sur le tabac, 42,0 % d'être « plutôt bien » informés, 4,3 % d'être « plutôt mal » informés et 2,4 % « très mal » informés, niveaux comparables au reste de la population. Les plus jeunes (15-19 ans) se sentent particulièrement bien informés, puisque 58,3 % se déclarent « très bien » informés contre 51,4 % des 20-25 ans et 44,5 % des 26-30 ans.

Le sentiment d'être informé n'apparaît pas lié au statut tabagique des jeunes de 15-30 ans. En revanche, les jeunes chômeurs

déclarent plus souvent être mal informés sur le tabac (12,3 %) que les étudiants (4,3 %) ou que ceux qui travaillent (6,8 %), même si l'association n'est plus significative après contrôle des effets du sexe, de l'âge et du statut tabagique (OR = 1,5 par rapport aux travailleurs, $p = 0,10$).

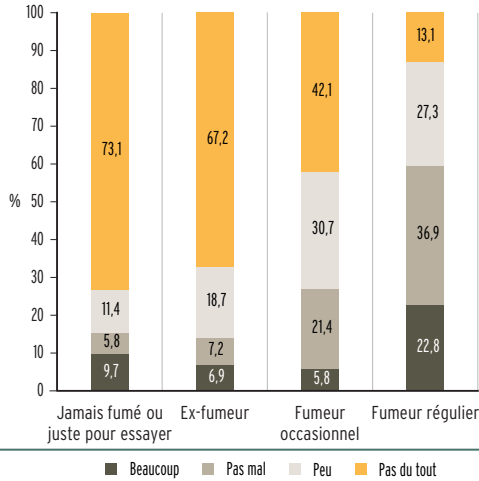
Comme en population générale, la proportion de jeunes se sentant bien informés sur le tabac est stable depuis 2005 (93,3 % en 2010 contre 92,9 % en 2005), après avoir augmenté entre 2000 (87,0 %) et 2005.

La crainte de maladies liées au tabac se révèle particulièrement liée au statut tabagique. Ainsi, près des trois quarts (73,1 %) des jeunes n'ayant jamais fumé ou juste pour essayer ne craignent pas du tout pour eux-mêmes les maladies dues au tabagisme. Cette proportion est un peu plus faible chez les ex-fumeurs (67,2 %). Parmi les fumeurs occasionnels, 57,9 % craignent (au moins « un peu ») les maladies dues au tabagisme, dont 5,8 % « beaucoup ». Enfin, seulement 13,1 % des fumeurs réguliers ne craignent pas du tout les maladies liées au tabagisme, et ils sont 22,8 % à les craindre « beaucoup » [figure 4].

Au sein de la population des fumeurs de 15 à 30 ans, le niveau de crainte des maladies liées au tabac croît avec l'âge : seulement 40,7 % des 15-19 ans déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » les maladies liées au tabac, contre 54,8 % des 20-25 ans et 59,1 % des 26-30 ans. Le niveau de crainte diminue ensuite progressivement avec l'âge (56,5 % des 31-45 ans, 50,1 % des 46-60 ans, 43,8 % des 60-75 ans). La mise à distance du risque, fréquemment évoquée chez les plus jeunes, fait donc place dès l'âge de 20 ans à une prise de conscience accrue des risques du tabagisme pour soi-même, qui s'avère même supérieure à celle observée au-delà de 30 ans, et cela même si les jeunes adultes restent les plus nombreux à fumer. Cependant, pour l'ensemble de cette classe d'âge, le niveau

FIGURE 4

Crainte des maladies liées au tabac selon le statut tabagique parmi les 15-30 ans (en pourcentage)



de crainte a fortement baissé depuis 2005, où il concernait 61,1 % des fumeurs (53,2 % en 2010).

EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC AU DOMICILE

En termes d'actions de lutte contre le tabagisme, les campagnes de communication pointant les méfaits du produit ne constituent qu'un des outils des politiques publiques mises en œuvre. En effet, des mesures législatives ou réglementaires, telles que la hausse des taxes sur le tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ou les avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes contribuent à la dénormalisation du tabagisme, et à terme pourraient permettre un changement des comportements, qu'il s'agisse de sa propre consommation ou de la prise de conscience des risques du tabagisme passif.

Ainsi, plus d'un tiers des jeunes fumeurs âgés de 15 à 30 ans (37,0 %) déclarent que

personne ne fume jamais à l'intérieur de son domicile, à un niveau comparable à celui des 46-60 ans (34,0 %), mais bien moindre que celui des fumeurs de 31-45 ans (45,3 %) ou de 61-75 ans (48,1 %) [figure 5]. Cependant, la répartition n'est pas uniforme au sein des 15-30 ans. Ainsi, les fumeurs de 20-25 ans sont ceux qui déclarent le plus souvent que quelqu'un fume « régulièrement » à l'intérieur de leur domicile (44,9 %), alors que les 26-30 ans ne sont que 31,6 % dans ce cas, les 15-19 ans se situant à un niveau intermédiaire (40,9 %).

Parmi les non-fumeurs, les 15-30 ans sont de loin la population qui subit le plus le tabagisme passif à leur domicile, puisque 21,9 % d'entre eux déclarent que quelqu'un fume régulièrement à leur domicile, contre moins de 10 % au-delà de 30 ans [figure 6]. Mais comme pour les fumeurs, cette proportion varie de 31,3 % des 15-19 ans à 7,7 % des 26-30 ans.

Le tabagisme au domicile se révèle en fait fortement associé à la structure familiale. Ainsi, parmi les fumeurs de 15 à 30 ans,

FIGURE 5

Exposition au tabagisme passif au domicile par âge parmi les fumeurs de 15-75 ans (en pourcentage)

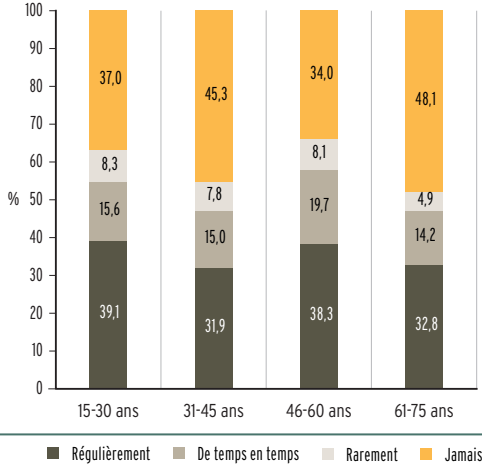
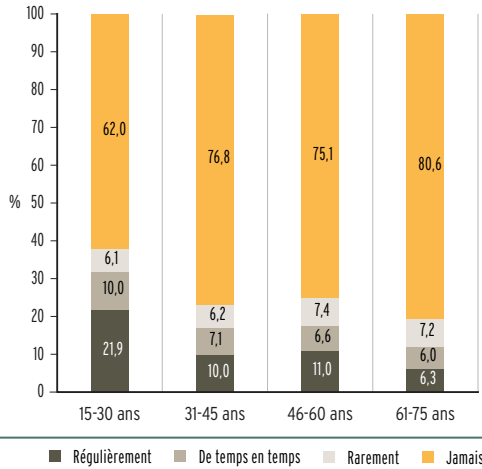


FIGURE 6

Exposition au tabagisme passif au domicile par âge parmi les non-fumeurs de 15-75 ans (en pourcentage)



ceux qui vivent seuls sont les plus nombreux à déclarer que « quelqu'un » fume à leur domicile au moins de temps en temps (66,3 % contre 52,4 % de ceux qui vivent

accompagnés). À l'inverse, ceux qui vivent avec un enfant de moins de 4 ans ne sont que 36,2 % à déclarer cette situation. Parmi les non-fumeurs, ceux qui ne vivent pas seuls,

mais sans enfant de moins de 4 ans, sont les plus nombreux à déclarer être exposés au tabagisme à leur domicile (36,7 % contre 12,0 % de ceux qui vivent seuls)⁵.

Il ressort de ces résultats que la majeure partie des 15-30 ans aurait conscience des risques liés au tabagisme passif, en particulier vis-à-vis des enfants. Cela expliquerait les variations importantes observées autour de 25 ans, à un moment où les projets de fonder une famille et d'avoir des enfants peuvent se concrétiser.

Comme pour l'ensemble de la population, parmi les fumeurs de 15 à 30 ans, la consommation de tabac à leur domicile a diminué entre 2005 (61,3 %) et 2010 (54,7 %,

$p < 0,05$), et l'exposition des non-fumeurs au tabagisme passif à leur domicile est restée stable (31,9 % en 2010 vs 29,2 % en 2005, écart non significatif). Ce constat fait écho à une étude montrant que l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité, mise en place en 2008 en France, en Allemagne et aux Pays-Bas, n'aurait pas provoqué d'augmentation du tabagisme au domicile, contrairement aux objections soulevées par les opposants à l'interdiction (« *displacement hypothesis* » ou « *last refuge model* ») [4].

5. La présence de fumeurs dans le foyer n'était pas demandée au répondant, mais il est probable qu'une partie des non-fumeurs exposés au tabagisme à leur domicile le soit du fait du tabagisme d'autres membres du foyer (du conjoint par exemple).

COMPARAISONS RÉGIONALES

Grâce à sa grande taille d'échantillon, le Baromètre santé permet dans une certaine mesure d'observer les différentes situations régionales. Tout comme en 2005, cette cartographie montre une certaine homogénéité régionale, avec des prévalences tabagiques variant de 39 % à 51 % et seulement trois régions se détachant significativement des autres, par leurs prévalences basses (Île-de-France et Rhône-Alpes) ou hautes (Pays de la Loire). On observe relativement peu d'évolutions entre 2005 et 2010 : la région Île-de-France reste celle où l'on consomme le moins de tabac en France, même si la prévalence tabagique y apparaît en légère hausse, tout comme en Languedoc-Roussillon et dans les Pays de la Loire [figure 7].

On peut noter que si la sous-consommation observée en Île-de-France et en Rhône-

Alpes se retrouve sur l'ensemble de la population (15-75 ans), ce n'est pas le cas de la surconsommation observée dans les Pays de la Loire.

La sous-consommation en Île-de-France et en Rhône-Alpes est également observée dans l'analyse régionale de l'enquête Escapad de l'OFDT menée sur les données de 2003 de cette enquête interrogeant des jeunes âgés de 17 ans [5]. On y retrouvait également les régions Bretagne et Pays de la Loire plus consommatrices que les autres.

Concernant la consommation de chicha, contrairement à ce qui est observé pour les autres produits du tabac, l'Île-de-France s'avère surconsommatrice, de même que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [figure 8].

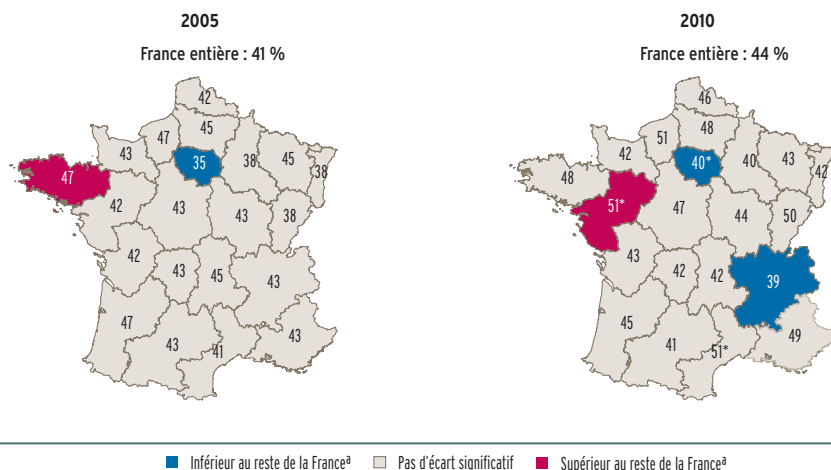
COMPARAISONS INTERNATIONALES

L'un des grands intérêts des enquêtes reposant sur des questionnaires européens standardisés est d'offrir des comparaisons

fiables entre les différents pays. Sur les données d'Espad 2011 (enquête auprès des jeunes de 16 ans), on peut ainsi observer

FIGURE 7

Part des fumeurs parmi les 15-30 ans en 2005 et en 2010 par région par rapport à la prévalence dans la France entière



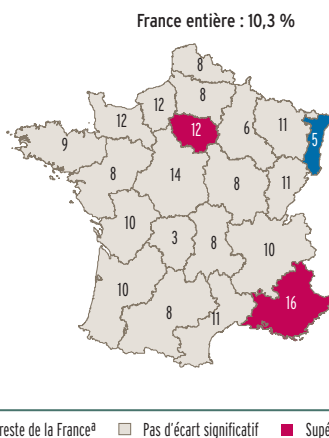
a. Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, Inpes.

FIGURE 8

Part de fumeurs de chicha parmi les 15-30 ans par région par rapport à la prévalence dans la France entière



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France.

Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

que la France, qui occupait une position médiane en Europe en 2007, se situe désormais dans les pays de tête pour la prévalence tabagique, à peine en dessous de la Lettonie, des Républiques tchèque et slovaque, de la Croatie et de la Bulgarie [6]. Ainsi, alors que dans la plupart des pays européens la prévalence tabagique chez les jeunes est restée stable ou a diminué entre 2007 et 2011, elle apparaît en forte hausse en France. De même, l'enquête HBSC 2010, réalisée auprès de collégiens dans une quarantaine de pays européens ainsi qu'aux États-Unis et au Canada, place la France en dixième position à 11 ans et à 15 ans pour la prévalence tabagique : à 15 ans, c'est un jeune sur

cinq qui fume de manière au moins hebdomadaire [7]. Si l'on met en regard la carte des prix des cigarettes les plus vendues [8] et celle des prévalences du tabagisme régulier, exercice qui a bien sûr ses limites puisque les politiques de dénormalisation du tabac vont bien au-delà des hausses de prix, on constate que dans les pays qui ont pratiqué les hausses les plus fortes (Royaume-Uni, Norvège et Irlande), les prévalences sont basses, tandis que dans les pays où le tabac est meilleur marché, elles peuvent être très élevées. Il reste néanmoins quelques exceptions, la Grèce, et dans une moindre mesure la Pologne et le Portugal, présentant à la fois des prévalences et des prix assez bas.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les résultats du Baromètre santé 2010 indiquent une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005 chez les 15-30 ans (comme dans l'ensemble de la population), qui restent ainsi les plus nombreux à fumer au sein de la population française. Les jeunes sont également les moins nombreux à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer, et le niveau de crainte des maladies liées au tabac est particulièrement bas parmi les 15-19 ans. Les dernières données sur les adolescents ont également montré une reprise du tabagisme [9] après plus d'une décennie de forte baisse, liée en particulier à des mesures de dénormalisation du tabac souvent tournées vers les jeunes [10]. Il apparaît de ce fait primordial de focaliser la prévention sur cette population, dont on sait qu'elle est peu encline à prendre en considération des risques somatiques qu'au mieux elle perçoit comme très lointains, avec le souci d'intervenir tôt, en amont de l'installation d'une dépendance. Par ailleurs, même si la communication sur les risques n'est pas forcément la manière la plus efficace de prévenir le

tabagisme des jeunes, elle reste nécessaire. En effet, la multitude des informations liées à la santé publique produites ces dernières années a pu contribuer au brouillage des risques et à la persistance d'idées fausses telles que « *respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé* » [11]. Il importe donc de délivrer à la population un message clair basé sur des éléments scientifiques validés.

Comme pour le reste de la population (32 % de fumeurs quotidiens chez les hommes contre 26 % chez les femmes parmi les 15-75 ans), les jeunes femmes s'avèrent moins souvent fumeuses que les jeunes hommes. Ainsi, malgré la tendance à la hausse du tabagisme féminin entre 2005 et 2010, et du fait de la montée en puissance du tabagisme beaucoup plus tardive chez les femmes que chez les hommes, les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont encore largement plus portées par les hommes. Cependant, le taux standardisé de décès par cancer du poumon a doublé chez les femmes ces vingt dernières années, alors même qu'il apparaît

en baisse chez les hommes [12]. De ce fait, l'enjeu est de continuer à communiquer de manière globale auprès des fumeurs tout en travaillant sur les risques spécifiques pour les femmes. Cela nécessite donc de jongler entre une approche globale et une approche populationnelle.

Depuis les années 1960, l'âge à la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes. Ainsi, les hommes nés entre 1930 et 1940 ont en moyenne fumé leur première cigarette avant 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, contre respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes de la même génération. Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, et les femmes ont rejoint les hommes : dans la cohorte née en 1980-1985, hommes et femmes ont en moyenne fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans [13]. Les données du Baromètre santé 2010 indiquent cependant un recul d'environ six mois de l'âge d'initiation par rapport à 2005, évolution qu'on pourrait mettre au moins en partie au crédit de l'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans depuis 2009 ainsi qu'aux hausses de prix successives. Ce recul de l'âge d'initiation a également été constaté dans l'enquête Escapad 2011 auprès des jeunes de 17 ans [14].

Quelques études sociologiques menées sur les représentations sociales du tabagisme chez les jeunes ont montré que ce comportement participe à la construction de l'image et de l'affirmation de soi, notamment chez les jeunes filles [15]. La nature des freins peut différer nettement entre garçons et filles : les garçons craindraient davantage de fumer pour la baisse des performances sportives que cela pourrait entraîner, et les filles pour des critères relevant davantage de l'esthétique et à cause de l'odeur laissée sur le corps et les vêtements [16] ; à l'inverse, la propension à fumer pour manger moins afin

de garder la ligne serait plus présente chez les jeunes filles [17]. Le tabagisme pourrait également s'inscrire dans une stratégie d'adaptation à la transition entre l'enseignement secondaire et le supérieur, en particulier chez les filles [18].

Les filles semblent par ailleurs globalement plus sensibles aux programmes de prévention, notamment à ceux fondés sur les compétences relationnelles et l'influence sociale. Elles sont souvent plus intéressées par le fait d'apprendre à résister à la pression sociale et à développer leur sentiment d'efficacité personnelle [19]. Malgré l'objectivation de nombreuses différences de genre dans le rapport aux substances psychoactives, il existe encore peu de programmes de prévention spécifiques en termes de genre, alors que cette piste semble très prometteuse. Dans un autre registre, on peut souligner que la période de grossesse ou de désir d'enfant, dont on a vu qu'elle entraînait de nombreux arrêts du tabagisme chez les jeunes femmes, pourrait aussi être mise en scène comme une période propice à l'arrêt du tabac des futurs pères.

En matière de prévention du tabagisme, les jeunes restent aujourd'hui une cible privilégiée des actions menées par les acteurs de santé publique et plus particulièrement des campagnes de communication. Ainsi, l'Inpes a développé, ces dernières années, plusieurs communications à destination de cette cible, à l'image de la campagne antitabac « Toxic Corp » en 2004-2005, de la campagne « Ne laissez pas le tabac décider pour vous ! » en 2008, ou encore du manga « Attraction » (2010-2011) accessible sur Internet (www.attraction-lemanga.fr). Chacune de ces campagnes visait à inciter les jeunes à résister à l'attractivité du tabac en mettant en évidence le caractère factice du sentiment de liberté associé à la cigarette, en dénonçant les stratégies de l'industrie du tabac, et en évoquant les risques à court terme, qui sont plus parlants à cet âge.

Le dernier point saillant de cette étude porte sur la hausse des inégalités sociales en matière de tabagisme entre 2000 et 2010, en ce qui concerne la situation vis-à-vis de l'emploi : l'écart entre chômeurs et actifs occupés semble se creuser. Cette évolution est notable aussi bien parmi les moins de

30 ans que pour les plus âgés. Les populations économiquement les plus fragiles, moins réceptives aux grandes campagnes nationales de communication, doivent donc constituer une cible prioritaire pour des interventions de proximité.

Relecteurs

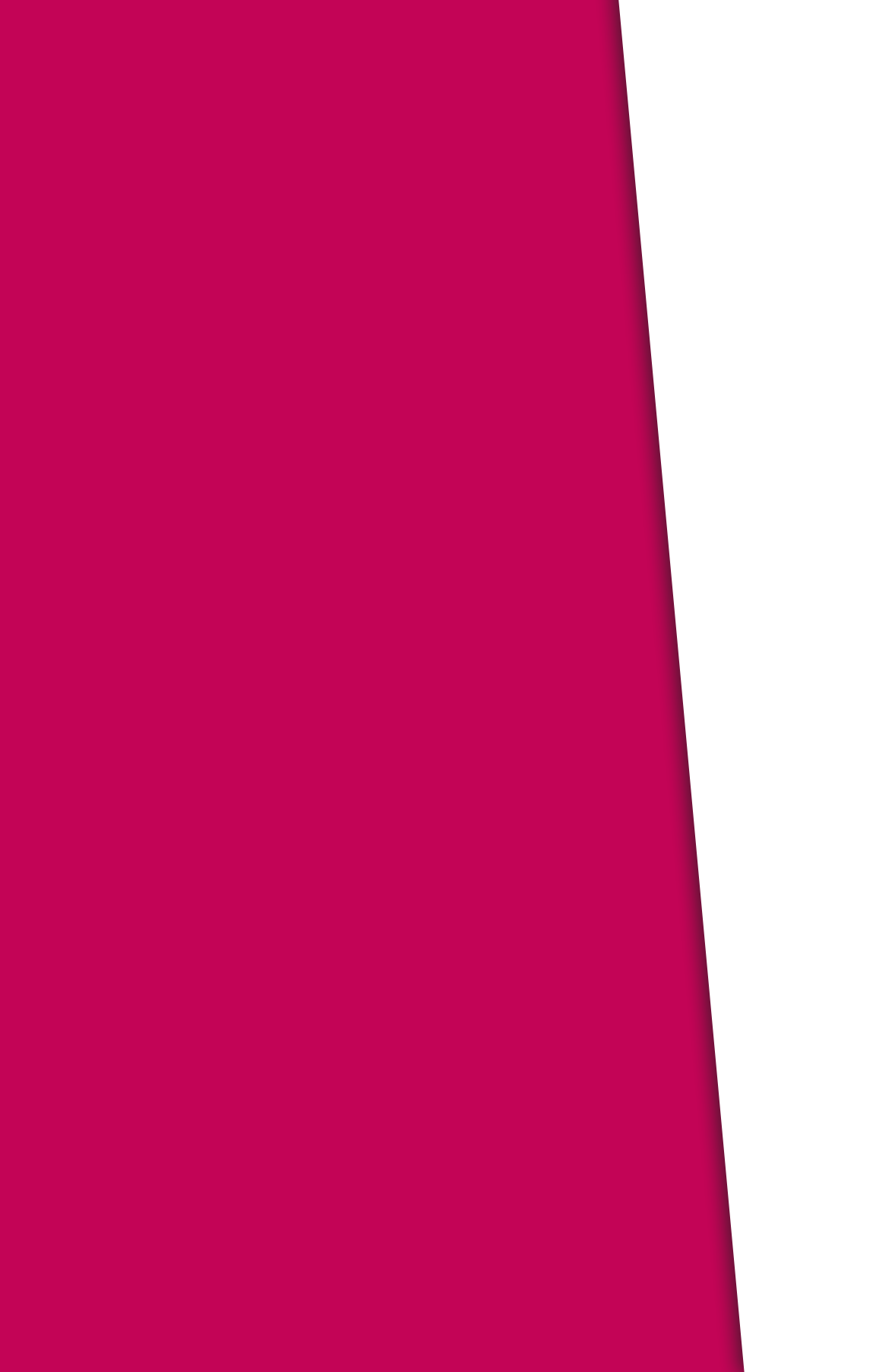
Jean-Louis Wilquin (Inpes)
Julie-Mattéa Fourès (Inpes)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 31 mai 2011, n° 20-21 : p. 230-233. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf
- [2] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/Sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168. En ligne : hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/28/30/10/PDF/Beck_Medecine_sciences_2007.pdf
- [3] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S., Moatti J.-P. Becoming a smoker : adapting Becker's model of deviance for adolescent smoking. *Health Sociology Review*, 2007, vol. 16, n° 1 : p. 53-67.
- [4] Mons U., Nagelhout G. E., Allwright S., Guignard R., Van den Putte B., Willemsen M. C., Fong G. T., Brenner H., Pötschke-Langer M., Breitling L. P. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans : findings from the international tobacco control policy evaluation project Europe surveys. *Tobacco Control*, 02/2012 [online first].
- [5] Beck F., Legleye S., Spilka S. *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*. Paris : OFDT, 2005 : 224 p. En ligne : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/atlas05_fr.html
- [6] Spilka S. Adolescents de 15-16 ans en France : consommation d'alcool stable, tabac et cannabis en hausse. *La santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 45-46. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf
- [7] World Health Organization, Regional Office for Europe. *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study : International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, coll. Health Policy for Children and Adolescents, n° 6, 2012 : 252 p. En ligne : www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- [8] Joossens L., Raw M. *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Bruxelles : Association of European Cancer Leagues, 2011 : 28 p. En ligne : www.europeanancerleagues.org/images/stories/pdf/TCS_2010.pdf
- [9] Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E. 2012, Alcool, tabac, cannabis durant les années collège : résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010. *Tendances*, avril 2012, n° 80 : 6 p. En ligne : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsxs4.pdf
- [10] Beck F. Le tabagisme des adolescents : regards croisés de l'épidémiologie et de la sociologie. *Médecine/Sciences*, 2011, n° 27 : p. 308-310.
- [11] Guignard R., Beck F., Deutsch A. Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques face au cancer. In : Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : p. 100-124. En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/tabac-cancer.pdf
- [12] Hill C., Jouglé E., Beck F. Le point sur l'épidémie de cancers du poumon dus au tabagisme. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25 mai 2010, n° 19-20 : p. 210-213. En ligne : www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf
- [13] Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 76-110. En ligne : www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Tabac.pdf
- [14] Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances*, février 2012, n° 79 : 4 p. En ligne : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsps2.pdf

- [15] Denscombe M. Uncertain identities and health-risking behaviour : the case of young people and smoking in late modernity. *British Journal of Sociology*, 2001, vol. 52, n° 1 : p. 157-177.
- [16] Amos A., Bostock Y. Young people, smoking and gender – a qualitative exploration. *Health Education Research*, 2007, vol. 22, n° 6 : p. 770-781.
- [17] Peretti-Watel P. dir. *La Lutte contre le tabagisme*. Paris : La Découverte, coll. Problèmes politiques et sociaux, 2007 : 110 p.
- [18] Gaffney K. F., Wichaikhum O. A., Dawson E. M. Smoking among female college students : a time for change. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2002, vol. 31, n° 5 : p. 502-507.
- [19] Blake S. M., Amaro H., Schwartz P. M., Flinchbaugh L. J. A Review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 2001, n° 21 : p. 294-324.
-



L'essentiel

Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans

Les 15-30 ans se distinguent des personnes plus âgées par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives. Ces caractéristiques ne sont pas nouvelles, mais elles se sont accentuées entre 2005 et 2010, avec une stabilisation de la consommation quotidienne d'alcool à des niveaux très bas (2,5 %), associée à une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes et des épisodes d'ivresse. En 2010, les niveaux de consommation à risque chronique ou à risque de dépendance se révèlent relativement stables selon les âges, mais sont un peu plus élevés parmi les 15-30 ans, où une personne sur dix est concernée (11 %). Un tiers des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (41 % des garçons, 25 % des filles), contre un quart en 2005.

Par ailleurs, on observe une nette augmentation des consommations à risque chronique ou de dépendance, pour tous les âges et quel que soit le sexe, ce constat étant encore plus marqué pour les femmes. En 2010, 7 % des 15-19 ans, 14 % des 20-25 ans et 11 % des 26-30 ans affichent une telle consommation, des proportions qui étaient respectivement de 5 %, 10 % et 7 % en 2005.

Globalement, contrairement à 2005 où les différences entre statut d'activité étaient relativement mineures, ce sont les étudiants en 2010 qui se révèlent les plus concernés, en particulier par les ivresses. Les étudiants et les jeunes femmes se démarquent ainsi par des augmentations particulièrement prononcées par rapport à 2005. Le statut d'étudiant s'avère fortement corrélé aux consommations à risque parmi les jeunes femmes, tandis que, pour les jeunes hommes, c'est la situation de chômage ou d'inactivité. Les ivresses répétées concernent près de deux fois plus d'étudiants en 2010 qu'en 2005, cette proportion ayant doublé sur la période parmi les jeunes femmes. Les comportements des jeunes hommes et jeunes femmes ont ainsi tendance à se rapprocher. Les sex-ratios (rapports de fréquence de consommation entre garçons et filles) concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes ont en effet tous diminués significativement entre 2005 et 2010, les rapprochement étant particulièrement visibles parmi les 20-25 ans.

Parmi les 15-75 ans, l'âge moyen de la première ivresse est de 19,0 ans, 18,4 ans pour les hommes et 20,1 ans pour

les femmes. Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2005 (18,5 ans pour les hommes, 20,2 ans pour les femmes). Cette stabilité s'observe également pour les âges d'expérimentation de l'ivresse des plus jeunes (15-25 ans), restés stables à 16,8 ans entre 2005 et 2010.

L'Île-de-France apparaît sous-consommatrice, tandis que la Bretagne, les Pays de la Loire et Midi-Pyrénées s'avèrent des régions au contraire plus concernées, tant par l'usage hebdomadaire que par les ivresses déclarées. Pour ces dernières, les 15-30 ans de la région Languedoc-Roussillon en déclarent plus fréquemment, à l'inverse de ceux du Nord-Pas-de-Calais et de l'Alsace.

Malgré la prise en compte de cette problématique dans les politiques de santé publique, ces résultats soulignent l'importance d'une poursuite des efforts des autorités publiques, des éducateurs, des acteurs de prévention et des associations dans la réduction de la fréquence des ivresses, des alcoolisations ponctuelles importantes et de leurs complications potentielles.

Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans

JEAN-BAPTISTE RICHARD

STANISLAS SPILKA

FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

La consommation de produits psychoactifs à l'adolescence fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et des acteurs de santé et de prévention, car c'est souvent lors de cette période que se mettent en place les consommations susceptibles de perdurer à l'âge adulte. L'adolescence est en effet le moment de la découverte des produits psychoactifs, et notamment des plus courants d'entre eux, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis [1, 2]. Depuis la fin des années 1990, de nombreuses données, issues d'enquêtes spécifiques auprès des plus jeunes, sont disponibles en France, contribuant à développer les connaissances sur les consommations de ces produits à l'adolescence [3, 4]. Les résultats de ces enquêtes pourront être mobilisés ici lorsque nécessaire pour offrir un complément d'information. Cependant, une telle attention ne doit pas occulter celle qu'il est nécessaire de porter aux comportements des

jeunes adultes (actifs occupés, chômeurs ou étudiants). Leurs comportements d'alcoolisation sont pour une grande part encore en développement, avec parfois l'installation à cet âge des premières dépendances et conduites d'abus régulières. Certaines de ces pratiques peuvent présenter des risques sanitaires élevés, en termes d'accidents domestiques, d'accidents de la route ainsi que de coma éthylique et d'autres complications somatiques graves, de violences associées, et de risques d'installation durable dans un usage à risque de dépendance [1].

Or, les enquêtes représentatives concernant spécifiquement les jeunes adultes sont plus rares : en effet, il n'existe pas pour cette population de base de sondage nationale spécifique, comme pour les adolescents. Faute de se restreindre à des populations particulières qui ne sont pas représentatives de l'ensemble de leur génération, la

meilleure solution est de s'appuyer sur des enquêtes en population générale adulte. Des enquêtes telles que le Baromètre santé

de l'Inpes ou l'enquête « Événements de vie et santé » (EVS), réalisée par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études

MÉTHODE

Les indicateurs¹ utilisés pour observer la consommation d'alcool sont les suivants :

- fréquence de consommation d'alcool au cours des douze derniers mois : au moins une fois/au moins une fois par semaine/au moins une fois par jour,
- fréquence des épisodes d'ivresse au cours des douze derniers mois : au moins une fois/au moins trois fois (ivresses répétées)/au moins dix fois (ivresses régulières),
- alcoolisation ponctuelle importante (API) : avoir bu six verres ou plus en une même occasion au cours des douze derniers mois au moins une fois par mois/au moins une fois par semaine,
- audit complet : indicateur synthétique d'alcoolisation à risque [5],
- Audit-C : indicateur synthétique d'alcoolisation à risque en trois items² [6].

Ces différents indicateurs, classiquement utilisés dans les enquêtes françaises Espad, Escapad et Baromètres santé, nous permettent de comparer les résultats obtenus selon les différentes classes d'âge. Notons toutefois que la notion d'API est définie dans Espad et Escapad par le fait d'avoir bu cinq verres ou plus lors d'une même occasion.

Questions de l'Audit-C

Q1. Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu (1) du vin (blanc, rosé, rouge) (2) de la bière (3) des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky-Coca, planteur, punch, etc.) (4) d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc. : tous les jours/quatre fois par semaine ou plus/deux ou trois fois par semaine/une fois par semaine/deux à quatre fois par mois/une fois par mois ou moins souvent/jamais ?

Q2. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière,

du vin ou tout autre type d'alcool ?

Q3. Au cours des douze derniers mois, à quelle

fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion :

tous les jours ou presque/une fois par semaine/une fois par mois/moins d'une fois par mois/jamais ?

Algorithme Audit-C

À partir du premier seuil (21 verres par semaine pour un homme ; 14 verres par semaine pour une femme) et du second seuil (48 verres par semaine).

■ À risque ponctuel :

- ne dépasse pas le premier seuil,
- a déjà bu six verres en une même occasion dans l'année.

■ À risque chronique :

- dépasse le premier seuil,
- OU boit six verres en une même occasion une fois par semaine.

■ À risque de dépendance :

- dépasse le second seuil
- OU boit six verres en une même occasion tous les jours.

1. Ces indicateurs ont été construits à partir des questions suivantes :

– « Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu du vin/ de la bière/des alcools forts/d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto... tous les jours/quatre fois par semaine ou plus/deux ou trois fois par semaine/une fois par semaine/deux ou quatre fois par mois/une fois par mois ou moins souvent/jamais ? » ;

– « À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres ou plus en une même occasion : jamais/moins d'une fois par mois/une fois par mois/une fois par semaine/tous les jours ou presque ? ».

2. L'Audit complet, basé sur dix questions, est conçu pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur, en termes de santé physique ou mentale. L'Audit-C, qui utilise uniquement les trois premières questions, permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, qui expose à des risques spécifiques en particulier chez les jeunes, l'usage à risque chronique et la dépendance.

statistiques (Drees), permettent d'observer les usages de substances psychoactives, et en particulier l'alcoolisation, de plusieurs

générations d'individus et d'observer les spécificités des jeunes adultes.

RÉSULTATS

SPÉCIFICITÉS DES 15-30 ANS PAR RAPPORT AUX AUTRES TRANCHES D'ÂGE

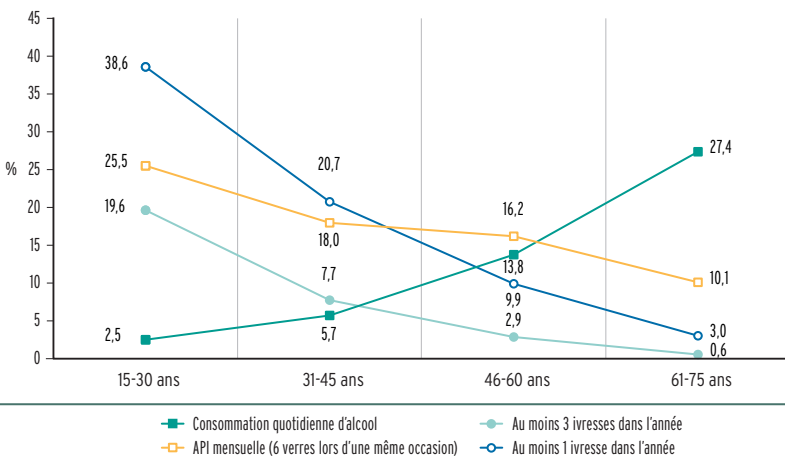
Relativement aux autres classes d'âge de la population, la consommation d'alcool des 15-30 ans présente plusieurs spécificités. En regard d'une population plus âgée, la consommation quotidienne d'alcool est très rare, ne concernant que 2,5 % de cette population, alors qu'elle augmente progressivement avec l'avancée en âge : 5,7 % des 31-45 ans, 13,8 % des 46-60 ans et 27,4 % des 61-75 ans. Inversement, entre 15 et 30 ans les comportements d'alcoolisation se caractérisent par des taux d'alcoolisation ponctuelle importante (API) et des épisodes d'ivresse parmi les plus élevés. Ainsi, 38,6 %

des 15-30 ans ont déclaré une ivresse dans l'année, et 19,6 % au moins trois. Ces comportements se raréfient avec l'âge pour ne concerner presque plus personne au-delà de 60 ans. Concernant les API, un quart des 15-30 ans en ont connu à une fréquence mensuelle au cours des douze derniers mois (25,5 %), ce comportement diminuant de manière moins marquée avec l'âge (18,0 % des 31-45 ans, 16,2 % des 46-60 ans), signe probable que ce type de consommation s'inscrit petit à petit plus dans une habitude de consommation que dans une recherche d'ivresse [figure 1].

En conséquence des fréquences élevées d'alcoolisation ponctuelle importante, la proportion de personnes ayant une consommation définie comme « à risque ponctuel »,

FIGURE 1

Évolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des API selon l'âge en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

selon l'Audit-C, s'avère maximale parmi les 15-30 ans, concernant un peu plus d'un tiers de la tranche d'âge (37,0 %). Cette proportion diminue ensuite progressivement avec l'âge pour concerner 14,9 % des 61-75 ans [figure 2]. Les niveaux de consommation à risque chronique ou à risque de dépendance se révèlent plus stables selon les âges, mais sont également les plus élevés parmi les 15-30 ans, où une personne sur dix est concernée (10,8 %).

La hiérarchie des boissons consommées régulièrement, de façon hebdomadaire, diffère selon le sexe et assez peu selon l'âge [figure 3]. Parmi les jeunes hommes, la bière est la boisson la plus consommée, par 40 % des 20-30 ans, suivie des alcools forts¹ jusqu'à 25 ans, du vin parmi les 26-30 ans. Les autres types d'alcool sont consommés régulièrement par environ un jeune sur dix à partir de 20 ans. Si la part de consommateurs de vin et d'autres types d'alcool est restée stable depuis 2005, celle des buveurs de bière et d'alcools forts a progressé, la plus forte hausse s'observant parmi les 26-30 ans. Parmi les femmes, le vin est la boisson la plus courante, suivie de la bière et des alcools forts. Si peu d'évolutions s'observent depuis 2005 parmi les 15-19 ans et les 26-30 ans, les consommations régulières ont notablement progressé parmi les 20-25 ans. En particulier, chez les jeunes femmes de 20-25 ans, les consommations de chacun des produits ont augmenté significativement depuis 2005, celle des autres types d'alcool (qui incluent par exemple le cidre, le champagne, le porto...) ayant doublé, passant de 4,0 % à 8,0 %.

Relativement aux personnes plus âgées, la consommation des 15-30 ans se distingue principalement par un ancrage bien moins important du vin comme boisson de consommation courante. Alors que la consommation hebdomadaire de l'ensemble des autres alcools se révèle relativement stable au fil des âges, le vin

est bu toutes les semaines par 31,5 % des 31-45 ans, 47,5 % des 46-60 ans et 57,4 % des 61-75 ans [figure 4].

ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DES 15-30 ANS

En 2010, l'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée, 90,7 % des personnes de 15 à 30 ans déclarant en avoir bu au cours de leur vie, 82,2 % au cours des douze derniers mois. Ces chiffres apparaissent en légère hausse relativement à 2005, où la consommation annuelle concernait 78,7 % de la population ($p < 0,001$). Cette très large diffusion de l'alcool parmi les plus jeunes populations est corroborée par les enquêtes réalisées auprès des adolescents [2, 4].

La consommation hebdomadaire d'alcool, stable en population générale (47,6 % de buveurs hebdomadaires), se révèle en légère hausse à partir de 20 ans et l'usage quotidien, en nette baisse en population générale (14,9 % en 2005, 11,1 % en 2010), est stable parmi les 15-30 ans, quoique concernant une très faible minorité de ces jeunes (2,5 %). Là encore les enquêtes spécifiques auprès des adolescents confirment la rareté de ces comportements d'alcoolisation (à 17 ans, l'enquête Escapad [4] a par exemple montré qu'en 2011 ils étaient moins de 1 % à déclarer des consommations quotidiennes d'alcool).

Si la fréquence globale de consommation d'alcool a peu évolué depuis 2005, les épisodes d'ivresse ainsi que les API ont sensiblement augmenté, et ce pour tous les âges entre 15 et 30 ans, pour les garçons comme pour les filles. En 2010, un tiers des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (40,8 % des garçons, 25,0 % des filles), contre un

1. Nous avons conservé l'appellation qui est la plus couramment utilisée dans les questionnaires – notamment auprès des plus jeunes – pour désigner les spiritueux, dans la mesure où cette dernière dénomination est largement inconnue des adolescents.

FIGURE 2

Consommations à risque ponctuel et à risque chronique ou de dépendance, selon l'Audit-C, selon l'âge en 2010 (en pourcentage)

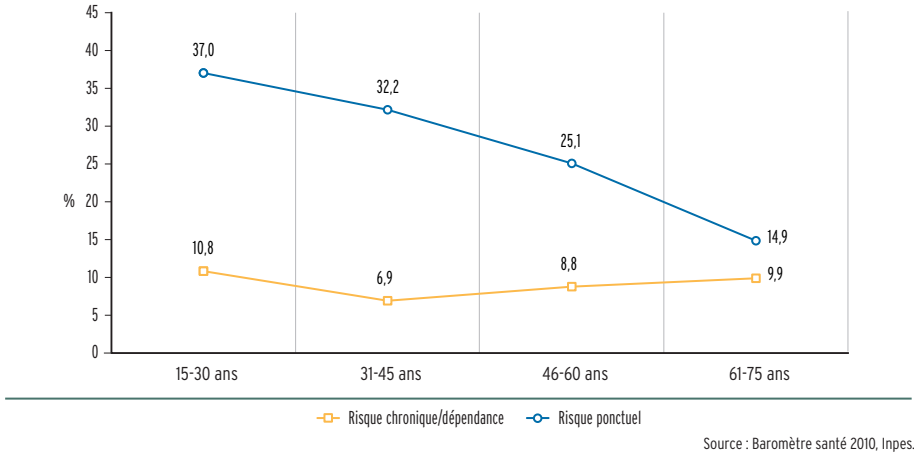


FIGURE 3

Évolution de la consommation hebdomadaire d'alcool par type d'alcool, par sexe et par âge (en pourcentage)

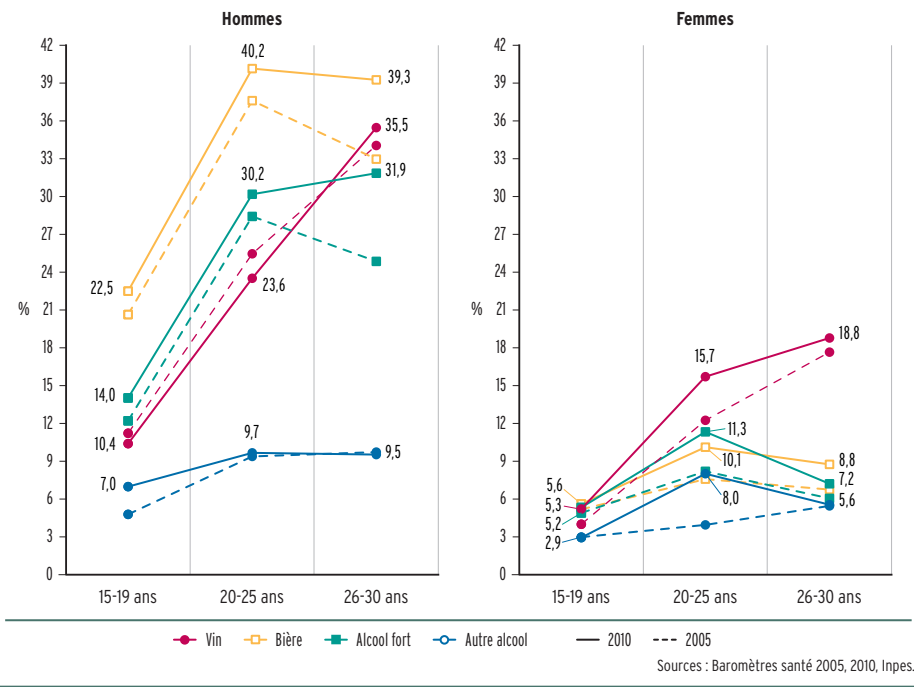
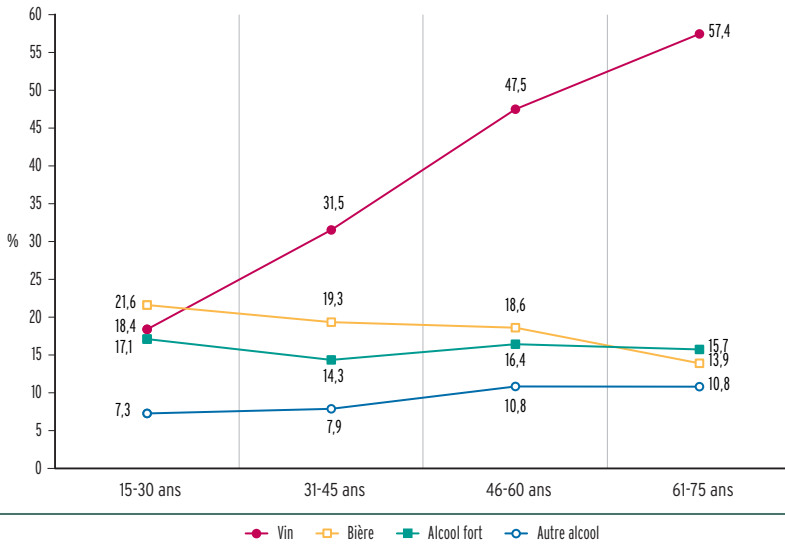


FIGURE 4

Évolution des consommations hebdomadaires des différents types d'alcool en 2010, selon l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

quart en 2005. C'est parmi les 20-25 ans que les ivresses sont les plus nombreuses : 57,4 % des garçons et 33,5 % des filles en ont déclaré une dans l'année, 34,1 % des garçons et 15,0 % des filles en ont déclaré au moins trois. Ces tendances se retrouvent en ce qui concerne les API, les évolutions les plus prononcées s'observant parmi les jeunes hommes de 26-30 ans, 40,4 % rapportant des API mensuelles en 2010 contre 27,3 % en 2005, et les jeunes filles de 20-25 ans, dont cette même proportion est passée de 11,0 % en 2005 à 17,5 % en 2010 [tableau I].

Selon l'Audit-C, la part des jeunes de 20-25 ans ayant une consommation à risque ponctuel est de 39,6 % en 2010, et si la proportion de jeunes hommes concernés n'a pas évolué, celle des jeunes femmes de 20-25 ans est passée de 27,0 % à 34,4 % entre 2005 et 2010. En revanche, on observe en 2010 une très nette augmentation des consommations à risque chronique ou de

dépendance, pour tous les âges et quel que soit le sexe, ce constat étant encore plus marqué pour les femmes. En 2010, 6,8 % des 15-19 ans, 14,1 % des 20-25 ans et 11,0 % des 26-30 ans ont une consommation à risque chronique ou de dépendance, des chiffres qui étaient respectivement de 4,9 %, 9,6 % et 7,1 % en 2005.

Ces tendances à la hausse sont confirmées par les évolutions des fréquences d'épisodes d'ivresse déclarée à 17 ans entre 2008 et 2011 : stabilité des ivresses au cours de l'année (de 50,5 % en 2008 à 50,3 % en 2011), mais augmentation des ivresses répétées (de 25,6 % à 27,8 % ; $p < 0,001$) et régulières (de 8,6 % à 10,5 % ; $p < 0,001$), atteignant ainsi les niveaux les plus élevés enregistrés depuis 2001 [4]. L'augmentation des ivresses a également été observée entre 2007 et 2011 à 16 ans, puisque les ivresses annuelles sont passées de 36,4 % à 41,4 %, les ivresses répétées de 14,4 % à 16,8 %, et les ivresses

régulières de 3,5 % à 4,1 % [2]. Parmi les plus jeunes (15 ans), les expérimentations d'ivresse sont toutefois orientées à la baisse (non significative) sur la dernière période (40,8 % en 2006 à 38,1 % en 2010), alors qu'elles avaient fortement augmenté entre 2002 et 2006 [tableau II].

Mis à part pour les fréquences de consommation d'alcool, annuelle ou hebdomadaire, l'évolution de l'ensemble des indicateurs évoque un rapprochement des

consommations entre hommes et femmes. Les sex-ratios (rapports de fréquence de consommation entre garçons et filles) concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes ont en effet tous diminué significativement entre 2005 et 2010 [tableau III], les rapprochements étant particulièrement visibles parmi les 20-25 ans. Une telle baisse des sex-ratios avait également été observée pour les jeunes de 16 ans entre 2003 et 2007 [2].

LES ENQUÊTES EN POPULATION ADOLESCENTE SUR L'OBSERVATION DES USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS (DONT L'ALCOOL)

HBSC

L'enquête HBSC est une enquête internationale réalisée tous les quatre ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le dernier exercice réalisé en 2010 a concerné 41 pays. L'enquête HBSC est autoadministrée, strictement anonyme, menée en classe sous la responsabilité d'un enquêteur formé. En 2010, 11 754 élèves scolarisés en France métropolitaine du CM2 à la première année de lycée, dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Éducation nationale, ont été interrogés. L'échantillon final après nettoyage des données comporte 11 638 élèves. Le service médical du rectorat de Toulouse assure la coordination nationale de ce projet, en lien avec l'Inserm U1027, le ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire, Dgesco, Direction des études de la performance et de la prospective, Depp), l'Association pour le développement d'HBSC, l'OFDT et l'Inpes.

Espad

Espad est une enquête européenne quadriennale menée en milieu scolaire, initiée pour la première fois en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN), avec le soutien du Conseil de l'Europe (groupe Pompidou). La dernière enquête s'est déroulée en 2011 et a réuni 35 pays, dont la France. La méthodologie et le questionnaire autoadministré sont identiques dans tous les pays partici-

pants. Espad offre ainsi une très bonne comparaison des habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites des jeunes Européens âgés de 15-16 ans scolarisés. En France, l'enquête a été conduite par l'OFDT en collaboration avec l'Inserm, l'Inpes et le ministère de l'Éducation nationale. L'enquête française concernait les adolescents scolarisés dans les établissements publics et privés du second degré (collèges, lycées d'enseignement général et technique, lycées professionnels) relevant de l'Éducation nationale et du ministère de l'Agriculture. Au total, 195 établissements ont participé à l'enquête et 7 977 élèves ont été interrogés en classe durant une heure de cours.

Escapad

Depuis 2000, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du service national, les jeunes Français lors de la Journée Défense et citoyenneté (ex-JAPD, Journée d'appel de préparation à la Défense) sur leur santé et leurs éventuelles consommations de produits psychoactifs, assurant ainsi un suivi précis de l'évolution de leurs comportements. La septième enquête nationale Escapad a été menée du 14 au 22 mars 2011 dans tous les centres métropolitains ainsi que dans ceux de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion. Au total, 32 249 adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire autoadministré anonyme.

TABLEAU I

Description des comportements d'alcoolisation dans l'année des 15-30 ans, en 2005 et 2010, par sexe et classe d'âge (en pourcentage)

	Consommation d'alcool				API			
	Hebdomadaire		Quotidienne		Mensuelle		Hebdomadaire	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Hommes								
15-19 ans	28,0	29,2	1,5	1,7	24,1	27,6	5,4	7,8
20-25 ans	48,2	50,2	4,9	5,5	36,0	42,0*	13,0	17,4*
26-30 ans	50,2	59,1***	7,1	6,4	27,3	40,4***	8,1	14,0***
Femmes								
15-19 ans	11,6	12,1	0,4	0,2	9,7	12,9*	1,2	3,3**
20-25 ans	20,3	26,8***	0,8	0,3	11,0	17,5***	1,9	5,7***
26-30 ans	23,4	24,6	0,9	0,7	8,4	9,6	1,0	2,5***
Ensemble								
15-19 ans	19,9	20,9	1,0	1,0	17,1	20,4*	3,3	5,6**
20-25 ans	34,5	38,6*	2,9	2,9	23,7	29,9***	7,5	11,6***
26-30 ans	37,8	42,3**	4,2	3,6	18,5	25,4***	4,8	8,4***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001 et ns : test du Chi² de Pearson.

TABLEAU II

Évolution des ivresses et des API de 2000 à 2011, parmi les jeunes selon l'âge (en pourcentage)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ivresse vie												
15 ans			30				41				38	
16 ans				43				46				50
17 ans	57		56	55		57			60			59
18-30 ans						56					61	
Ivresses régulières												
16 ans				2				3				4
17 ans			6	7		10			9			10
18-30 ans	6					5					10	
API mensuelle												
16 ans				28				43				44
17 ans						46			49			53
18-30 ans						21					27	

Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, Inpes; HBSC 2002, 2006, 2010; Espad 2003, 2007; Escapad 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, OFDT. Les données mobilisées dans ce tableau pour suivre la consommation d'alcool des Français proviennent des enquêtes suivantes : HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) [3], Espad (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) [2], Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense) [4, 7], ESPS (Enquête sur la santé et la protection sociale) [8], Baromètres santé [9].

Ivresse				Consommations à risque (Audit-C)			
Au moins 1 fois		Au moins 3 fois		Ponctuel		Chronique	
2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
30,3	40,8***	15,3	22,4**	37,4	35,4	7,9	9,6
48,3	57,4***	24,9	34,1***	45,1	44,6	16,1	20,2*
38,8	49,6***	15,9	27,0***	46,8	50,9	11,7	17,7***
18,6	25,0**	5,6	10,1***	25,4	28,6	1,8	3,8**
19,1	33,5***	6,8	15,0***	27,0	34,4***	3,0	7,8***
12,8	21,2***	4,1	6,3*	25,2	26,4	1,8	3,9**
24,5	33,1***	10,5	16,4***	31,5	32,1	4,9	6,8*
34,0	45,6***	16,0	24,7***	36,3	39,6*	9,6	14,1***
26,7	35,8***	10,4	16,9***	36,8	39,0	7,1	11,0***

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

TABLEAU III

Évolution des sex-ratios entre 2005 et 2010 selon les classes d'âge des 15-30 ans

	15-19 ans		20-25 ans		26-30 ans		15-30 ans	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Alcool année	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1
Alcool au moins hebdomadaire	2,4	2,4	2,4	1,9	2,1	2,4	2,3	2,2
Ivresse année	1,6	1,6	2,5	1,7	3,0	2,3	2,3	1,8
Ivresse répétée	2,7	2,2	3,6	2,3	3,9	4,3	3,4	2,6
Ivresse régulière	5,8	3,5	5,5	4,3	8,9	8,4	6,0	4,6
API mensuelle	2,5	2,1	3,3	2,4	3,3	4,2	3,0	2,7
API au moins hebdomadaire	4,6	2,3	6,9	3,0	7,9	5,7	6,5	3,3

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

CONSOMMATIONS SELON LE STATUT D'ACTIVITÉ, PARMIS LES 18-30 ANS

Parmi les 18-30 ans, les évolutions observées entre 2005 et 2010 montrent une augmentation des fréquences pour les API et les ivresses, quel que soit le statut d'activité [tableau IV]. Ces évolutions se révèlent plus prononcées parmi les étudiants et les

chômeurs et inactifs. Ainsi, par exemple, les ivresses dans l'année concernent désormais la moitié des étudiants (50,5 %), 39,2 % des actifs occupés, et 37,2 % des chômeurs et inactifs, alors que ces proportions étaient respectivement de 32,5 %, 31,7 % et 25,6 % en 2005. De même, les API hebdomadaires concernent en 2010 deux fois plus d'étudiants qu'en 2005 (11,3 % vs 5,4 % ; $p < 0,001$).

TABLEAU IV

Évolution des consommations d'alcool parmi les 18-30 ans selon le statut d'activité, entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

	Actif occupé		Étudiant		Chômeur/inactif	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Consommation d'alcool						
Hebdomadaire	39,0	43,2**	29,2	35,0**	29,3	34,9*
Quotidienne	4,0	3,5	1,5	1,3	3,8	4,4
API						
Mensuelle	22,4	27,0***	20,1	30,7***	20,4	28,0**
Hebdomadaire	6,4	8,6**	5,4	11,3***	6,9	13,0***
Ivresses année						
Au moins 1 fois	31,7	39,2***	32,5	50,5***	25,6	37,2***
Au moins 3 fois	13,2	19,4***	15,1	27,6***	10,9	19,4***
Risque (Audit-C)						
Ponctuel	39,3	41,5	35,8	42,3***	28,6	28,7
Chronique	9,0	11,2*	7,3	13,1***	8,5	16,4***

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

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Sur l'ensemble des indicateurs de consommations importantes (API et ivresses), les étudiants sont de loin les plus concernés et ceux pour lesquels l'augmentation est la plus franche. Selon l'Audit-C, 42,3 % des étudiants ont une consommation à risque ponctuel en 2010, alors qu'ils étaient 35,8 % en 2005 (p<0,001).

En 2010, les chômeurs et inactifs déclarent par rapport aux autres catégories plus souvent des API hebdomadaires (13,0 %), dont la part concernée a presque doublé entre 2005 et 2010, mais moins souvent des ivresses. Si la part de consommateurs à risque ponctuel est restée stable, celle des consommateurs à risque chronique ou de dépendance a également doublé en cinq ans, passant de 8,5 % à 16,4 %.

Les jeunes actifs déclarent en 2010 plus d'ivresses qu'en 2005 (19,4 % en ont connu au moins trois en 2010, contre 13,2 % en 2005) et légèrement plus souvent des API.

Globalement, contrairement à 2005 où les différences entre statut d'activité étaient mineures, ce sont les étudiants en 2010 qui

se révèlent les plus concernés, en particulier par les ivresses. Ces résultats doivent toutefois être relativisés par le fait qu'au sein des 18-30 ans, les personnes travaillant sont nettement plus âgées que les étudiants (25,9 ans vs 20,5 ans).

Parmi les jeunes adultes, les consommations à risque ponctuel apparaissent moins répandues parmi les personnes ayant les revenus les plus faibles, l'influence du revenu étant particulièrement visible parmi les jeunes hommes (OR = 1,7 entre les plus aisés et les moins aisés; p<0,001). Le statut d'étudiant s'avère fortement corrélé aux consommations à risque parmi les jeunes femmes (OR = 1,5 pour le risque ponctuel, OR = 1,9 pour le risque chronique, relativement à celles qui travaillent), tandis que, pour les jeunes hommes, seul le risque de consommation à risque chronique semble associé à la situation de chômage ou d'inactivité. La catégorie sociale du chef de famille a été testée dans les modèles et ne s'est pas révélée significativement associée aux consommations à risque [tableau V].

TABLEAU V

Résultats issus de quatre régressions logistiques ayant pour variable dépendante la consommation à risque ponctuel et celle à risque chronique ou de dépendance, selon le sexe, le revenu et le statut d'activité parmi les 18-30 ans

	Effectif	Risque ponctuel			Risque chronique		
		%	ORa	IC	%	ORa	IC
HOMMES							
Revenus ***							
1 ^{er} quintile (réf.)	519	39,0	1		19,8	1	
2 ^e quintile	393	42,7	1,2	0,9; 1,5	19,8	0,9	0,7; 1,3
3 ^e quintile	471	50,7	1,3*	1,0; 1,7	19,5	1,0	0,8; 1,5
4 ^e quintile	424	58,8	1,8***	1,4; 2,4	14,1	0,7*	0,5; 0,9
5 ^e quintile (max.)	404	56,3	1,7***	1,3; 2,2	20,7	1,1	0,8; 1,5
Nsp/refus	165	37,6	0,9	0,7; 1,3	18,0	0,8	0,5; 1,3
Situation **							
* *							
Travaille (réf.)	1 407	50,1	1		16,9	1	
Étudiant	626	46,9	1,0	0,8; 1,2	18,5	1,1	0,9; 1,4
Au chômage/inactif	343	38,0	0,8	0,7; 1,1	25,6	1,5**	1,1; 2,1
FEMMES							
Revenus **							
1 ^{er} quintile (réf.)	642	27,2	1		6,8	1	
2 ^e quintile	451	32,6	1,2	0,9; 1,5	6,6	1,0	0,6; 1,7
3 ^e quintile	474	32,7	1,4*	1,1; 1,8	4,7	0,8	0,5; 1,4
4 ^e quintile	422	37,4	1,4*	1,1; 1,9	4,2	0,8	0,4; 1,5
5 ^e quintile (max.)	331	34,1	1,3	0,9; 1,7	5,9	1,1	0,6; 2,0
Nsp/refus	177	22,2	0,7	0,5; 1,0	11,3	0,9	0,4; 1,7
Situation ***							
* *							
Travaille (réf.)	1 336	31,1	1		4,3	1	
Étudiant	706	37,9	1,5***	1,2; 1,8	7,9	1,9**	1,2; 2,9
Au chômage/inactif	455	21,0	0,8*	0,6; 1,0	8,8	1,7*	1,0; 2,8

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

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Des résultats similaires s'observent concernant la survenue d'ivresses, avec pour les jeunes femmes une probabilité bien plus forte de rapporter des ivresses parmi les étudiantes (OR = 2,2 pour les ivresses au cours de l'année relativement à celles qui travaillent; OR = 2,8 pour les ivresses répétées). Par contraste, les actifs du même âge ont un usage qui apparaît plus proche de celui des générations plus âgées. Ces tendances confirment celles observées en 2005, qui soulignaient de faibles différences selon le statut scolaire et professionnel parmi les jeunes hommes, alors que parmi

les femmes, les étudiantes se distinguaient par de sensibles surconsommations [10].

De même, à 17 ans, les adolescents scolarisés dont l'un des parents est cadre, bénéficiant théoriquement de facteurs sociaux assez favorables, présentent des niveaux d'ivresses supérieurs [7]. L'association alcool et classes populaires doit donc être nuancée, les jeunes des milieux populaires étant en effet plutôt moins consommateurs d'alcool que les autres [11]. L'enquête HBSC de 2010 montrait des résultats similaires pour les collégiens de 11-15 ans : le milieu social favorisé et la vie en famille recom-

posée ou monoparentale sont associés à la consommation d'alcool et à l'ivresse [3].

PRÉCOCITÉ DE LA PREMIÈRE IVRESSE

Parmi les 15-75 ans, l'âge moyen de la première ivresse est de 19,0 ans, 18,4 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes. Ces chiffres sont comparables aux âges observés en 2005 (18,5 ans pour les hommes, 20,2 ans pour les femmes). Afin d'étudier plus finement l'évolution de la précocité de la première ivresse, une comparaison de la distribution des âges des premières ivresses survenues entre 2000 et 2005 (obtenues d'après le Baromètre santé 2005) et entre 2005 et 2010 (Baromètre santé 2010) a été effectuée. La quasi-totalité des premières ivresses ayant lieu avant 25 ans (94 %), les résultats sont présentés sur cette tranche d'âge.

Pour cette population, l'âge moyen de première ivresse est resté stable sur les deux périodes, à 16,8 ans. Les pourcentages cumulés indiquent une relative stabilité de la précocité de l'ivresse. En effet, à 16 ans,

47,2 % des 15-25 ans en 2005, 47,3 % en 2010 avaient connu leur première ivresse. Seule une légère diminution s'observe parmi les plus jeunes, la part des 15-25 ans qui avaient connu l'ivresse à 14 ans étant passée de 12,5 % entre 2000 et 2005 à 8,5 % entre 2005 et 2010 ($p < 0,001$) [tableau VI, figure 5].

REPRÉSENTATIONS DE L'ALCOOL À L'ADOLESCENCE

Si tous ne sont pas attirés par l'alcoolisation, les adolescents perçoivent un certain nombre de bénéfices, au moins à court terme : affirmation de soi aux yeux des pairs, transgression, désinhibition... [12]. Ils mettent en balance ces bénéfices avec les risques qu'ils perçoivent dans certains comportements d'alcoolisation. Ces risques peuvent être explorés à 16 ans à travers l'enquête Espad, qui questionne les élèves sur l'accessibilité des produits et les risques perçus [2].

Les dangers associés à la consommation d'alcool ne semblent pas ignorés par les adolescents, dans la mesure où, en 2011, seuls 8 % jugent que boire un ou deux

TABLEAU VI

Comparaison de la distribution des âges de première ivresse survenue entre les périodes 2000-2005 et 2005-2010, parmi les 15-25 ans (en pourcentage cumulé)

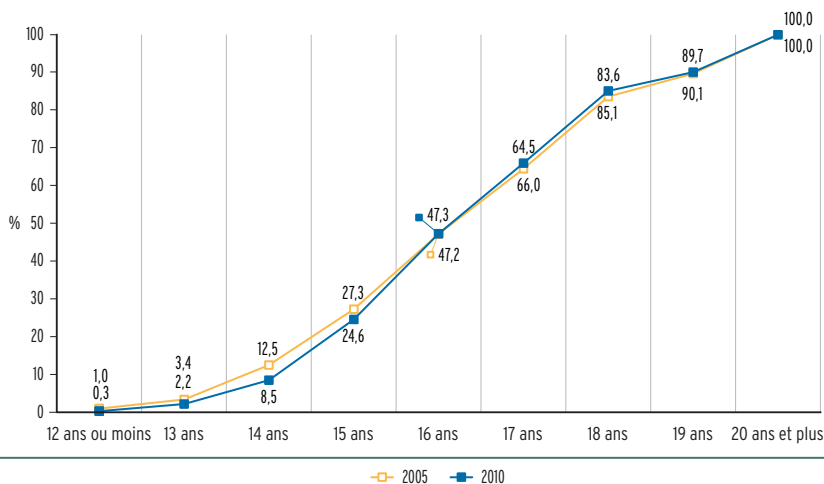
	2000-2005	2005-2010
12 ans ou moins	1,0	0,3
13 ans	3,4	2,2
14 ans	12,5	8,5***
15 ans	27,3	24,6
16 ans	47,2	47,3
17 ans	64,5	66,0
18 ans	83,6	85,1
19 ans	89,7	90,1
20 ans ou plus	100,0	100,0
Âge moyen	16,8 ans	16,8 ans
Effectifs	1 456	1 299

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

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

FIGURE 5

Évolution entre 2005 et 2010 de la distribution des âges de première ivresse parmi les 15-25 ans ayant expérimenté l'ivresse dans les 5 ans précédant l'enquête (en pourcentage cumulé)



Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

verres chaque jour ou presque ne présente aucun risque pour la santé [tableau VII]. Ils auraient même tendance à penser que cela est plus risqué aujourd'hui qu'en 2007. Les autres modes de consommation proposés sont jugés plus dangereux : à peine 1,4 et 2,9 % des élèves jugent que l'ingestion de quatre ou cinq verres quotidiennement et de cinq verres ou plus chaque week-end n'a aucune conséquence pour la santé. Par ailleurs, une petite minorité (4 %) ne s'exprime pas sur les risques encourus par les buveurs, et ce, quelle que soit la façon de boire concernée.

À 16 ans, les adolescents distinguent donc clairement les dangers suivant les quantités et les fréquences : le fait de boire quotidiennement un ou deux verres d'alcool ne constitue un risque majeur que pour une minorité d'entre eux (22,4 %), mais boire quatre ou cinq verres presque tous les jours en est un pour plus des deux tiers des adolescents (69,1 %). Les opinions concer-

nant la consommation d'au moins cinq verres chaque week-end s'avèrent un peu moins tranchées.

Les filles ont une perception plus aiguë des risques associés à la consommation d'alcool. Elles sont également proportionnellement moins nombreuses que les garçons à ne pas savoir évaluer les risques associés aux consommations d'alcool questionnées, probablement du fait de leur éloignement plus important de l'alcool : elles sont, à 16 ans, nettement moins nombreuses à déclarer boire régulièrement ou à déclarer des API que les garçons.

Accessibilité des produits

Pour comprendre les phénomènes liés à l'alcoolisation, il est nécessaire de tenir compte de la disponibilité et de la structure des points de vente, en particulier pour les plus jeunes. Ainsi, dans un pays où la vente de boissons alcoolisées est interdite aux

TABLEAU VII

Risques liés à l'alcool selon les jeunes de 16 ans, par sexe en 2011, et en 2007 (en pourcentage)

	Garçons	Filles	p	Ensemble 2011	Ensemble 2007
Boire 1 ou 2 verres presque tous les jours					
pas de risque	10	6	***	8	11***
risque léger ou modéré	70	63		66	66
grand risque	16	28		22	19
ne sait pas	5	3		4	4
Boire 4 ou 5 verres presque tous les jours					
pas de risque	2	1	***	1	3**
risque léger ou modéré	33	21		27	30
grand risque	62	76		69	65
ne sait pas	4	2		3	3
Boire 5 verres ou plus chaque week-end					
pas de risque	3	2	ns	3	5**
risque léger ou modéré	51	51		51	49
grand risque	41	42		42	42
ne sait pas	4	4		4	4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001 et ns : test du Chi² de Pearson.

Sources : Espad 2007-2011, OFDT-Inserm.

mineurs, de même que leur délivrance au moyen de distributeurs automatiques, l'offre reste importante et l'accès reste malgré tout relativement aisé. Si les premières expérimentations continuent d'avoir lieu le plus souvent en famille [7], avec l'âge les adolescents vont progressivement boire dans des espaces qui échappent au contrôle des adultes. Aujourd'hui encore, toutes les boissons alcoolisées sont perçues comme relativement accessibles par les jeunes et ce malgré toutes les restrictions d'accès et les interdictions [2].

Pour les jeunes de 16 ans, la bière est l'alcool qui apparaît le plus facile à obtenir : les trois quarts d'entre eux déclarent qu'il est facile de s'en procurer et moins d'un jeune sur dix estime que cela lui serait impossible. Arrivent ensuite deux alcools consommés notamment dans un cadre familial : le cidre et le vin. Les prémix, les alcools forts et le

champagne sont en retrait, même si plus d'un jeune sur deux estime pouvoir en trouver facilement [tableau VIII].

Globalement, en 2011, l'accessibilité est en retrait par rapport à 2007. De plus, il n'y a pas de différence de perception d'accessibilité entre les garçons et les filles à l'exception du vin, que les jeunes filles de 16 ans jugent qu'il est un peu plus facile de s'en procurer que les garçons. Environ 10 % des élèves disent ne pas savoir comment évaluer la difficulté qu'ils éprouveraient pour se procurer de l'alcool, sans différence entre les sexes. Ce sont les prémix qui suscitent le plus grand nombre de ces réponses indécises (21 %, loin devant les 10 % observés pour la bière par exemple), ce qui suggère que ces produits sont relativement mal connus des jeunes, ou pas suffisamment bien décrits dans le questionnaire.

TABLEAU VIII

Accessibilité des différentes boissons alcoolisées (« très ou assez facile ») selon les jeunes de 16 ans, par sexe en 2011, et en 2007 (en pourcentage)

	Garçons	Filles	p	Ensemble 2011	Ensemble 2007
Bière	69	73	ns	71	73
Cidre	66	68	ns	67	68
Prémix	55	52	ns	53	58**
Vin	66	72	**	69	64***
Alcools forts	47	51	ns	49	55***
Champagne	52	55	ns	54	57*

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001 et ns : test du Chi² de Pearson.

Sources : Espad 2007-2011, OFDT-Inserm.

ÉLÉMENTS DE COMPARAISONS GÉOGRAPHIQUES

Comparaisons régionales

En France, des analyses régionales, réalisées à partir des données de l'enquête Escapad 2005 (menée auprès de 30 000 jeunes de 17-18 ans) et du Baromètre santé 2005, avaient permis d'illustrer la prégnance de l'influence locale [13].

Les fréquences d'ivresse se révélaient nettement plus élevées sur une large partie de l'ouest du pays. Au contraire, un ensemble de régions allant du Nord-Pas-de-Calais au Centre, incluant la Picardie, la Haute-Normandie et l'Île-de-France, présentait un caractère sous-consommateur prononcé, voire extrêmement marqué pour cette dernière région. À l'inverse, la Bretagne se démarquait des autres régions de la façade ouest par sa fréquence d'ivresse particulièrement élevée.

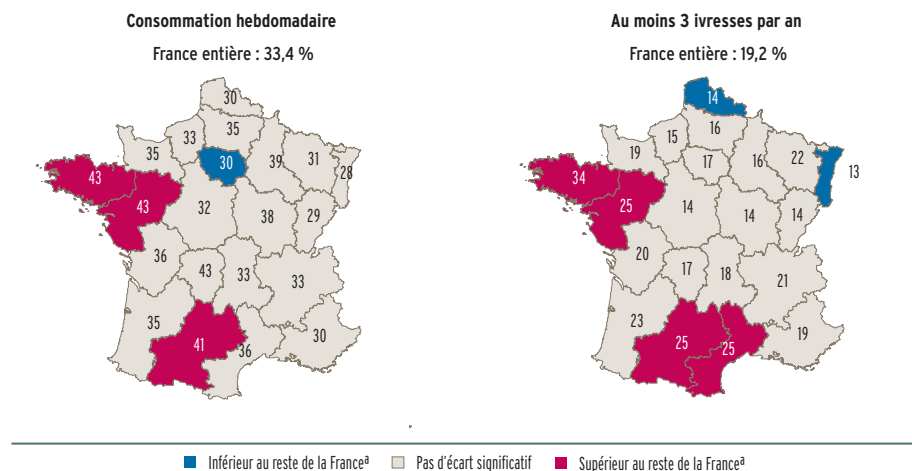
Certaines de ces tendances sont également visibles dans l'analyse régionale des consommations hebdomadaires et des ivresses répétées parmi les 15-30 ans en 2010 [figure 6]. La Bretagne, les Pays de la Loire et Midi-Pyrénées s'avèrent plus concernées tant par l'usage hebdomadaire que par les ivresses déclarées. Pour

ces dernières, les 15-30 ans de la région Languedoc-Roussillon en déclarent également plus fréquemment, à l'inverse de ceux du Nord et de l'Alsace. Ces particularités régionales sont également observées dans l'enquête Escapad 2011 et, pour une partie d'entre elles, au-delà de 30 ans. En effet, en 2005, une plus grande fréquence d'ivresse était également observée parmi l'ensemble des adultes en Bretagne et Pays de la Loire, de même qu'une moins grande proportion d'ivresses était observée dans le Nord. Parmi les adultes, les régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées se caractérisaient par des consommations régulières (quotidiennes) plus importantes [13].

La préférence pour telle ou telle boisson alcoolisée parmi les 15-30 ans ne répond pas à une logique régionale très marquée. Le nord du pays apparaît sous-consommateur de vin, comme cela avait été observé en 2005, alors que les Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et Paca sont des régions significativement plus concernées. La bière apparaît moins souvent consommée en Île-de-France et au contraire préférée en Bretagne, Pays de la Loire (comme c'est le cas parmi les adolescents), ainsi que dans le Limousin. Enfin, les alcools forts, en augmentation relativement à 2005 en Île-de-France et dans le Nord-Pas-de-Calais, se révèlent significa-

FIGURE 6

Comparaisons régionales de la consommation hebdomadaire d'alcool et des ivresses répétées parmi les 15-30 ans en 2010



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

tivement consommés plus fréquemment en Poitou-Charentes et dans les Pays de la Loire, faisant de cette dernière région la seule surconsommatrice pour chacun des produits [figure 7].

Comparaisons internationales

Si des efforts ont été réalisés dans le sens d'une amélioration de la comparabilité des enquêtes menées dans les différents pays européens ces dernières années [14], les comparaisons internationales restent délicates en population adulte, dans la mesure où les méthodes varient d'un pays à l'autre et où les indicateurs ne sont pas toujours les mêmes. À l'adolescence, en revanche, l'enquête Espad permet d'effectuer un tel exercice de manière tout à fait fiable puisque le protocole d'enquête a été conçu

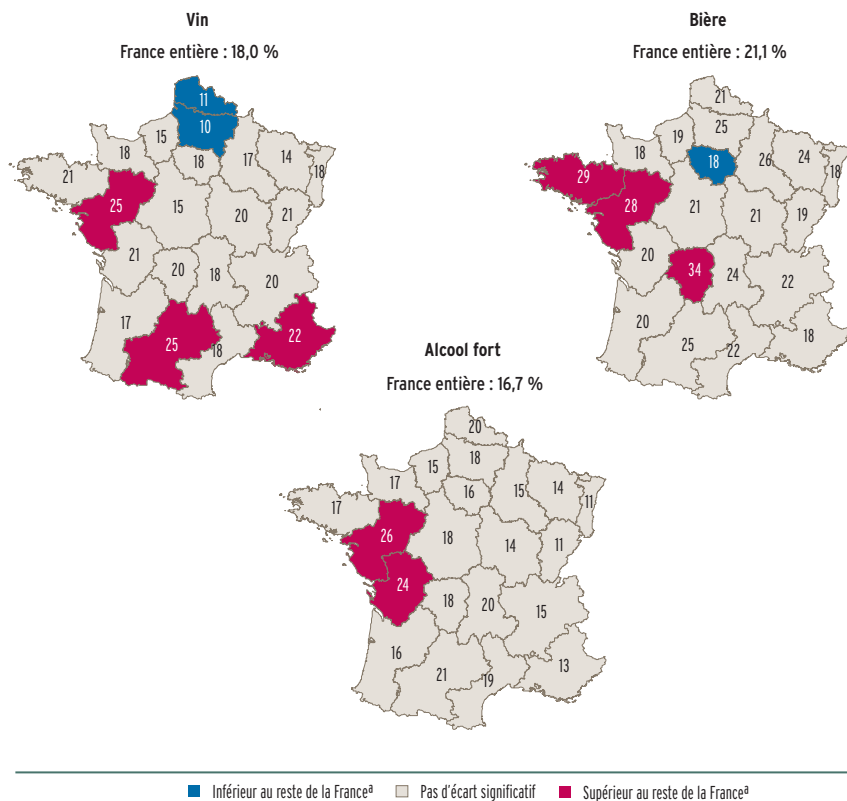
spécialement dans cet objectif et se trouve décliné sur l'ensemble des territoires [15].

L'enquête Espad montre que, depuis 1995, les différences nationales en matière d'alcoolisation restent marquées, même si elles le sont plutôt de moins en moins. L'appartenance à la jeunesse semblerait prendre progressivement le pas sur l'appartenance nationale.

En 2011, les résultats les plus récents situent les jeunes Français à des niveaux correspondant au premier tiers des pays européens : 9^e rang en ce qui concerne l'usage récent d'alcool, 12^e rang en ce qui concerne l'alcoolisation ponctuelle importante, sur 33 pays. L'usage récent d'alcool est le plus élevé en Allemagne, en Autriche, au Danemark et en Grèce, les niveaux étant plus globalement supérieurs en Europe de l'Ouest et du Sud, et inférieurs en Europe

FIGURE 7

Comparaisons régionales de la consommation hebdomadaire de vin, de bière et d'alcools forts, parmi les 15-30 ans



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

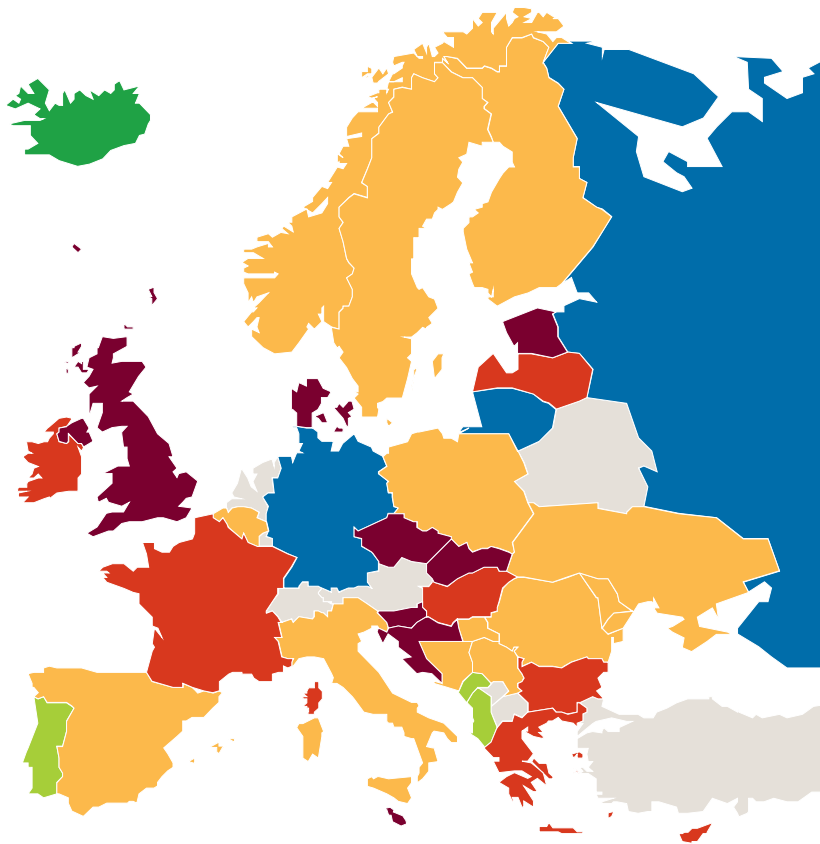
Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

de l'Est et dans les pays scandinaves, à l'exception du Danemark. Les alcoolisations ponctuelles importantes offrent quant à elles une cartographie assez différente (plus fréquentes au Danemark, en Croatie, en République tchèque, à Malte et au Royaume-Uni), sans que de grandes homogénéités géographiques sur ce type de consommation ne soient mises en évidence

[16]. La cartographie européenne de l'alcoolisation montre depuis la fin des années 1990 une certaine uniformisation, avec des pays nordiques et anglo-saxons présentant des alcoolisations ponctuelles importantes moins fréquentes que par le passé, tandis que la tendance est globalement inverse dans les pays latins [figure 8].

FIGURE 8

Comparaisons européennes de la consommation de la part des jeunes de 16 ans ayant connu au moins une API lors du mois précédant l'enquête en 2011



Moins de 20 % 20 à 29 % 30 à 39 % 40 à 49 % 50 % et plus Pays non participant Données incertaines ou absentes

Source : The 2011 ESPAD Report, CAN.

DISCUSSION

Les usages réguliers d'alcool des jeunes adultes apparaissent plus fréquents que ceux observés au cours de l'adolescence [1], ce qui tend à montrer une poursuite de la diffusion de ce comportement au-delà de l'adolescence. Les évolutions mesurées entre 2000 et 2005 sur la tranche d'âge

15-30 ans avaient montré une baisse des niveaux de consommation de boissons alcoolisées, ainsi qu'un léger recul des ivresses alcooliques, au moins chez les garçons [11]. Ces indicateurs apparaissent désormais en hausse entre 2005 et 2010, en particulier chez les jeunes femmes. Il

faut toutefois garder à l'esprit que l'évolution observée n'est pas non plus une spécificité des jeunes, dans la mesure où elle s'inscrit dans une augmentation similaire dans le reste de la population des consommations à risque ponctuel, la part des 15-75 ans ayant connu au moins une ivresse dans l'année est par exemple passée de 15 % en 2005 à 19 % en 2010 [17, 18].

Les 15-30 ans, qui se distinguent des personnes plus âgées par des consommations moins régulières mais plus excessives et ponctuelles, accentuent leurs différences en ce sens en 2010, avec une stabilisation de la consommation quotidienne associée à une augmentation des API et des ivresses. Parmi les jeunes adultes, les étudiants et les femmes se démarquent par des augmentations particulièrement prononcées relativement à 2005. Les ivresses répétées concernent près de deux fois plus d'étudiants en 2010 qu'en 2005, et plus du double parmi les femmes.

La comparaison des données des enquêtes menées à l'adolescence, reposant sur un questionnaire autoadministré, avec celles menées auprès des adolescents et jeunes adultes par téléphone montre des niveaux d'usage plus souvent déclarés sur questionnaire papier. En effet, le questionnaire autoadministré apparaît particulièrement bien adapté à ces tranches d'âge [19, 20], et il est probable que le téléphone induise une sous-déclaration de certains des comportements d'alcoolisation évoqués. Toutefois, ce type de biais ne joue pas sur la mesure des évolutions entre deux exercices d'une même enquête et n'est donc pas de nature à remettre en cause les tendances observées.

Même si on assiste de plus en plus clairement à un changement de modèle avec des différences de genre de moins en moins nettes, dans le sillage de ce qui est observé dans les pays nordiques et, dans une moindre mesure, anglo-saxons [21],

la consommation de boissons alcoolisées demeure en 2010 un comportement plus fortement masculin. Les données montrent en effet une persistance des usages sexués d'alcool, qui peuvent s'expliquer notamment par des processus de socialisation et des modèles normatifs sexuellement différenciés. Ainsi, la France, comme les autres pays d'Europe du Sud, reste un pays où l'abus d'alcool chez les femmes est socialement mal accepté. Le décalage constaté entre les pratiques des filles et des garçons peut s'expliquer par l'existence d'un contrôle parental plus sévère sur les sorties féminines : les filles restent beaucoup plus confinées au domicile familial que les garçons et connaissent moins que ces derniers les formes variées de la sociabilité du groupe des pairs.

En France, la consommation d'alcool est fortement intégrée aux relations sociales (repas de famille ou entre amis, célébrations...) et s'avère plutôt moins stigmatisée que dans d'autres pays [14]. Au-delà des années collège et lycée, les jeunes prennent plus ou moins progressivement leurs distances avec l'univers familial. Cela se manifeste par le fait que certains domaines de leur vie échappent de plus en plus au contrôle parental [22]. Entre 15 et 30 ans, mais en particulier à l'adolescence, la consommation a surtout lieu le week-end, entre amis, dans des occasions festives, la plupart du temps dans un domicile privé, un peu plus rarement dans des débits de boissons, mais aussi dans les lieux ouverts (rue, parc...). Les jeunes qui ont une sociabilité intense, qui fréquentent souvent les bars et les soirées entre amis, consomment plus souvent de l'alcool que les autres [7, 23]. Les raisons de l'alcoolisation invoquées par les jeunes reposent surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse, tandis que la recherche de la « défonce » ne concerne qu'une petite minorité de jeunes à 17 ans [7]. L'alcool se consomme prioritairement

en groupe, autrement dit les consommations strictement solitaires sont rares à l'adolescence. Le lien fort entre fréquence des sorties entre amis et usage régulier de boissons alcoolisées apparaît assez tôt dans l'adolescence, au point que les filles qui sortent beaucoup sont aussi nombreuses que les garçons à boire régulièrement de l'alcool [24, 25]. Par ailleurs, certains travaux soulignent l'aspect compétitif de la consommation d'alcool surtout chez les garçons cette fois, avec l'idée de « tenir le coup », « tenir l'alcool ». Pour comprendre l'alcoolisation des jeunes, il est par conséquent nécessaire de tenir compte de la variété des situations : le poids de la culture, de la position de l'acteur dans le champ social ainsi que ses dispositions propres et son mode de vie.

Les motivations de l'alcoolisation juvénile sont nombreuses et variées, qu'on se réfère à l'anthropologie (ancrage culturel du boire, rite de passage de l'adolescent à l'adulte), à la psychologie (mal-être et désir de transgression liés à l'adolescence), à la sociologie (baisse de l'influence des parents, pression scolaire qui justifierait des périodes récurrentes de « lâcher prise », influence du milieu de vie) ou aux paroles d'experts spécialisés dans la prise en charge des jeunes ayant des problèmes avec l'alcool. D'après les observations des professionnels au contact de la jeunesse, les jeunes ne se dissimulent plus quand ils boivent et parlent sans tabou de leur consommation. L'absence de lien entre la décohabitation et les différents indicateurs d'alcoolisation des 18-25 ans (résultats non présentés) est de nature à corroborer cette perception, l'éloignement de la cellule familiale ne générant pas particulièrement de nouvelles pratiques d'alcoolisation. Il existe de plus une normalisation de la consommation d'alcool par les filles, citée par les garçons comme nouvelle, sans connotation négative [26]. Notons également que, même si les différences de

genre sont encore plus nettes parmi les plus âgés, le rapprochement des consommations ponctuelles (API et épisodes d'ivresse) entre hommes et femmes s'observe également entre 2005 et 2010.

Ces constats vont de pair avec un rapprochement vers des consommations observées dans d'autres pays membres de l'Union européenne, en particulier dans les pays nordiques et anglo-saxons, qui se caractérisent par une consommation peu régulière, des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes, voire très importantes (associées au « *binge drinking* », pratique qui consiste à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion dans une perspective de « défonce » [27, 28]), ainsi qu'à une acceptation sociale plus élevée de l'ivresse publique [16, 29].

Les données du Baromètre santé 2010 de l'Inpes montrent que la consommation de boissons alcoolisées est répandue et en hausse chez les 15-30 ans, en particulier en ce qui concerne les API et les ivresses. Les API mensuelles concernent un quart des 15-30 ans, et la moitié des étudiants déclarent avoir connu au moins une ivresse dans l'année en 2010. Bien que demeurant masculins, ces usages d'alcools à risque ponctuel ont augmenté de manière particulièrement prononcée chez les jeunes femmes, et sur les indicateurs suivis, les sex-ratios se révèlent tous en diminution relativement à 2005.

Ces consommations sont prises en considération dans les politiques de santé publique et font régulièrement l'objet de campagnes de prévention. Le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 » prévoyait notamment différentes mesures visant à « *prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier les représentations par rapport à l'alcool* » [30]. Dans le cadre du volet prévention et santé publique du projet de loi « Hôpital, patients, santé et terri-

toires», adopté en juillet 2009, ont été mises en place l'interdiction de vente d'alcool aux moins de 18 ans, simplifiant ainsi une disposition qui distinguait jusqu'alors deux limites d'âge (16 et 18 ans), en fonction du type de boisson et du lieu de vente considérés, ainsi que l'interdiction de la vente au forfait ou de l'offre gratuite d'alcool à volonté (opérations de type *open bar*).

L'ensemble de ces éléments souligne l'importance d'une poursuite des efforts des autorités publiques, des éducateurs, des acteurs de prévention et des associations dans la réduction de la fréquence des ivresses et des alcoolisations ponctuelles importantes, ainsi que dans la recherche de

stratégies pour en réduire les complications potentielles.

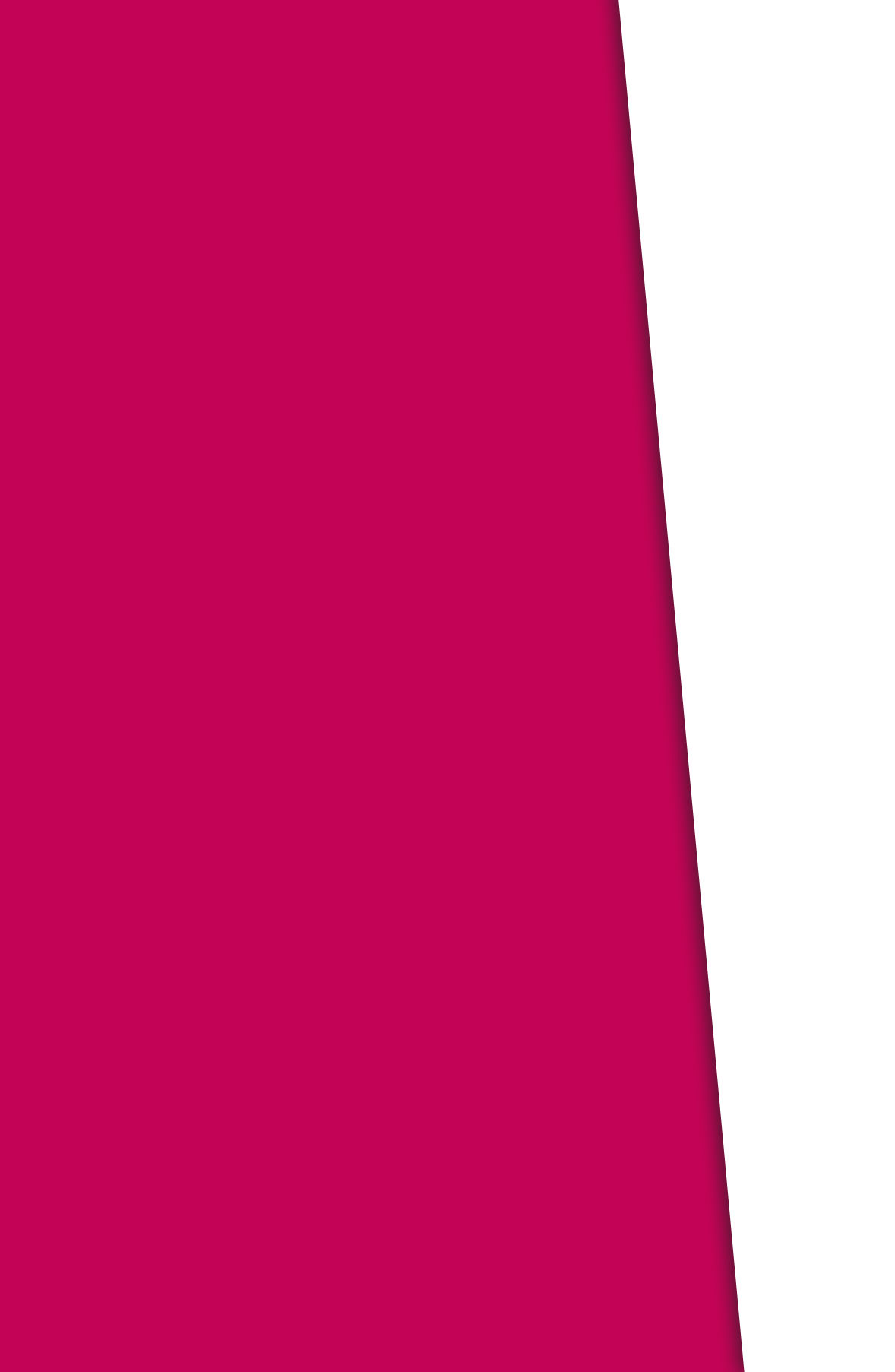
Pour conclure, il convient de rappeler que si l'alcool est déjà très présent à l'adolescence en France, la majorité des jeunes, au premier rang desquels les filles et les jeunes femmes, présentent une consommation n'atteignant pas un rythme hebdomadaire et n'ont pas connu d'ivresse au cours de l'année. Le contexte de hausses récentes observées en particulier dans des comportements évoquant les épisodes de *binge drinking* anglo-saxons ne doit donc pas laisser entendre que l'ensemble de la jeunesse est en proie à une alcoolisation massive.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/Sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168.
- [2] Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances*, 2009, n° 64 : 6 p.
- [3] Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Guignard R., Godeau E. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : p. 147-181.
- [4] Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances*, 2012, n° 79 : 4 p.
- [5] Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.
- [6] Bush K., Kivlahan D. R., McDonell M. B., Fihn S. D., Bradley K. A. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 1998, vol. 158, n° 16 : p. 1789-1795.
- [7] Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C. Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*, 2009, n° 66 : 6 p.
- [8] Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. *Prévalence et Facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France*. Paris : IRDES, 2008 : 100 p.
- [9] Legleye S., Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2007 : p. 112-154.
- [10] Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N. Usages de drogues des étudiants, chômeurs et actifs de 18-25 ans. *Tendances*, 2008, n° 62 : 4 p.
- [11] Beck F., Guillemont J., Legleye S. L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique. *Actualité et dossier en santé publique*, 2009, vol. 67 : p. 9-15.
- [12] Alvin P. L'alcool et les jeunes en France. *Archives de Pédiatrie*, 2003, vol. 10, n° S1 : p. 137-139.
- [13] Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005 : données Inpes/OFDT*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : 261 p.
- [14] Bloomfield K., Allamani A., Beck F., Bergmark K., Csemy L., Eisenbach-Stangl I., et al. *Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study. An EU Concerted Action. Project Final Report*. Berlin : Institut for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology : 2005, 341 p.
- [15] Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 : 382 p.
- [16] Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., et al. *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012 : 390 p.
- [17] Beck F., Guignard R., Richard J. B., Tovar M.-L., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*, 2011, n° 76 : 6 p.

- [18] Beck F., Richard J. Épidémiologie de l'alcoolisation en France. *EMC Endocrinologie-Nutrition*, 2012, vol. 10, n° 384-B10.
- [19] Turner C. F., Ku L., Rogers S. M., Lindberg L. D., Pleck J. H., Sonenstein F. L. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence : increased reporting with computer survey technology. *Science*, 1998, vol. 280, n° 5365 : p. 867-873.
- [20] Beck F., Guignard R., Legleye S. L'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives : une comparaison entre EVS et le Baromètre santé 2005. In : Beck F., Cavalin C., Maillochon F. *Violences et Santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, 2010 : p. 259-272.
- [21] Beck F., De Peretti G., Legleye S. L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et sociétés*, 2006, n° 1 : p. 141-160.
- [22] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S. *Les Usages sociaux des drogues*. Paris : PUF, coll. Le Lien social, 2007 : 226 p.
- [23] Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*. Paris : OFDT, 2007 : 77 p.
- [24] Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Legleye S. *Les Substances psychoactives chez les collégiens et lycéens monégasques*. Saint-Denis : OFDT, 2009 : 24 p.
- [25] Legleye S., Le Nezet O., Spilka S., Janssen E., Godeau E., Beck F. Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. *La Santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : p. 128-163.
- [26] Aubertin M.-X., Morel T., Haut Commissaire à la Jeunesse, École des Parents et des Éducateurs, Direction de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. *Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans no-nos limit (es) !* Paris : Haut Commissaire à la Jeunesse, 2010 : 85 p.
- [27] Herring R., Berridge V., Thom B., Bellido-Blasco J.-B. Binge drinking : an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, vol. 62, n° 6 : p. 476-479.
- [28] Jefferis B. J., Power C., Manor O. Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction*, 2005, vol. 100, n° 4 : p. 543-549.
- [29] Anderson P., Moller L., Galea G. *Alcohol in the European Union : Consumption, Harm and Policy Approaches*. Copenhague : World Health Organization Regional Office for Europe, 2012 : 161 p.
- [30] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Paris : MILDT, 2008 : 110 p.



L'essentiel

Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans

Cannabis

Après une hausse très nette de l'usage actuel de cannabis chez les jeunes à la fin de la décennie 1990, la consommation de ce produit s'est stabilisée à un niveau élevé depuis le début des années 2000. Aujourd'hui, entre 15 et 30 ans, 13 % des femmes et 25 % des hommes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Si la diffusion du cannabis a continué d'augmenter chez les adolescents et les jeunes adultes (en particulier parmi les femmes), c'est en partie du fait d'un effet de stock, lié au cumul des initiations des générations précédentes, adolescentes dans les années 1990-2000. Avoir déjà consommé du cannabis concerne ainsi 51 % des hommes et 38 % des femmes âgés de 15 à 30 ans. En revanche, parmi les 26-30 ans, une majorité (72 %) de ces expérimentateurs n'en ont pas consommé au cours de l'année. L'usage de cannabis est fortement lié au sexe, à l'âge, à la situation sociale et professionnelle et, plus généralement, aux conditions de vie. Ces facteurs sont d'autant plus influents que la fréquence d'usage de cannabis s'élève. De plus en plus nettement, l'usage régulier de cannabis apparaît comme un marqueur de précarité socioprofessionnelle, en particulier chez les jeunes adultes de sexe masculin.

Les données présentées montrent par ailleurs que la représentation commune d'une précocité croissante des consommations de cannabis n'est pas attestée par les chiffres. Parmi les jeunes qui, entre 15 et 25 ans, déclarent avoir déjà essayé le cannabis, l'âge d'initiation à cette consommation apparaît en effet en léger recul au cours des dernières années (16,7 ans entre 2000 et 2005 ; 17,0 ans entre 2005 et 2010).

Les usages de cannabis sont, de surcroît, marqués par des facteurs de différenciation régionale. Comme dans l'ensemble de la population, une distinction Nord/Sud assez nette se fait jour pour l'expérimentation, l'usage actuel et l'usage récent de cannabis, la moitié Sud du pays étant globalement plus souvent consommatrice. Dans la moitié Nord, seules la Bretagne et l'Île-de-France se distinguent par des niveaux d'usage supérieurs à la moyenne nationale.

Drogues illicites autres que le cannabis

S'agissant des drogues illicites autres que le cannabis, deux produits, la cocaïne et le poppers, se distinguent par une disponibilité et des niveaux de consommation en essor, en France, depuis le début des années 1990. Tout particulièrement, la diffusion de la cocaïne appa-

raît assez nette dans l'ensemble de la population, traduisant la « démocratisation » d'un produit autrefois quasi exclusivement accessible dans des catégories aisées et dont l'usage s'est progressivement élargi, depuis quelques années, à d'autres sphères de la société. En revanche, les autres drogues illicites apparaissent à des niveaux stables, souvent très bas. Les régions Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur se distinguent comme plus consommatrices de cocaïne, de poppers et d'ecstasy, et la Bretagne seule pour les champignons hallucinogènes.

Polyconsommations régulières

La place relative du cannabis dans les consommations des jeunes adultes s'atténue au fil des années, au profit d'une polyconsommation régulière de drogues licites (alcool et tabac), qui s'installe durant la période de transition vers l'âge adulte. Les consommations régulières, combinant cannabis et drogues licites (tabac-cannabis ou tabac-alcool-cannabis), culminent entre 20 et 25 ans, ce qui laisse penser que cette période de la vie demeure particulièrement sujette aux consommations de drogues régulières et multiples, en lien avec les enjeux liés à la construction d'une identité affective, sociale et professionnelle aux débuts de l'âge adulte.

Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans

FRANÇOIS BECK
 ROMAIN GUIGNARD
 JEAN-BAPTISTE RICHARD
 IVANA OBRADOVIC
 STANISLAS SPILKA
 STÉPHANE LEGLEYE

INTRODUCTION

L'observation épidémiologique des usages des drogues illicites a beaucoup progressé en France depuis la fin des années 1990, au regard du nombre d'enquêtes mises en œuvre et de leur capacité accrue à rendre compte de manière précise des pratiques en vigueur [1]. L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte sont, pour une part importante des individus, une période qui correspond à l'expérimentation de certaines substances psychoactives ; elle conduit également, parfois, à l'installation dans un usage plus régulier. Le Baromètre santé permet d'observer l'évolution des usages de drogues entre 1992 et 2010 chez les jeunes âgés de 15 à 30 ans : l'analyse de ces données permet ainsi de compléter le dispositif d'enquêtes mis en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et ses partenaires autour des usages en population adolescente. Menée par questionnaire autoadministré et strictement anonyme, l'Enquête sur la santé et les

consommations lors de l'appel de préparation à la défense¹ (Escapad) permet de faire le point régulièrement sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans et de présenter les évolutions récentes des pratiques d'usage à la fin de l'adolescence [2, 3]. L'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Espad) permet pour sa part d'observer les usages des lycéens [4], tandis que l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est centrée sur les collégiens [5], toutes deux étant répétées selon un rythme quadriennal. Cet ensemble d'enquêtes permet ainsi d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence jusqu'aux débuts de la vie adulte, entre 11 et 30 ans.

Les produits étudiés dans ce chapitre sont soit des produits classés sur la liste

1. Rebaptisée Journée défense et citoyenneté.

des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, héroïne, poppers, champignons hallucinogènes), soit des produits détournés de leur usage à des fins psychotropes (colles, solvants volatils), les caractéristiques de ces différents produits étant rappelées dans l'encadré ci-dessous. Ce chapitre ne traite pas des « nouveaux produits de synthèse » (NPS), substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.) et qui semblent en essor (en particulier les cannabinoïdes de synthèse [6]). L'alcool et le tabac, du fait de l'ampleur de leur diffusion en France, sont traités dans des chapitres *ad hoc* (voir le chapitre « Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans », page 87 et le chapitre « Le tabagisme chez les jeunes

de 15-30 ans », page 69) et ne seront ici mobilisés que de façon sommaire, pour être mis en perspective avec les drogues illicites, dans une partie spécifique traitant de la polyconsommation. Dans la mesure où le cannabis reste de loin la substance illicite la plus consommée en France, une large part lui est consacrée dans ce chapitre.

La première partie de ce chapitre présente les niveaux d'usage de cannabis parmi les jeunes de 15 à 30 ans, leur évolution depuis le début des années 1990, les facteurs associés à l'usage selon la fréquence de consommation et les principales différences régionales. Les grandes tendances concernant les autres drogues illicites seront ensuite exposées, pour conclure cet état des lieux par une brève description des pratiques de polyconsommation régulière.

LES DROGUES ILLICITES OU DÉTOURNÉES DE LEUR USAGE

Le cannabis (ou chanvre indien) est une plante dont est extraite la marijuana (herbe), la résine (haschisch) ou l'huile. Il est le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint). Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibiteurs, relaxants mais il peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. Il peut également induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Une consommation chronique de cannabis, associée ou non au tabac, augmente également le risque de cancer des voies aérodigestives.

Les poppers désignent une famille de composés synthétiques volatils nitrités se présentant sous la forme de petites bouteilles à inhaler. Ils ont un effet désinhibiteur bref et intense, provoquant le rire et l'euphorie mais aussi une accélération du rythme cardiaque. Ils peuvent exposer, dans certains cas rares, à des problèmes sanguins graves. Parmi les drogues, les poppers bénéficiaient jusqu'à une période récente d'un statut juridique particulier. Si les poppers contenant des nitrites de pentyle ou de butyle sont interdits à la vente en France et classés comme stupéfiants depuis 1990, d'autres (nitrites d'amyle et de propyle) étaient encore

disponibles de manière licite, en sex-shop notamment, jusqu'à une période récente. Depuis l'arrêt de ministère de la Santé du 29 juin 2011, tous les poppers sont désormais interdits à la cession et à la vente.

L'héroïne est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Elle possède des propriétés euphorisantes et relaxantes. Son administration par voie intraveineuse en fait un vecteur majeur de transmission virale (hépatites et VIH). Elle peut également être sniffée ou fumée. Les effets de l'héroïne sur le cerveau sont plus immédiats qu'avec d'autres substances. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique, caractérisée par un important syndrome de manque en cas de sevrage.

L'ecstasy désigne des produits synthétiques contenant de la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine), sous forme de comprimés, de poudre ou de cristaux. Apparue en France vers la fin des années 1980, cette « drogue de l'amour » s'est largement répandue au cours des années 1990, notamment avec l'essor du mouvement techno, et dépasse désormais largement ce cadre.

Le LSD (de l'allemand Lysergik Säure Diethylamide, plus connu en France sous le nom d'acide lysergique) est un hallucinogène provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle, pouvant aller jusqu'aux hallucinations. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard imbibé de solution de LSD, qui est surtout administré par ingestion, même si certains utilisateurs le fument, mélangé à du tabac, ou se l'injectent. À forte dose ou chez les sujets prédisposés, le LSD peut induire des illusions délirantes dangereuses, des suicides ou des perturbations psychiques durables.

La cocaïne se présente le plus souvent sous la forme d'une fine poudre blanche, consommée par voie nasale (sniffée). Elle est plus rarement consommée par voie intraveineuse. Auparavant confinée à des milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ainsi qu'aux populations marginalisées, elle est désormais consommée dans de nouveaux espaces et par de nouvelles catégories sociales (milieux festifs, classes moyennes, chômeurs, etc.). Elle provoque une euphorie immédiate, une stimulation intellectuelle et physique mais n'engendre pas de dépendance physique. La dépendance psychique peut en revanche s'avérer extrêmement forte.

Les amphétamines sont des produits de synthèse stimulants, le plus souvent disponibles sous forme de cachets (à gober) ou de poudre. Elles sont le plus souvent consommées dans un cadre festif ou pour améliorer des performances sportives ou professionnelles. La forte dépendance psychique engendrée par les amphétamines explique qu'elles aient récemment été sorties de la pharmacopée pour être classées parmi les stupéfiants.

Les champignons hallucinogènes et les autres hallucinogènes végétaux sont des produits d'origine naturelle contenant des principes actifs hallucinogènes. Ils provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. On peut citer d'autres hallucinogènes, tels que la mescaline, le datura, la *Salvia divinorum*, etc.

Les produits pris par inhalation sont divers (colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole, etc.). Les principes actifs les plus connus sont le protoxyde d'azote (gaz hilarant), l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Les principaux utilisateurs sont les adolescents car les inhalants sont pour la plupart d'accès facile et peu coûteux. Les troubles engendrés peuvent être sérieux, tant sur le plan physique que psychique. Ces produits sont en vente libre ou à usage hospitalier (protoxyde d'azote, éther).

RÉSULTATS

CANNABIS

Facilité d'accès au cannabis

Parmi les individus de 15 à 30 ans interrogés dans le Baromètre santé 2010, 60,6 % déclarent s'être déjà vu proposer « du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit », les hommes (67,9 %) plus souvent que les femmes (53,4 % ; $p < 0,001$). Cette proportion est plus importante avant 30 ans (60,6 % vs 35,2 % chez les 31-64 ans ; $p < 0,001$). Jusqu'à 30 ans, les opportunités d'accès au cannabis augmentent assez naturellement avec

l'avancée en âge (48,6 % parmi les 15-19 ans, 64,8 % parmi les 20-25 ans, 67,3 % parmi les 26-30 ans ; $p < 0,001$), si bien que l'accessibilité du cannabis culmine dans cette période de la vie, à un niveau assez stable depuis les années 2000 (63,3 % en 2000, 61,2 % en 2005).

Niveaux d'usage de cannabis par âge et par sexe

Aujourd'hui, l'usage de cannabis est plus fréquent chez les jeunes (15-30 ans) qu'il ne l'a été dans les précédentes générations, quel que soit le niveau de consumma-

tion [tableau 1]. L'expérimentation concerne ainsi 44,4 % des 15-30 ans et 26,7 % des 31-64 ans ($p < 0,001$). Pour des niveaux d'usage plus fréquents, les jeunes sont 5 à 6 fois plus nombreux à consommer que leurs aînés : 19,0 % en ont consommé au cours des douze derniers mois, 10,7 % au cours du dernier mois et 2,6 % ont un usage quotidien.

L'expérimentation de cannabis touche donc une large partie des jeunes générations. Passé l'âge de 25 ans, seul un homme sur trois n'a jamais été en contact avec le cannabis (*vs* plus d'une femme sur deux). Comme dans l'ensemble de la population, les usages de cannabis des 15-30 ans sont en effet marqués par une prédominance masculine, et ce d'autant plus nettement que la fréquence de consommation augmente. Ainsi, à ces âges, plus d'un homme sur deux a déjà expérimenté le cannabis (51,3 % *vs* 37,6 % des femmes, sex-ratio (SR) = 1,4; $p < 0,001$), un sur quatre en a consommé dans l'année (25,2 % *vs* 12,8 % des femmes, SR = 2,0; $p < 0,001$) et près d'un sur sept en a consommé dans le mois (14,9 % *vs* 6,5 % des femmes, SR = 2,3; $p < 0,001$). Les usages réguliers concernent 7,7 % des hommes (*vs* 2,5 % des femmes, SR = 3,1; $p < 0,001$) et les usages quotidiens 3,8 % des hommes (*vs* 1,4 % des femmes, SR = 2,7; $p < 0,01$).

Jusqu'à 30 ans, chez les hommes, la prévalence de l'expérimentation de cannabis

augmente de manière importante avec l'âge, pour toucher les deux tiers des hommes entre 26 et 30 ans, alors que les niveaux de diffusion du cannabis sont relativement stables, chez les femmes, entre 20 et 30 ans [figure 1]. Concernant l'usage masculin dans l'année, il atteint son point culminant entre 20 et 25 ans (28,4 %) ; chez les femmes, les niveaux restent similaires entre 15 et 25 ans (environ 15 %). Par ailleurs, c'est entre 20 et 25 ans que les niveaux d'usage régulier sont les plus importants, quel que soit le sexe (9,5 % chez les hommes et 3,7 % chez les femmes). Après 25 ans cependant, les jeunes adultes de sexe masculin restent encore assez nombreux à déclarer des niveaux d'usage régulier conséquents (8,3 %).

Évolution des niveaux d'usage de cannabis

Les niveaux d'usage de cannabis ont connu une forte hausse au cours de la décennie 1990-2000, avant de se stabiliser à un niveau élevé. La diffusion du cannabis parmi les jeunes de 15 à 30 ans a quasiment doublé entre le début des années 1990 et les années 2000, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le niveau d'expérimentation du cannabis est stable depuis 2000, alors qu'il n'a pas cessé d'augmenter depuis le début des années 1990

LEXIQUE DES NIVEAUX DE PROXIMITÉ ET D'USAGE DU CANNABIS (ÉVALUÉS À PARTIR DE DONNÉES DÉCLARATIVES)

Proposition : s'être vu proposer un produit au moins une fois au cours de la vie.

Expérimentation : avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie.

Usage actuel (ou au moins occasionnel) : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Usage récent : avoir consommé un produit au moins une fois au cours des trente derniers jours.

Usage régulier : avoir consommé un produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

TABLEAU I

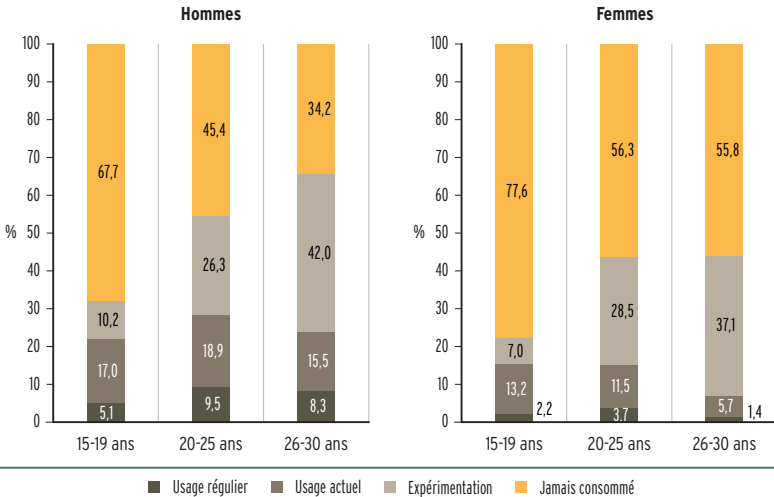
Niveaux de consommation du cannabis en 2010 : comparaison entre les 15-30 ans et les 31-64 ans et comparaison entre hommes et femmes parmi les 15-30 ans (en pourcentage)

	15-30 ans	31-64 ans	Différence	Rapport	15-30 ans Hommes	15-30 ans Femmes	Sex-ratio
Expérimentation	44,4	26,7	***	1,7	51,3	37,6	1,4***
Usage actuel	19,0	3,8	***	5,0	25,2	12,8	2,0***
Usage récent	10,7	1,9	***	5,6	14,9	6,5	2,3***
Usage régulier	5,1	0,9	***	5,7	7,7	2,5	3,1***
Usage quotidien	2,6	0,5	***	5,2	3,8	1,4	2,7**

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

FIGURE 1

Usage de cannabis chez les 15-30 ans^a en 2010 selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



a. Contrairement à ce qui est fait dans le reste du chapitre, les pourcentages indiqués sur cette figure se réfèrent à des types d'usage « exclusifs ». Par exemple, 10,2% des hommes de 15-19 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis mais ne pas en avoir un usage actuel (dans l'année).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

chez les femmes, pour se stabiliser, plus tardivement, entre 2005 et 2010 [figure 2]. Après une hausse très nette entre 1995 et 2000, l'usage actuel de cannabis a peu évolué entre 2000 et 2010 : aujourd'hui, un jeune sur cinq déclare avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année passée (12,8 % des femmes et 25,2 % des hommes).

Si le cannabis a connu une forte diffusion au sein du public jeune depuis les années 1990, les usages plus fréquents de cannabis ont augmenté de façon à la fois plus limitée et plus circonscrite dans le temps. L'usage récent de cannabis a ainsi légèrement diminué entre 2000 et 2005 chez les femmes (de 8,3 % à 6,2 %), pour se stabiliser par la suite [tableau II]. La part d'usa-

FIGURE 2

Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans de 1992 à 2010, par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

Évolution des usages de cannabis chez les 15-30 ans de 2000 à 2010, par sexe (en pourcentage)

	2000			2005			2010		
	Homes	Femmes	Ensemble	Homes	Femmes	Ensemble	Homes	Femmes	Ensemble
Expérimentation	49,8	30,0	40,3	51,0	35,5***	43,4**	51,3	37,6	44,4
Usage actuel	26,2	14,2	20,5	24,8	12,5	18,8	25,2	12,8	19,0
Usage récent	16,8	8,3	12,7	15,6	6,2**	11,0*	14,9	6,5	10,7
Usage régulier	7,5	2,6	5,1	8,2	2,6	5,4	7,7	2,5	5,1

Évolutions 2000-2005 : * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001. Les évolutions entre 2005 et 2010 ne sont pas significatives.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

gers réguliers apparaît quant à elle stable depuis 2000² : l'usage régulier de cannabis concerne environ un jeune sur vingt.

Parmi les 26-30 ans, 71,8 % des personnes qui ont expérimenté le cannabis n'en ont pas consommé au cours de la dernière année (63,4 % des hommes, 83,9 % des femmes).

Une large majorité des consommateurs arrête donc la consommation assez rapidement, avec quelques différences selon la situation professionnelle (73,0 % des actifs occupés vs

2. Les usages récents et réguliers ne sont pas disponibles pour les années 1992 et 1995, dans la mesure où la question de l'usage au cours du mois n'était pas posée avant 2000.

64,0 % des chômeurs) ou le niveau de diplôme (75,3 % pour un diplôme supérieur au bac vs 68,0 % pour un diplôme inférieur au bac).

Facteurs associés aux usages de cannabis

Outre l'âge et le sexe, les facteurs associés à l'usage de cannabis tiennent à certains aspects bien identifiables du contexte de vie : résidence en milieu urbain (plus l'agglomération de résidence est importante, plus les chances de consommer du cannabis sont élevées) et situation financière [tableau III]. Ainsi, le sentiment d'insécurité financière et, dans une moindre mesure, la taille de l'agglomération de résidence sont associés

à la probabilité de consommer du cannabis, de manière assez analogue entre les sexes. À l'inverse, l'avancée en âge va de pair, chez les femmes, avec une diminution de la propension à consommer du cannabis, alors que, chez les hommes, elle n'influe en rien sur les chances de consommer. De même, la situation de chômage n'est associée à l'usage actuel que chez les hommes, pour qui elle constitue un facteur important de surconsommation (OR = 1,7; $p < 0,001$). Par conséquent, le vieillissement et le chômage influent sur la consommation de cannabis d'une manière tout à fait spécifique chez les jeunes de sexe masculin, jusqu'à 30 ans.

Ce lien apparent entre situations de précarité et usage actuel de cannabis mériterait

TABLEAU III

Facteurs associés à l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans en 2010, dans l'ensemble et par sexe

	N	Ensemble			Hommes			Femmes		
		%	ORa	IC	%	ORa	IC	%	ORa	IC
Sexe		***								
Homme (réf.)	2 850	25,2	1							
Femme	3 132	12,9	0,4***	0,4; 0,5						
Âge		***			*			***		
15-19 ans (réf.)	1 573	19,0	1		22,0	1		15,7	1	
20-25 ans	2 268	22,0	1,1	0,9; 1,3	28,8	1,2	0,9; 1,5	15,5	0,9	0,7; 1,2
26-30 ans	2 141	15,5	0,8*	0,6; 1,0	24,3	1,0	0,7; 1,4	7,1	0,5***	0,3; 0,7
Situation professionnelle		*			**			***		
Travail (réf.)	2 857	17,1	1		23,3	1		10,3	1	
Étudiant	2 266	20,1	1,2	1,0; 1,4	24,3	1,2	0,9; 1,6	15,9	1,1	0,8; 1,5
Au chômage/inactif	859	21,0	1,2	1,0; 1,4	33,8	1,7***	1,3; 2,1	11,4	0,7	0,5; 1,0
Perception de la situation financière		***			***			*		
« Ça va » (réf.)	3 836	17,4	1		22,9	1		11,5	1	
« C'est juste »	1 384	19,5	1,2*	1,0; 1,4	27,2	1,2	1,0; 1,5	12,2	1,2	1,0; 1,6
« C'est difficile »	762	26,0	1,8***	1,5; 2,2	34,8	1,8***	1,4; 2,3	19,3	1,9***	1,4; 2,6
Taille d'agglomération		***			*			**		
Rural (réf.)	1 323	14,8	1		20,1	1		9,7	1	
2 000 à 20 000 habitants	1 037	17,6	1,2	1,0; 1,5	25,0	1,3	1,0; 1,8	10,3	1,1	0,8; 1,6
20 000 à 200 000 habitants	1 118	19,0	1,4**	1,1; 1,7	26,1	1,4*	1,1; 1,8	11,8	1,3	0,9; 1,9
200 000 habitants et plus	1 536	21,0	1,5***	1,2; 1,8	26,3	1,3	1,0; 1,6	15,8	1,8***	1,3; 2,5
Agglomération parisienne	968	22,1	1,7***	1,3; 2,1	28,8	1,5**	1,2; 2,0	15,6	1,9***	1,3; 2,6

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$. Résultats obtenus par le test du χ^2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

cependant d'être confirmé par une analyse plus approfondie : la précarité est en effet un phénomène multidimensionnel, difficilement réductible à un seul indicateur descriptif du contexte de vie. Ainsi, l'insécurité financière ressentie, par exemple, peut recouvrir des situations hétérogènes et peu comparables entre elles³. Il apparaît de ce fait indispensable d'explorer les liens entre les différents éléments caractéristiques du contexte de vie et l'usage régulier de cannabis.

Globalement, l'usage régulier de cannabis apparaît lié à l'ensemble des variables socio-démographiques étudiées : sexe, âge, situation professionnelle, situation financière, taille de l'agglomération de résidence. Les femmes, les 26-30 ans et les étudiants se révèlent moins concernés par l'installation dans un usage régulier de cannabis, si on les compare aux hommes, aux jeunes âgés de 15 à 25 ans ou aux chômeurs. La taille d'agglomération joue comme facteur de consommation surtout pour les usagers au cours de l'année : vivre dans un grand pôle urbain influe moins fortement sur l'usage régulier que sur l'usage actuel, même si la tendance reste globalement la même. La situation de chômage, pour les hommes, et les difficultés financières perçues se révèlent au contraire favoriser plus nettement la consommation régulière de cannabis, ce qui constitue un résultat important [tableau IV].

Le gradient social plus marqué pour les usages plus fréquents de cannabis témoigne d'une situation où l'usage régulier de cannabis apparaît comme un marqueur de précarité socioprofessionnelle. Ce résultat fait écho à des travaux de recherche récents menés en population adolescente [7, 8].

Évolution des inégalités depuis 2000 par rapport à la situation professionnelle

Les chances de consommer du cannabis varient fortement selon la situation profes-

sionnelle des jeunes (travail, études, chômage). De ce point de vue, il semble que les inégalités se soient creusées depuis 2000 [tableau V]. En effet, la progression de la diffusion du cannabis entre 2000 et 2010 s'est limitée aux jeunes arrivants sur le marché du travail. Parmi eux, elle a été bien plus nette chez les chômeurs que chez les jeunes en situation d'activité professionnelle. C'est aussi dans la catégorie des jeunes actifs, en particulier parmi les chômeurs, que les usages plus fréquents de cannabis se sont développés au cours de la dernière décennie, alors qu'ils ont globalement baissé chez les étudiants. Enfin, le résultat le plus saillant établit la surexposition des chômeurs à l'usage régulier de cannabis : ainsi, la proportion de fumeurs réguliers de cannabis n'a cessé d'augmenter parmi les chômeurs et les inactifs depuis 2000 alors qu'elle s'est stabilisée, depuis quelques années, chez les jeunes qui ont un travail et qu'elle a nettement diminué (-50 %) chez les étudiants.

Pour confirmer cette tendance, on peut modéliser l'évolution des usages de cannabis selon le statut d'activité des jeunes enquêtés, afin de repérer d'éventuelles distorsions quant aux populations concernées par la consommation de ce produit. Ainsi, des modèles de régression logistique ajustés sur le sexe et l'âge ont été réalisés en 2000, 2005 et en 2010 au regard de la situation professionnelle [tableau VI].

L'influence propre de la situation socioprofessionnelle sur la probabilité de développer des usages fréquents semble s'être accrue au cours des dernières années : entre 2000 et 2010, les jeunes précaires (chômeurs ou

3. En comparaison d'autres outils censés mesurer le gradient social, comme par exemple le niveau de revenu, la variable de perception de l'aisance financière présente l'intérêt de compter très peu de non-réponses (la question du revenu n'est pas renseignée par environ 15 % de l'échantillon). Par ailleurs, la PCS ou le niveau de diplôme sont problématiques sur cette tranche d'âge qui mêle étudiants/élèves et actifs, les plus jeunes n'ayant par exemple aucune chance d'avoir un diplôme supérieur au bac.

TABLEAU IV

Facteurs associés à l'usage régulier de cannabis, chez les 15-30 ans en 2010 dans l'ensemble et par sexe

	N	Ensemble			Hommes			Femmes		
		%	ORa	IC	%	ORa	IC	%	ORa	IC
Sexe		***								
Homme (réf.)	2 841	7,7	1							
Femme	3 126	2,5	0,3***	0,2; 0,4						
Âge		**								
15-19 ans (réf.)	1 568	3,7	1		5,1	1		2,2	1	
20-25 ans	2 262	6,6	0,9	0,6; 1,3	9,5	0,9	0,6; 1,4	3,7	0,8	0,4; 1,5
26-30 ans	2 137	4,8	0,5**	0,3; 0,8	8,4	0,6*	0,3; 1,0	1,4	0,4*	0,2; 1,0
Situation professionnelle		***								
Travaille (réf.)	2 853	5,2	1		8,0	1		2,2	1	
Étudiant	2 260	3,1	0,6**	0,4; 0,9	4,3	0,5**	0,3; 0,8	2,0	0,7	0,4; 1,5
Au chômage/inactif	854	9,9	1,6**	1,2; 2,2	17,2	2,0***	1,4; 2,8	4,5	1,0	0,5; 2,0
Perception de la situation financière		***								
« Ça va » (réf.)	3 828	3,8	1		6,0	1		1,5	1	
« C'est juste »	1 382	5,5	1,5*	1,1; 2,0	8,7	1,3	0,9; 1,9	2,3	1,9*	1,1; 3,3
« C'est difficile »	757	10,9	2,6***	1,9; 3,5	16,1	2,5***	1,7; 3,7	6,9	2,7**	1,5; 4,9
Taille d'agglomération										
Rural (réf.)	1 321	3,5	1		5,6	1		1,4	1	
2 000 à 20 000 habitants	1 033	4,6	1,3	0,8; 2,0	7,1	1,3	0,8; 2,2	2,1	1,2	0,5; 2,8
20 000 à 200 000 habitants	1 117	5,5	1,5*	1,0; 2,3	9,5	1,8*	1,1; 2,8	1,5	0,9	0,4; 2,3
200 000 habitants et plus	1 531	5,9	1,5*	1,0; 2,2	8,6	1,3	0,8; 2,0	3,2	2,1*	1,0; 4,3
Agglomération parisienne	965	6,0	1,7*	1,1; 2,5	7,9	1,5	0,9; 2,5	4,1	2,0	0,9; 4,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne ORa (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Évolution de la proportion d'usagers de cannabis chez les 15-30 ans, selon la fréquence d'usage et la situation professionnelle en 2000, 2005 et 2010 (en pourcentage)

	2000			2005			2010		
	Travail	Études	Chômage/ inactif	Travail	Études	Chômage/ inactif	Travail	Études	Chômage/ inactif
Expérimentation	43,4	39,3	34,0	48,8	38,5	43,5	54,0	32,1	51,4
Usage actuel	15,3	26,7	15,7	16,8	20,8	18,0	17,0	20,2	21,0
Usage récent	9,2	17,3	8,7	10,5	11,5	10,6	9,5	10,2	14,7
Usage régulier	4,0	6,2	4,9	5,3	5,1	6,9	5,2	3,1	9,9

inactifs) ont vu leur propension à développer un usage régulier de cannabis s'accroître, alors que les étudiants, qui constituaient une catégorie particulièrement touchée

par les usages de cannabis en 2000, sont de moins en moins enclins à consommer du cannabis (usages actuel, récent ou régulier). Cependant, ils s'avèrent toujours

TABLEAU VI

Évolution des odds-ratios associés à la situation professionnelle chez les 15-30 ans en 2000, 2005 et 2010^a

	2000		2005		2010	
	Études	Chômage	Études	Chômage	Études	Chômage
Expérimentation	1,5***	0,9	1,0	0,9	0,7***	1,0
Usage actuel	2,3***	1,1	1,3**	1,1	1,2*	1,3**
Usage récent	2,1***	1,2	1,2*	1,2	1,0	1,5**
Usage régulier	1,6*	1,7*	1,0	1,5**	0,6**	1,9***

a. Odds-ratios ajustés sur le sexe et l'âge, la situation de travail est la référence. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Lecture : En 2000, les étudiants avaient un « risque » d'avoir expérimenté le cannabis 1,5 fois supérieur aux jeunes de 15-30 ans en emploi, à sexe et âge équivalents.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

plus souvent usagers occasionnels (dans l'année) que les jeunes actifs du même âge. L'ensemble de ces résultats témoigne donc de l'accroissement des inégalités des jeunes face au risque de basculer vers un usage plus régulier de cannabis, suggérant même un renversement au cours de la décennie passée. Il illustre également l'effet protecteur du statut étudiant quant aux chances de développer un usage de cannabis et, à plus forte raison, un usage régulier de ce produit.

Précocité des usages de cannabis

Au-delà de l'évolution de la prévalence d'usage chez les jeunes, la question de la précocité des usages se révèle cruciale, tant elle a été identifiée comme un facteur prédictif important de troubles et de complications sociales ou sanitaires ultérieurs.

En 2010, dans la génération des 15-25 ans, l'expérimentation de cannabis est plus tardive qu'elle ne l'était cinq ans auparavant. Parmi les jeunes de 15-25 ans ayant expérimenté le cannabis au cours des cinq dernières années⁴, l'âge de la première consommation de cannabis apparaît en légère augmentation entre la période

2000-2005 (16,7 ans) et 2005-2010 (17,0 ans, p<0,01). Ainsi, entre 2000 et 2005, les 15-25 ans ayant expérimenté le cannabis étaient 50,7 % à l'avoir fait à 16 ans ; ils ne sont plus que 42,4 % dans ce cas entre 2005 et 2010 (p<0,01) [tableau VII].

L'usage régulier de cannabis apparaît fortement associé à la précocité de l'initiation. Parmi les jeunes de 20 à 25 ans qui

TABLEAU VII

Distribution des âges d'expérimentation du cannabis parmi les 15-25 ans, sur les périodes 2000-2005 et 2005-2010 (pourcentages cumulés)

	2000-2005	2005-2010
12 ans ou moins	0,8	0,1
13 ans	3,7	2,1
14 ans	12,6	7,7
15 ans	28,3	22,4
16 ans	50,7	42,4
17 ans	68,9	63,7
18 ans	84,7	82,0
19 ans	90,6	89,3
20 ans ou plus	100,0	100,0
Âge moyen	16,7	17,0

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

4. L'analyse a été effectuée parmi les moins de 25 ans car la grande majorité des expérimentations (91 %) a lieu avant cet âge.

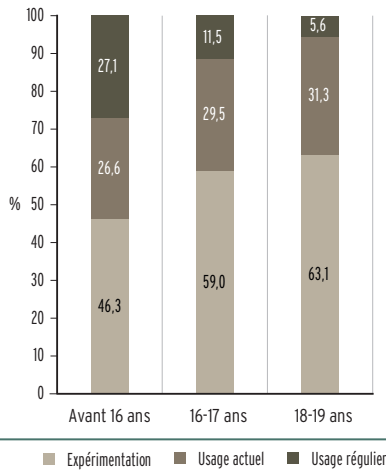
ont consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis, la part d'usagers réguliers est près de cinq fois plus élevée chez les expérimentateurs précoces (avant 16 ans) que chez les expérimentateurs plus tardifs (autour de l'âge de la majorité légale) [figure 3]. Ainsi, parmi ceux qui ont expérimenté le cannabis avant 16 ans, 27,1 % en sont consommateurs réguliers entre 20 et 25 ans. Cette proportion est respectivement de 11,5 % et de 5,6 % parmi ceux qui ont expérimenté le cannabis à 16-17 ans et à 18-19 ans. Ce lien persiste après avoir contrôlé les variations liées au sexe, à la situation d'emploi, à la taille de l'agglomération de résidence et au sentiment d'insécurité financière (OR = 4,6 [3,3 ; 6,3] pour les expérimentateurs avant 16 ans par rapport aux expérimentateurs à 18-19 ans ; OR = 2,3 [1,7 ; 3,2] pour ceux qui l'ont expérimenté entre 16 et 17 ans). La précocité de l'usage de cannabis constitue donc un facteur prédictif très important de l'évolution vers un usage régulier de ce produit.

Comparaisons régionales des usages de cannabis

Dans un contexte global de stabilité des expérimentations de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, certaines régions voient la diffusion du cannabis auprès des jeunes générations s'élargir ou, au contraire, reculer. Ainsi, la Bretagne et le Languedoc-Roussillon se distinguent par un niveau de diffusion du cannabis traditionnellement plus large que dans d'autres régions, et qui continue de progresser [figure 4]. À l'inverse, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes ne se singularisent plus, comme auparavant, par des prévalences d'expérimentation du cannabis élevées. Par ailleurs, le niveau de diffusion du cannabis auprès des jeunes générations semble en recul en Picardie, qui se situe notablement en deçà du niveau moyen observé en métropole. En revanche, le niveau d'initiation au cannabis a retrouvé un niveau proche de la moyenne dans le

FIGURE 3

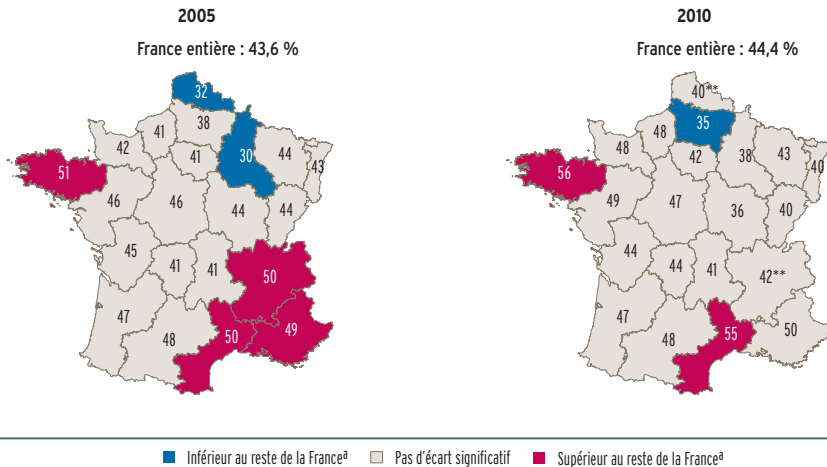
Usage de cannabis selon l'âge d'initiation parmi les 20-25 ans l'ayant expérimenté avant 20 ans



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 4

Évolutions de l'expérimentation de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)



a. Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010. * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, Inpes.

Nord-Pas-de-Calais (+ 8 points), de même qu'en Champagne-Ardenne. Enfin, la région Rhône-Alpes se distingue du reste de la France par une baisse significative de l'expérimentation de cannabis par rapport à 2005 (-8 points).

Cette représentation géographique des niveaux d'expérimentation du cannabis à 15-30 ans corrobore globalement les résultats observés pour la tranche des 15-75 ans. Les régions qui se dégagent de ce tableau ressortent de la même manière dans l'analyse régionale de l'enquête Escapad de l'OFDT, menée à partir des données collectées en 2011 auprès des jeunes âgés de 17 ans, même si l'opposition Nord/Sud y apparaissait plus franche.

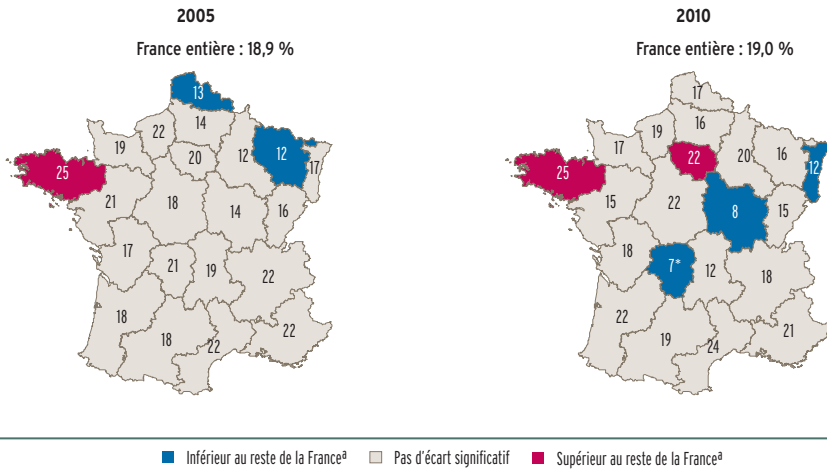
Le niveau d'usage actuel de cannabis apparaît stable sur l'ensemble du territoire. Par rapport à l'ensemble des régions métropolitaines, seule la région du Limousin affiche une tendance significative à la

baisse (-14 points). Fait nouveau, l'Alsace, la Bourgogne et le Limousin apparaissent désormais parmi les régions sous-consommatrices de cannabis. Par contraste, la Bretagne, déjà surconsommatrice en 2005, l'est toujours en 2010 : elle n'enregistre aucune inflexion des niveaux de consommation actuelle [figure 5]. À l'inverse, l'Île-de-France émerge comme une région désormais surconsommatrice de cannabis. Point notable en comparaison des 15-75 ans : la Bretagne se distingue fortement par sa prévalence record d'usage actuel de cannabis chez les jeunes (25 %).

La cartographie issue de l'analyse régionale de l'enquête Escapad de l'OFDT, menée sur les données de 2011 auprès des jeunes âgés de 17 ans, apparaît assez différente de celle présentée ici. Si elle confirme bien quelques spécificités régionales, s'agissant par exemple de la Bretagne, plus consommatrice de cannabis que les autres régions,

FIGURE 5

Évolutions de l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)



a. Différences significatives au seuil de 5%. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010. * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, Inpes.

et le Limousin, sous-consommateurs par rapport à d'autres territoires, elle ne fait pas apparaître les spécificités observées ici pour la Bourgogne, l'Alsace ou l'Île-de-France. Du point de vue des consommations de cannabis à 17 ans, en effet, ces trois régions ne se distinguent pas particulièrement des autres, ce qui appelle des investigations complémentaires quant aux tendances éventuellement en cours dans ces territoires.

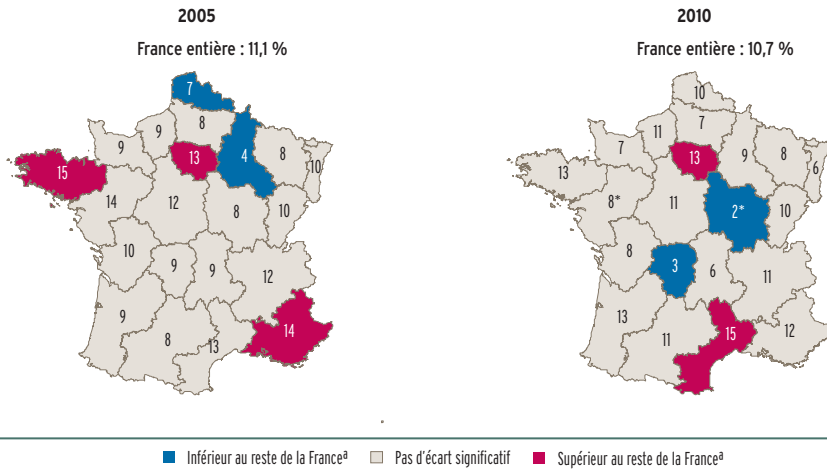
Dans un contexte de stabilité au plan national, les régions Pays de la Loire et Bourgogne présentent une baisse significative de l'usage de cannabis au cours du mois écoulé entre 2005 et 2010. La Bretagne et la Provence-Alpes-Côte d'Azur n'apparaissent plus, en 2010, comme des régions surconsommatrices. Parallèlement, les régions Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne ne se singularisent plus, comme en 2005, par une relative sous-consommation

de cannabis. La prévalence de l'usage récent en Île-de-France est restée stable, à un niveau qui reste supérieur à l'ensemble des autres régions. Seules les régions Île-de-France et Languedoc-Roussillon apparaissent surconsommatrices de cannabis, alors que la Bourgogne et le Limousin se révèlent très nettement sous-consommatrices [figure 6].

Selon l'enquête Escapad de l'OFDT, à 17 ans, une distinction nette Nord/Sud s'opère quant à l'expérimentation de cannabis, l'usage actuel et l'usage récent, la moitié sud du pays s'avérant plus souvent consommatrice. Dans la moitié nord, seule la Bretagne se distingue par des niveaux d'usage supérieurs à la moyenne de la France. Concernant l'usage régulier, les régions Midi-Pyrénées, Auvergne, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur affichent des niveaux significativement supérieurs à la moyenne nationale, alors que les Pays de la Loire, la Haute-Normandie et

FIGURE 6

Évolutions de l'usage récent de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)



a. Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

Évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, Inpes.

Champagne-Ardenne affichent les niveaux les plus bas.

AUTRES DROGUES ILLICITES

Niveaux d'expérimentation et d'usage actuel

Les drogues illicites autres que le cannabis s'avèrent beaucoup moins consommées en population générale, avec des niveaux qui diffèrent assez nettement selon les produits [tableaux VIII et IX]. Plus visibles parmi les 15-30 ans, l'expérimentation de quelques produits (poppers, cocaïne, champignons hallucinogènes, ecstasy) concerne entre 5 et 10 % des jeunes, alors que leur consommation est marginale après 30 ans.

Les poppers sont les produits le plus couramment expérimentés après le cannabis : 8,7 % des personnes âgées de 15 à 30 ans déclarent en avoir déjà consommé au

cours de leur vie et 2,2 % dans l'année précédente. Plus fréquente parmi les hommes (10,5 % contre 7,0 % parmi les femmes), l'expérimentation du produit culmine parmi les 20-25 ans (13,1 % chez les hommes contre 9,7 % chez les femmes).

Expérimentée par 5,5 % des 15-30 ans (1,8 % en ayant consommé au cours de l'année), la cocaïne se situe également parmi les produits illicites les plus consommés. L'usage actuel, comme l'expérimentation, concerne deux à trois fois plus d'hommes que de femmes. La part des personnes ayant déjà pris de la cocaïne au moins une fois dans leur vie culmine entre 20 et 30 ans (7,3 %). L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 20-25 ans (2,6 %) : après 25 ans, il s'infléchit à la baisse et ne concerne plus, après 30 ans, que 0,5 % de la population.

Par ailleurs, 5,0 % des jeunes ont déjà essayé des champignons hallucinogènes

TABLEAU VIII

Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis en 2010 par sexe et par âge parmi les 15-30 ans, comparaison avec les 31-64 ans (en pourcentage)

	Ensemble 15-30 ans	Hommes 15-30 ans	Femmes 15-30 ans	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	31-64 ans
Poppers	8,7	10,5	7,0	5,6	11,4	8,6	3,7
Cocaïne	5,5	7,7	3,4	1,4	7,0	7,7	2,8
Champignons hallucinogènes	5,0	7,4	2,6	1,5	5,5	7,8	2,2
Ecstasy/MDMA	4,5	6,6	2,4	1,2	4,8	7,3	1,7
Produits à inhaler	2,6	3,7	1,4	1,1	3,1	3,3	1,5
Amphétamines	2,2	3,2	1,2	1,0	2,3	3,4	1,4
LSD	2,2	3,2	1,1	0,5	2,5	3,4	1,5
Héroïne	1,4	2,1	0,7	0,2	1,7	2,1	1,1
Crack/freebase	0,6	0,9	0,4	0,3	0,5	1,1	0,2
GHB/GBL	0,3	0,4	0,1	0,3	0,3	0,3	< 0,1
Kétamine	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,4	< 0,1
Produits de substitution aux opiacés							
Subutex®	1,0	1,6	0,5	0,1	1,3	1,7	0,4
Méthadone	0,5	0,6	0,3	0,1	0,7	0,4	0,2

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU IX

Usage actuel de drogues illicites autres que le cannabis en 2010 par sexe et par âge parmi les 15-30 ans, comparaison avec les 31-64 ans (en pourcentage)

	Ensemble 15-30 ans	Hommes 15-30 ans	Femmes 15-30 ans	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	31-64 ans
Poppers	2,2	2,4	1,9	2,7	2,7	1,0	0,3
Cocaïne	1,8	2,7	1,0	1,1	2,6	1,6	0,5
Champignons hallucinogènes	0,6	0,9	0,4	0,7	0,9	0,3	0,1
Ecstasy/MDMA	0,9	1,1	0,6	0,5	1,3	0,7	0,1
Produits à inhaler	0,9	1,3	0,4	0,6	1,5	0,4	0,2
Amphétamines	0,6	0,8	0,3	0,6	0,6	0,5	0,1
LSD	0,4	0,6	0,3	0,3	0,7	0,3	< 0,1
Héroïne	0,5	0,9	0,1	0,2	0,8	0,5	0,1
Crack/freebase	0,2	0,3	0,1	0,2	< 0,1	0,3	< 0,1
GHB/GBL	0,1	0,2	< 0,1	0,2	0,1	< 0,1	< 0,1
Kétamine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	< 0,1	< 0,1
Produits de substitution aux opiacés							
Subutex®	0,5	0,8	0,3	< 0,1	0,8	0,7	0,1
Méthadone	0,2	0,3	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

(7,4 % des hommes, 2,6 % des femmes) et 0,6 % en sont usagers actuels. Dans la tranche d'âge des pré-trentenaires de sexe masculin (26-30 ans), ce chiffre atteint 12,3 % d'expérimentateurs, ce qui place les champignons hallucinogènes en tête des produits les plus expérimentés dans cette catégorie de population, après le cannabis, devant la cocaïne (11,3 %) et l'ecstasy (11,2 %).

Parmi les substances synthétiques, l'expérimentation de l'ecstasy concerne 4,5 % des 15-30 ans, celle des amphétamines et du LSD 2,2 %. La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est quant à elle de 1,4 % (2,1 % chez les hommes vs 0,7 % chez les femmes).

L'expérimentation des autres produits illicites apparaît encore plus rare parmi les 15-30 ans : 0,6 % pour le crack ou freebase, 0,3 % pour le GHB et le GBL et 0,3 % pour la kétamine.

Il faut en outre souligner la situation spécifique des produits à inhaler (colles, solvants...), dont l'expérimentation augmente jusqu'à 30 ans mais dont l'usage actuel commence à baisser après 25 ans, pour décliner progressivement avec l'âge, au même titre que la cocaïne, les champignons hallucinogènes ou l'ecstasy. Les produits à inhaler sont ainsi expérimentés par 2,6 % des jeunes de 15 à 30 ans, plus souvent par les 26-30 ans (3,3 %), mais l'usage actuel de ces produits atteint son point culminant entre 20 et 25 ans (1,5 %).

Le Subutex® et la méthadone, produits de substitution aux opiacés, ont été expérimentés par seulement 1,0 % et 0,5 % des jeunes de notre échantillon, mais touchent principalement un public très précarisé, difficilement joignable par de telles enquêtes en population générale.

En dehors du poppers, de la cocaïne, des produits à inhaler et de l'ecstasy, qui figurent eux-mêmes loin derrière le cannabis, les drogues illicites apparaissent peu consommées chez les jeunes. Même entre 20 et

25 ans, âge de la vie où les niveaux d'usage actuel de drogues atteignent leur point culminant, moins de 1 % des jeunes consomment des produits tels que l'héroïne, les amphétamines ou d'autres drogues de synthèse **[tableau IX]**.

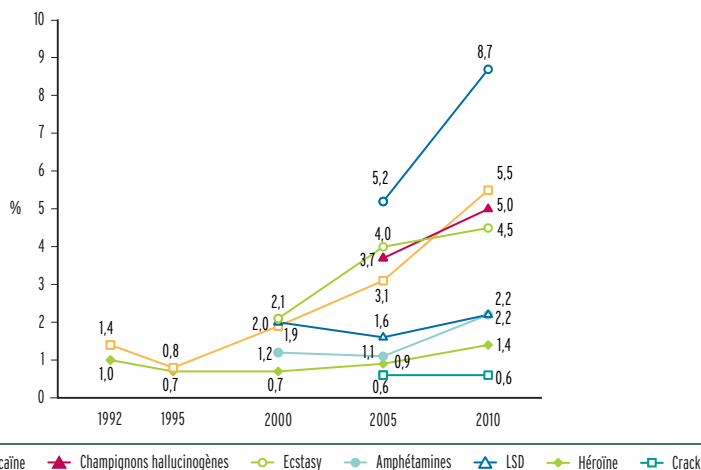
Évolution des niveaux d'expérimentation et d'usage actuel depuis 1992

Les produits dont l'usage a significativement augmenté au cours des dernières années, qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de l'usage actuel, sont, indéniablement, le poppers et la cocaïne **[figure 7]**. La part des 15-30 ans ayant expérimenté la cocaïne a plus que triplé en deux décennies (de 1,4 % en 1992 à 5,5 % en 2010) et a augmenté de plus d'un tiers entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. Quant à l'usage dans l'année, il a connu une hausse significative, passant de 1,2 % en 2005 à 1,8 % en 2010 parmi les 15-30 ans, et de manière encore plus marquée pour les jeunes hommes. Les poppers ont eux aussi vu leurs niveaux d'expérimentation et d'usage actuel augmenter fortement entre 2005 et 2010, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes **[tableau X]**.

Les produits à inhaler, de type colles et solvants, sont également en hausse mais pour l'usage actuel uniquement. D'autres produits se singularisent par une hausse importante du niveau d'expérimentation, qui ne se traduit pourtant pas par une élévation de l'usage actuel : c'est surtout le cas des hallucinogènes (champignons hallucinogènes et LSD) et des amphétamines et, dans une moindre mesure, de l'héroïne. Ces produits semblent donc avoir bénéficié d'une plus large diffusion au cours de la dernière décennie, sans que cela conduise à des niveaux d'usage plus régulier de ces produits. L'expérimentation des champignons hallucinogènes apparaît en effet en

FIGURE 7

Évolution de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-30 ans de 1992 à 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU X

Évolution des niveaux d'expérimentation et d'usage actuel de drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-30 ans de 2005 à 2010, dans l'ensemble et par sexe (en pourcentage)

	Expérimentation						Usage actuel					
	2005			2010			2005			2010		
	Ens.	H.	F.	Ens.	H.	F.	Ens.	H.	F.	Ens.	H.	F.
Poppers	5,2	6,9	3,4	8,7***	10,5***	7,0***	1,4	1,8	1,0	2,2**	2,4	1,9**
Cocaïne	3,1	4,4	1,7	5,5***	7,7***	3,4***	1,2	1,7	0,7	1,8**	2,7*	1,0
Champignons hallucinogènes	3,7	5,6	1,7	5,0***	7,4**	2,6*	0,6	1,0	0,2	0,6	0,9	0,4
Ecstasy/MDMA	4,0	5,6	2,4	4,5	6,6	2,4	1,2	1,8	0,7	0,9	1,1	0,6
Produits à inhaler	2,0	2,7	1,2	2,6	3,7	1,4	0,4	0,5	0,3	0,9***	1,3***	0,4
Amphétamines	1,1	1,6	0,5	2,2***	3,2***	1,2**	0,3	0,4	0,2	0,6	0,8	0,3
LSD	1,6	2,4	0,7	2,2*	3,2	1,1	0,3	0,5	0,2	0,4	0,6	0,3
Héroïne	0,9	1,2	0,6	1,4*	2,1*	0,7	0,3	0,5	0,2	0,5	0,9	0,1
Crack	0,6	0,7	0,4	0,6	0,9	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1

Évolutions 2005-2010 significatives : * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

légère hausse pour les hommes comme pour les femmes, mais elle ne semble pas s'accompagner d'une évolution des niveaux d'usage plus fréquents. La proportion

d'expérimentateurs d'héroïne a également augmenté de manière significative (de 0,9 % à 1,4 %). Enfin, l'usage actuel d'ecstasy (sous forme de comprimé ou de poudre) tend à

diminuer ($p = 0,09$) bien que ce produit continue de se diffuser dans la population⁵. Pour l'héroïne, dont l'usage a connu une hausse non significative ($p = 0,20$), les consommations restent à des niveaux très bas (0,5 % d'usagers actuels), en grande partie circonscrites à des contextes sociaux bien spécifiques, comme le montrent les observations ethnographiques menées par l'OFDT [9].

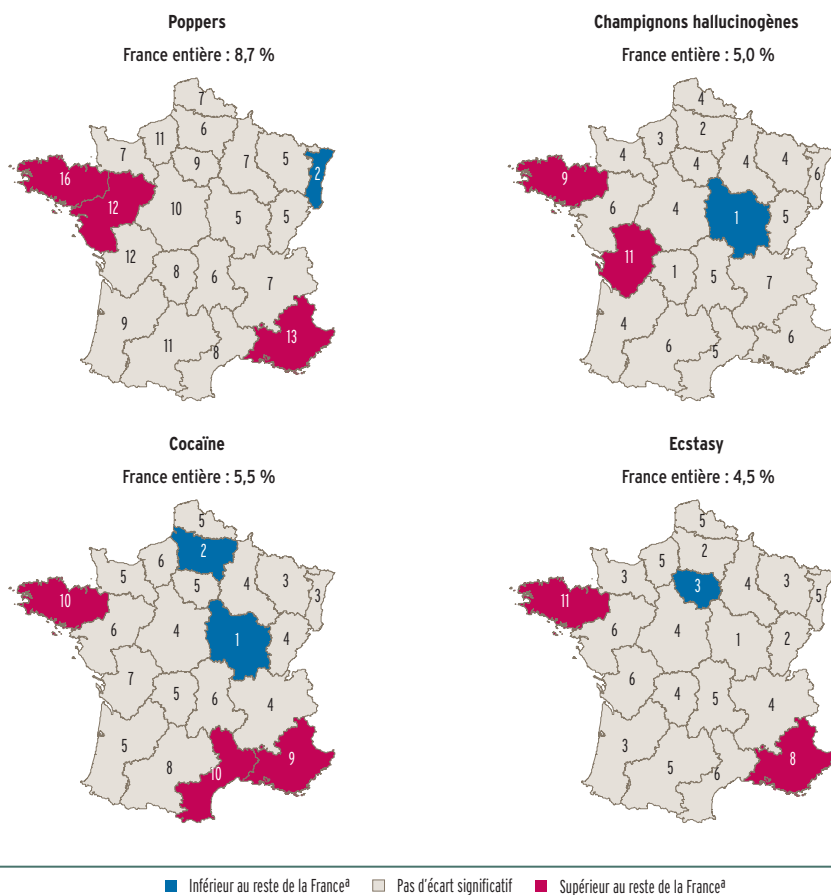
Comparaisons régionales des usages des autres drogues illicites

La diffusion des drogues illicites connaît certaines variations régionales [figure 8]. Certaines régions apparaissent ainsi surex-

5. La baisse de l'usage actuel est significative sur l'ensemble des 15-64 ans.

FIGURE 8

Comparaisons régionales des expérimentations de poppers, de champignons hallucinogènes, de cocaïne et d'ecstasy parmi les 15-30 ans en 2010 (en pourcentage)



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

périmentatrices de nombreux produits psychoactifs, comme la Bretagne (poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy) ou la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (poppers, cocaïne, ecstasy). D'autres, à l'inverse, se distinguent par des niveaux d'expérimentation bien inférieurs au reste de la France : l'Alsace (pour les poppers), la Bourgogne (pour les champignons hallucinogènes et la cocaïne), l'Île-de-France (pour l'ecstasy) ou la Picardie (pour la cocaïne). Enfin, une troisième catégorie de régions émerge comme surexpérimentatrice d'un produit en particulier : les Pays de la Loire (poppers) ou le Languedoc-Roussillon (cocaïne).

L'expérimentation de poppers, qui concerne 8,7 % des 15-30 ans sur l'ensemble du territoire, présente de fortes variations au niveau régional, de 2 % à 16 %. Trois régions se distinguent ici par de plus forts niveaux d'expérimentation : Bretagne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'Alsace apparaît pour sa part à un niveau inférieur au reste de la France. Soulignons également que, selon les observations de 2011 de l'enquête Escapad, ces trois régions se démarquent également parmi les jeunes de 17 ans, régions auxquelles s'ajoutent Poitou-Charentes, Auvergne et Bourgogne.

Les champignons hallucinogènes apparaissent pour leur part avoir été plus fréquemment expérimentés en Bretagne et Poitou-Charentes, et à l'inverse moins souvent expérimentés en Bourgogne. Globalement, il semble exister moins de disparités régionales dans l'usage de ce produit, un résultat cohérent avec les observations faites à 17 ans, où trois régions montraient une expérimentation plus fréquente (Poitou-Charentes, Aquitaine et Franche-Comté), et deux une expérimentation plus rare (Centre et Haute-Normandie).

Pour la cocaïne, expérimentée en France par environ un jeune sur vingt (5,5 %), les

disparités régionales observées parmi les 15-64 ans se retrouvent, sans toutefois que les différences soient aussi significatives. En particulier, le quart nord-est semble moins souvent expérimentateur, les régions Picardie et Bourgogne affichant ici des niveaux significativement inférieurs. À l'inverse, et à l'exception de l'Île-de-France, les régions les plus concernées sont, comme en population adulte, la Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon, dans lesquelles l'expérimentation concerne environ un jeune sur dix.

La comparaison avec les observations faites à 17 ans apparaît pour la cocaïne moins cohérente que pour les autres produits, même si Bretagne et Languedoc-Roussillon se révèlent, d'après les deux enquêtes, plus souvent expérimentatrices de cocaïne. Cet écart pourrait en partie s'expliquer par une expérimentation de ce produit ayant lieu majoritairement au-delà de 17 ans, et pouvant par conséquent modifier le paysage de sa consommation.

L'ecstasy, enfin, a été expérimentée par 4,5 % des 15-30 ans, plus souvent en Bretagne et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et moins souvent en Île-de-France. À 17 ans, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaît également plus souvent expérimentatrice d'ecstasy.

Âge moyen d'initiation aux autres drogues illicites

On sait aujourd'hui que l'âge moyen d'initiation aux différents produits détermine, dans une certaine mesure, le parcours ultérieur des usagers de drogues. Il faut tout de même souligner que certains produits, qui sont moins souvent expérimentés (comme par exemple le LSD ou le crack), ne concernent qu'une petite minorité d'usagers présentant des caractéristiques particulières, si bien que l'âge moyen d'initiation ne constitue qu'un indicateur prédictif, parmi d'autres,

bien plus décisifs, de l'évolution ultérieure de l'usage.

Outre le cannabis, le calendrier des expérimentations de drogues illicites chez les jeunes fait apparaître, en tête, les produits à inhaler et le poppers, expérimentés en moyenne avant 19 ans. Viennent ensuite l'ecstasy (ou MDMA) et les amphétamines (19,3 ans), les champignons hallucinogènes et le LSD (19,4 ans), puis le crack (19,9 ans) [tableau XI]. L'expérimentation de cocaïne intervient en moyenne plus tard (20,3 ans), à peu près au même moment que l'héroïne (20,2 ans), indiquant sans doute une diffusion de ce produit au-delà de l'adolescence et, dans le cas de l'héroïne, au sein de catégories de population bien particulières.

L'âge d'expérimentation des substances illicites est systématiquement plus précoce chez les jeunes filles (à l'exception de la méthadone), mais elles sont moins nombreuses que les garçons à s'adonner à ce type d'initiation (voir les tableaux des pages précédentes). Ceci reflète une diffusion plus grande du produit parmi les garçons, qui se traduit par une expérimentation du produit qui intervient plus tard pour une partie d'entre eux.

POLYCONSOMMATION TABAC/ALCOOL/CANNABIS

Si l'on considère la consommation conjointe de tabac, d'alcool et de cannabis, 8,9 % des jeunes de 15 à 30 ans déclarent un usage régulier d'au moins deux de ces trois produits (8,1 % parmi les 31-64 ans, différence non significative)⁶. Les jeunes hommes sont plus nombreux à déclarer une polyconsommation régulière (13,6 %) que les jeunes femmes (4,4 %; $p < 0,001$).

La polyconsommation régulière de tabac et d'alcool augmente de manière continue avec l'âge (1,3 % parmi les 15-19 ans, 5,1 % parmi les 20-25 ans, 5,8 % parmi les 26-30 ans), y compris au-delà de 30 ans (6,5 % parmi les 31-45 ans, 7,9 % parmi les 46-64 ans) [figure 9]. À l'inverse, la place relative du cannabis dans les consommations des jeunes adultes s'atténue peu à peu, au profit d'une polyconsommation régulière de drogues licites, alcool et tabac, qui inclut

6. La consommation régulière d'alcool est définie par au moins quatre consommations par semaine, la consommation régulière de tabac correspond au tabagisme quotidien et la consommation régulière de cannabis est définie par au moins dix consommations de cannabis au cours des trente derniers jours.

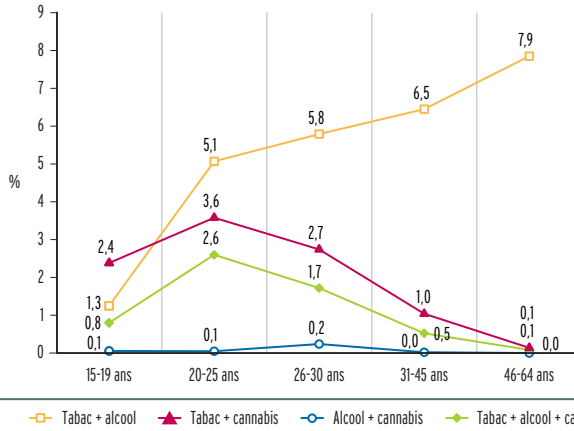
TABLEAU XI

Âge moyen d'initiation aux drogues illicites autres que le cannabis en 2010 parmi les 15-30 ans, par sexe (en année)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Produits à inhaler	18,5	18,8	17,5
Poppers	18,7	18,8	18,5
Amphétamines	19,3	19,5	18,5
Ecstasy/MDMA	19,3	19,4	19,1
Champignons hallucinogènes	19,4	19,6	18,9
LSD	19,4	19,5	19,2
Crack	19,9	20,1	19,6
Héroïne	20,2	20,3	20,0
Cocaïne	20,3	20,4	19,9
Méthadone	20,7	20,5	21,1
Subutex®	21,1	21,7	19,2

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 9

Polyconsommation régulière tabac/alcool/cannabis en 2010 parmi les 15-64 ans, selon l'âge


Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

aussi parfois les médicaments psychotropes, en particulier chez les femmes. Les consommations régulières combinant tabac-cannabis et tabac-alcool-cannabis atteignent ainsi leur niveau maximal entre 20 et 25 ans (respectivement 3,6 % et 2,6 %), pour s'abaisser ensuite. Cette période de la vie adulte, entre 20 et 25 ans, apparaît donc parti-

culièrement sujette aux consommations de drogues régulières et multiples, ce qui n'est probablement pas sans lien avec les enjeux liés à la construction d'une identité affective, sociale et professionnelle. La polyconsommation régulière d'alcool et de cannabis (sans tabagisme régulier) est quasiment inexistante quelle que soit la tranche d'âge.

DISCUSSION

Comme toute enquête déclarative en population générale, ces résultats présentent quelques limites : risque de sous-déclaration (ou de surdéclaration) de certains comportements jugés stigmatisants (ou au contraire valorisants) par les enquêtés, biais de mémorisation (l'âge déclaré de l'entrée dans la consommation n'étant probablement pas toujours parfaitement exact, s'agissant d'un événement parfois difficile à resituer dans la trajectoire personnelle), biais de recrutement des personnes interrogées (la population étudiée étant limitée aux

personnes résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes vivant dans la rue, en hébergement précaire ou en institution). Malgré ces limites consubstantielles aux enquêtes par questionnaire, le Baromètre santé permet d'évaluer, grâce à une méthodologie répétée au fil des enquêtes, l'ampleur de la consommation au niveau national et de dégager, sur une période de référence donnée, un certain nombre de tendances robustes de consommation chez les jeunes. La substance psychoactive illicite la plus couramment

consommée est le cannabis, ce qui justifie l'attention particulière portée ici à cette substance. Pour les autres produits illicites, les usages actuels restent marginaux et donc plus difficiles à étudier et à interpréter statistiquement.

Il convient aussi de souligner les limites du dispositif actuel d'observation quantitative, qui méconnaît encore des pratiques telles que le dopage ou les conduites addictives « sans produit » (à l'instar de la pratique compulsive d'Internet, des jeux vidéo et des écrans en général). Par ailleurs, les données épidémiologiques ne prennent que très sommairement en considération les notions de quantité consommée ou de qualité des produits, pourtant indissociables de l'évaluation de la sévérité des comportements d'usage. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires. Ainsi, si l'enquête en population générale se révèle être un bon outil d'observation des ménages « ordinaires », ce mode d'investigation peut s'avérer inadapté pour certaines populations particulières. Cela peut être le cas pour des raisons techniques (individu fréquemment absent de son domicile, voire sans domicile, incarcéré ou hospitalisé, individu appartenant à un ménage non francophone...) mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (pudeur, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes et illicites dans une enquête par téléphone...).

Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de consommation, elles entraînent toutefois une sous-estimation des usages les plus marginalisés : un sous-échantillon issu d'une telle enquête ne serait pas représentatif des populations les plus difficiles à atteindre. Il est évident que les enquêtes en population générale ne peuvent répondre à toutes les interrogations soulevées par

l'étude d'un comportement aussi multidimensionnel que l'usage de drogues illicites. Leur fonction première est d'informer sur les pratiques et les attitudes de l'ensemble de la population française, ce qui hypothèque les chances d'observer avec justesse les comportements atypiques, pour lesquels les approches ethnographiques qualitatives semblent plus adaptées. Celles-ci reposent sur l'observation minutieuse, sur de longs entretiens semi-directifs ou sur des systèmes de recueil de l'information multifocaux qui synthétisent une importante quantité de données provenant de différents sites, privilégiant une approche de réseau **[10]** : la perspective est ici participative, la distance entre enquêteurs et population observée étant réduite à son minimum. C'est ce type d'études qui permet de mieux connaître les modes d'usage des substances les plus rares telles que le GHB, la kétamine, le DMT, la *Salvia divinorum*... La principale difficulté rencontrée par ce type de dispositif de recueil de l'information est de parvenir à dégager des tendances générales d'évolution des pratiques et, plus généralement, de quantifier les comportements observés ; ce type de dispositif ne permet pas de s'affranchir des fantasmes que suscitent souvent les phénomènes liés aux drogues.

En France, le dispositif d'observation des usages auprès des adolescents s'est progressivement développé au cours de la dernière décennie. Désormais, trois enquêtes complémentaires, réalisées auprès de différentes tranches d'âge, permettent d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence. La mise en regard des éléments d'observation proposés par ces enquêtes confirme la prégnance de l'expérimentation et de l'usage de cannabis à l'adolescence. Depuis dix ans, le cannabis est en effet expérimenté par une large part des adolescents : plus d'un adolescent de 15 ans sur quatre et plus de deux sur cinq à 16 ans **[tableau XII]**. Il semble difficile d'évo-

quer un ralentissement net de cette diffusion au cours de la décennie, malgré le tassement observé à 17 ans, tant les niveaux sont restés stables à 15 et 16 ans au cours de la période récente. Les premières générations interrogées dans ces enquêtes ont aujourd'hui entre 20 et 27 ans. En 2010, le Baromètre santé montre qu'une partie encore importante de ces générations continue de consommer du cannabis, sans que les niveaux aient pour autant continué de progresser. S'il est encore trop tôt pour mesurer à long terme les conséquences de cette large consommation durant l'adolescence, il est d'ores et déjà possible de souligner le fait que, avant d'atteindre l'âge de 30 ans, 72 % des jeunes ayant expérimenté le cannabis semblent avoir arrêté de consommer ce produit (pourcentage calculé dans la tranche d'âge des 26-30 ans).

Concernant les drogues illicites autres que le cannabis, depuis le début des années 1990, la disponibilité et les niveaux de consommation des produits stimulants s'est notablement développée en France

(cocaïne ou autres drogues de synthèse, de type ecstasy ou amphétamines). C'est également au cours des années 1990 que l'on a assisté à l'émergence, puis à la diffusion du crack (forme base de la cocaïne⁷), dont la consommation reste rare et circonscrite à un nombre restreint d'espaces sociaux. Singulièrement, la diffusion de la cocaïne apparaît assez nette dans l'ensemble de la population, traduisant la « démocratisation » d'un produit autrefois quasi exclusivement accessible dans des catégories aisées et qui s'est élargi, depuis quelques années, à d'autres sphères de la société [13].

La généralisation de l'usage du cannabis a déjà été mise en évidence au cours des années 1990, notamment parmi les 18-44 ans [14]. Elle se trouve également corroborée par d'autres indicateurs tels que les statistiques de l'Office central pour

7. Forme de la cocaïne fumable obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la forme chlorhydrate (poudre) de la cocaïne. Le crack entraîne une dépendance plus rapide que la cocaïne et est responsable de comportements de consommation compulsifs.

TABLEAU XII

Évolutions des usages de cannabis de 2000 à 2011 parmi les adolescents de 15-17 ans, selon l'âge (en pourcentage)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Expérimentation												
15 ans			29				28				28	
16 ans				38				31				39
17 ans	47		50	50		49			42			41
Usage actuel												
15 ans			27				21				23	
16 ans				31				24				35
17 ans		40	45	43		41			36			35
Usage récent												
15 ans			nd				12				14	
16 ans					22				15			24
17 ans		28		32			28		25			22

Sources : Les données mobilisées dans ce tableau pour suivre la consommation de cannabis des Français proviennent des enquêtes suivantes : HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) [5], Espad (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) [4, 11], Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) [2, 12], Inpes, OFDT.

la répression du trafic illicite des stupéfiants, qui montrent que les interpellations pour usage de cannabis ont été multipliées par cinq depuis le début des années 1990 [15]. Ces mêmes statistiques permettent d'observer une diffusion de la cocaïne et du crack (environ 1 000 interpellations au début des années 1990, contre 4 679 en 2010 pour ces deux produits), tandis que l'ecstasy ne représente plus que 200 interpellations en 2010, alors qu'il y en avait environ 1 000 par an de 1995 à 1999, jusqu'à 1 659 en 2004. L'ensemble des autres produits a donné lieu à moins de 1 000 interpellations par an en 2010. Il convient de préciser que ces statistiques reflètent avant tout l'activité des services, ne mesurant ainsi que les comportements définis par l'institution productrice des données : elles sont dans ce sens victimes du « syndrome du réverbère », qui consiste à n'observer que la face la plus visible d'un phénomène, ce qui est le mieux « éclairé » [16]. Ainsi, par exemple, suivant les instructions ministérielles des gouvernements successifs, indiquant de prendre en compte, ou non, tel ou tel type de comportement délictuel, les pratiques d'usage peuvent être plus ou moins rigoureusement recherchées par les services de police et de gendarmerie et enregistrées dans les statistiques. Cette évolution des priorités d'activité policière se traduit par des variations importantes dans les flux d'usagers de drogues interpellés. On pourrait ainsi

s'étonner, à la lecture des chiffres, de la croissance rapide des interpellations pour usage simple et usage-revente de cannabis depuis les années 1980, interrompue, en apparence, par un « creux » en 2001. Or, de l'aveu des instances policières elles-mêmes, ce creux traduit en fait un relâchement ponctuel de l'attention policière à l'égard des usagers, en l'absence de directives claires en matière de lutte contre l'usage de stupéfiants [17]. L'offre de stupéfiants, telle qu'elle est vue par l'activité des services répressifs, se révèle *in fine* dominée par le cannabis, son prix modéré et sa grande disponibilité contribuant à rendre ce produit très accessible, comme le montrent les données du Baromètre santé 2010.

En 2011, dans l'enquête Espad de l'OFDT, plus de quatre lycéens de 16 ans sur dix déclarent qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis s'ils en éprouvaient le désir. Un sur cinq seulement estime que l'accès au cannabis lui serait impossible et une proportion équivalente juge qu'il serait difficile d'obtenir ce produit [tableau XIII]. En dix ans, l'accessibilité perçue du cannabis s'est élargie : la proportion de jeunes qui considèrent qu'il serait difficile de se procurer du cannabis a nettement baissé.

Du fait de cette large diffusion des comportements d'usage de cannabis, la France reste depuis quelques années parmi les rares pays d'Europe où le niveau d'expérimentation du cannabis dépasse 45 % chez les jeunes

TABLEAU XIII

Perception de l'accessibilité du cannabis à 16 ans entre 1999 et 2011 (en pourcentage)

	1999	2003	2007	2011
Impossible	21	17	23	20
Très ou assez difficile	27	29	23	20
Très ou assez facile	44	48	42	43
Ne sait pas	8	6	12	17

Sources : Espad 1999, 2003, 2007, 2011, OFDT-Inserm.

adultes (15-34 ans) et où la consommation actuelle concerne 17,5 % des jeunes appartenant à cette tranche d'âge. La France se situe aux côtés de la République tchèque, de l'Italie (20 % d'usagers au cours de l'année), de l'Espagne (19 %) et du Royaume-Uni (16 %), au-dessus de la Slovaquie, du Danemark, des Pays-Bas et de l'Estonie (14 %), et des autres pays de l'Union européenne, qui se situent pour la plupart autour de 10 % [18].

Concernant la cocaïne, malgré la hausse assez nette observée sur la dernière décennie, la France se situe, avec 6 % d'expérimentateurs, loin derrière l'Espagne (14 %), le Royaume-Uni (13 %), l'Irlande et le Danemark (9 %), et même les Pays-Bas et l'Italie (8 %) [18].

D'une façon analogue, la France se distingue dans le paysage européen par des niveaux d'usage de cannabis singulièrement élevés parmi les adolescents : à 15-16 ans, 39 % des jeunes ont expérimenté le cannabis et 24 % en ont consommé au moins une fois dans le dernier mois. Cette forte prévalence d'usage récent place la France en tête du tableau européen, loin devant la République tchèque et les Pays-Bas, dont les niveaux d'usage à 15-16 ans ne dépassent pas 15 % [11] [figure 10].

Ces résultats confirment également la persistance de l'effet de genre lié aux consommations en France, par rapport aux pays scandinaves, par exemple. Si, en France comme en Europe, la consommation de cannabis est plus importante chez les hommes que chez les femmes, le ratio hommes/femmes chez les jeunes adultes déclarant avoir pris du cannabis au cours des douze derniers mois se situe, en France, dans la médiane européenne (un peu plus de deux hommes pour une femme), alors qu'il varie d'un peu plus de six hommes pour une femme au Portugal à un peu moins d'un en Norvège⁸.

Un autre enseignement de ce chapitre concerne le « mythe » de la précocité crois-

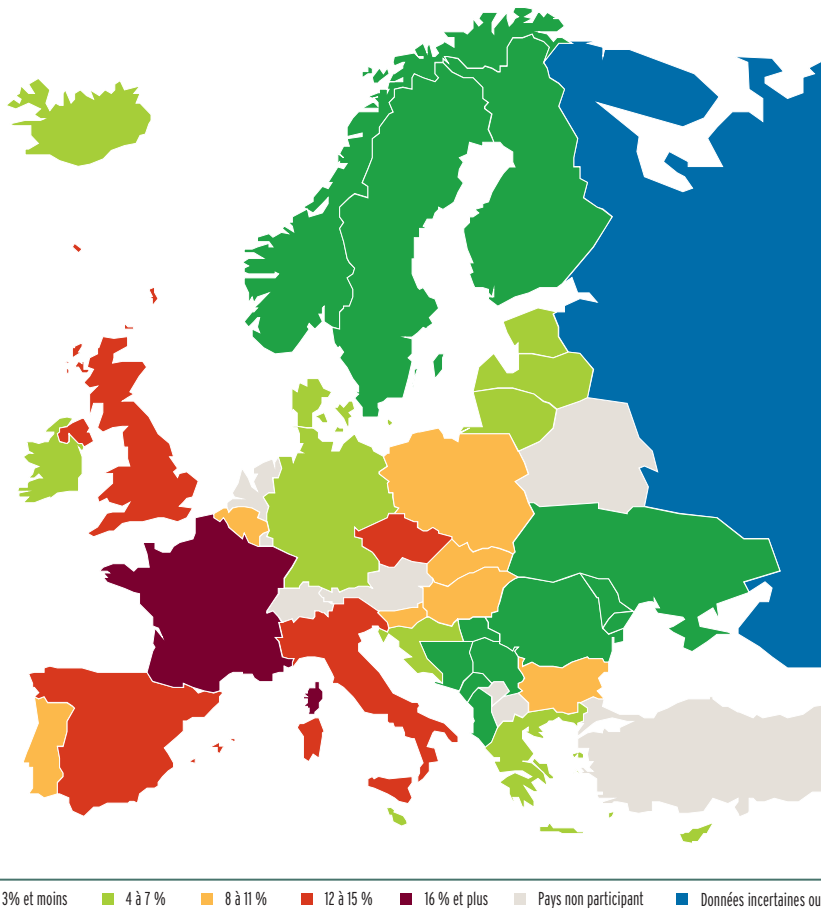
sante des consommations de drogues. Contrairement à ce qui est parfois affirmé, les expérimentations de drogues illicites n'ont pas lieu, aujourd'hui, à un âge plus précoce qu'au cours de la précédente décennie. Parmi les jeunes ayant expérimenté le cannabis au cours des cinq dernières années, l'âge d'initiation apparaît en léger recul entre les périodes 2000-2005 et 2005-2010. Ce résultat corrobore les observations issues des enquêtes menées auprès des adolescents, qui montrent plutôt un vieillissement de l'entrée dans la consommation de cannabis [2, 5]. Pourtant, ce léger décalage dans le temps n'a pas induit de modification globale dans les comportements de consommation des adolescents, dont les niveaux d'usage actuel et récent sont restés remarquablement constants depuis dix ans. Un mouvement comparable a été observé pour le tabac, avec une expérimentation plus tardive mais un délai moyen entre la première cigarette et le passage à un tabagisme quotidien qui s'est réduit.

Si les jeunes de 16 ans expriment une connaissance claire des risques pour la santé que comporte la consommation de cannabis, cette dernière n'est massivement perçue comme dangereuse que lorsqu'elle devient vraiment régulière [tableau XIV]. Une large majorité des jeunes pense en effet que fumer une fois ou deux ne représente qu'un léger risque, alors qu'un sur cinq juge qu'il n'y a aucun risque. Il en est de même pour la consommation occasionnelle, qui est jugée peu risquée par six élèves sur dix, mais qui est, simultanément, considérée comme très dangereuse par un quart des adolescents de 16 ans. Les proportions s'inversent pour la consommation régulière, jugée très risquée par 72 % des adolescents de 16 ans, alors qu'un quart d'entre eux continuent

8. Voir le tableau GPS-5 (partie III et partie IV) du bulletin statistique 2012 de l'EMCDDA (www.emcdda.europa.eu/stats12#gps:displayTables).

FIGURE 10

Comparaison européenne de la part des adolescents de 16 ans qui ont consommé au moins une fois du cannabis lors du mois précédant l'enquête en 2011



Pour la Belgique (Flandre), la Bosnie-Herzégovine et l'Allemagne : couverture géographique limitée. Pour l'Espagne, le Royaume-Uni : comparabilité limitée.

Source : Rapport Espad 2011 [11].

de penser que les risques sont modérés. À peine 5 % des jeunes ne se jugent pas capables d'estimer les risques associés à la consommation de cannabis. Cette proportion diminuant peu avec la fréquence de consommation, elle reflète probablement un réel déficit de connaissances quant aux propriétés de ce produit. Enfin, il faut souligner que ces opinions, restées stables dans le temps, sont très sexuées : les garçons,

plus consommateurs, déclarent globalement une perception moins aiguë des dangers du produit.

Pour conclure, il apparaît que les usages semblent étroitement liés aux contextes de vie, et notamment à la situation sociale et professionnelle. D'autres travaux à partir de ces données permettront d'étudier plus en détail le lien avec la détresse psychologique, les violences subies... Les motiva-

TABLEAU XIV

Risques perçus liés à la consommation de cannabis à 16 ans en 2011 et 2007, par sexe en 2011 (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble 2011	Ensemble 2007
Essayer le cannabis				
Pas de risque	21	17	19	19
Risque léger ou modéré	58	65	62	58
Grand risque	15	13	14	17
Ne sait pas	6	5	5	6
Fumer occasionnellement du cannabis				
Pas de risque	10	9	9	9
Risque léger ou modéré	61	68	65	62
Grand risque	23	19	21	23
Ne sait pas	6	4	5	6
Fumer régulièrement du cannabis				
Pas de risque	3	1	2	2
Risque léger ou modéré	25	20	22	21
Grand risque	66	76	72	72
Ne sait pas	6	3	4	5

Sources : Espad 2007, 2011, OFDT-Inserm.

tions incitant à consommer des substances psychoactives sont nombreuses et variées, comme cela a été établi par l'étude des motifs d'expérimentation ou d'abandon de cannabis [19]. Les significations que les jeunes adultes donnent à leurs conduites addictives, ainsi que les modes de socialisation et d'apprentissage liés à leur milieu de

vie, et notamment les stratégies de contrôle qu'ils mettent en œuvre à l'égard de leurs proches, restent toutefois difficiles à appréhender dans le cadre des enquêtes quantitatives, ce qui invite à une confrontation interdisciplinaire des données issues des sciences sociales et de l'épidémiologie.

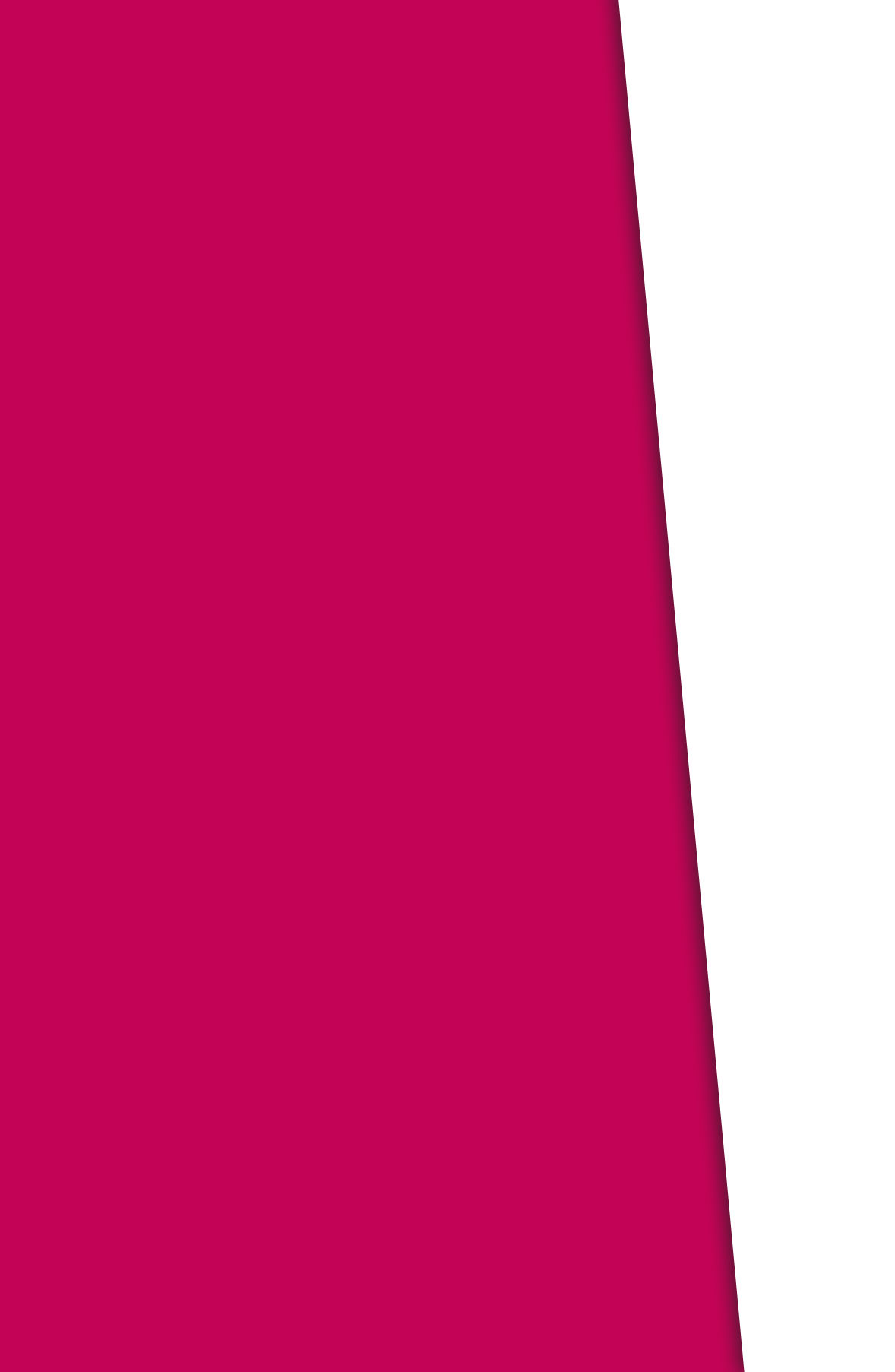
Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Beck F. *Entre représentativité des échantillons et représentation des usages : l'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues*. Thèse de sociologie, université René-Descartes, Paris V, 2006 : 477 p.
- [2] Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances*, 2012, n° 79 : p. 1-4.
- [3] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*. Paris : OFDT, 2000 : 226 p.
- [4] Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances*, 2009, n° 64 : p. 1-6.
- [5] Spilka S., Le Nezet O., Beck F., Guignard R., Godeau E. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F., dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : p. 147-181.
- [6] Lahaie E., Martinez M., Cadet-Tairou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances*, 2013, n° 84 : p. 1-8.
- [7] Legleye S., Beck F., Khlat M., Peretti-Watel P., Chau N. The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 2011, vol. 50, n° 4 : p. 395-402.
- [8] Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlat M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco

and cannabis during adolescence : a retrospective cohort study. *Addiction*, 2011, vol. 106, n° 8 : p. 1520-1531.

- [9] Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). *Tendances*, 2012, n° 78 : p. 1-6.
- [10] Ingold F., Toussirt M., Petit F., Combesque A.-M. *Méthode et Histoire. Apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des drogues et des substances psychoactives*. Paris : DGLDT, 1994 : 123 p.
- [11] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et al., dir. *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012 : 390 p.
- [12] Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*, 2009, n° 66 : 6 p.
- [13] Karila L., Beck F., Legleye S., Reynaud M. Cocaïne : de l'expérimentation à la dépendance. *La Revue du praticien*, 2009, vol. 59 : p. 821-825.
- [14] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Drogues illicites : pratiques et attitudes. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2000*. Vanves : Les éditions du CFES, 2001 : p. 237-274.
- [15] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS). *Usage et Trafic des produits stupéfiants en France en 2010*. Nanterre : OCRTIS, 2011 : 59 p.
- [16] Aubusson de Cavarlay B. Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère - le cas des ILS. In : Faugeron C., dir. *Les Drogues en France. Politiques, Marchés, Usages*. Genève : Georg, 1999 : p. 151-159.
- [17] Obradovic I. La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives : enjeux et controverses. *Déviante et Société*, 2012, vol. 36, n° 4 : p. 441-469.
- [18] Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT). *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne : OEDT, 2012 : 111 p.
- [19] Beck F., Legleye S., Spilka S. Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2007 : p. 168-221.



L'essentiel

Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans

Une couverture contraceptive importante

En 2010, la couverture contraceptive est importante parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans concernées par un risque de grossesse non prévue (femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel, en couple ou déclarant avoir une relation amoureuse stable, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant). Plus de 90 % d'entre elles déclarent en effet utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Toutefois, les pratiques varient de manière importante selon différentes caractéristiques sociodémographiques. Les jeunes femmes les moins diplômées, les moins favorisées financièrement et vivant en dehors d'une grande agglomération sont celles qui déclarent le moins utiliser une méthode contraceptive de manière systématique.

Une utilisation massive de la pilule

Parmi les jeunes femmes concernées par un risque de grossesse non prévue, l'utilisation de la pilule reste importante et concerne 79 % d'entre elles. On assiste cependant à une percée des nouvelles méthodes, tel l'implant, l'anneau ou le patch, adoptées par 6 % d'entre elles en 2010 (1 % en 2005). Ces nouvelles méthodes médicalisées, dont l'ef-

ficacité n'est pas dépendante de la régularité de la prise comme peut l'être la pilule, sont davantage utilisées par les jeunes femmes de 25-29 ans ainsi que par les moins diplômées. Le dispositif intra-utérin est également plus diffusé qu'auparavant, en particulier chez les plus de 20 ans ; 4 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans l'utilisent en 2010 contre 1 % en 2005. Dans notre échantillon, cette diversification se fait au détriment des méthodes dites « naturelles » mais aussi et surtout du préservatif, puisque 9 % de ces jeunes femmes l'utilisent en 2010 comme principal moyen de contraception contre 13 % au début des années 2000.

Une augmentation modérée de l'utilisation de la contraception d'urgence

L'utilisation récente de la contraception d'urgence, très fréquente avant 20 ans (une jeune fille sur cinq), a légèrement évolué sur l'ensemble des 15-29 ans, passant de 9 % à 11 % en cinq ans. Cette augmentation est perceptible uniquement pour l'utilisation répétée au cours des douze derniers mois (1,7 % en 2005 vs 3,4 % en 2010), usage répété qui correspond principalement à l'utilisation de la contraception d'urgence à deux reprises au cours des douze derniers mois (pour 66 % de ces jeunes femmes) ou à trois reprises (pour

21 %). Après ajustement sur l'âge, il apparaît que l'utilisation d'une contraception d'urgence dans l'année est plus importante chez celles ayant eu leur premier rapport tardivement, celles percevant comme difficile leur situation financière, celles dont le niveau de diplôme est plus élevé que le reste des jeunes femmes du même âge ainsi que celles résidant en région parisienne.

Un taux de grossesse non prévu important

Parmi les femmes de 15 à 29 ans enceintes au moment de l'enquête ou l'ayant été au cours des cinq dernières années, 63 % déclarent avoir souhaité leur (dernière) grossesse à ce moment-là ou plus tôt, 15 % la désiraient mais plus tard, 12 % ont déclaré ne pas avoir voulu être enceintes, tandis que 10 % ne se posaient pas la question. Plus d'un tiers (37 %) des femmes déclarent donc une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, soit 12 % de l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives : elles sont 8 % parmi les 15-19 ans, 15 % parmi les 20-24 ans et 12 % parmi les 25-29 ans.

Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes n'ayant pas désiré être enceintes, et l'oubli de pilule pour 44 % d'entre elles.

Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans

ARNAUD GAUTIER
DELPHINE KERSAUDY-RAHIB
NATHALIE LYDIÉ

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la France bénéficie d'une bonne couverture contraceptive : dès 1988, plus de 95 % des femmes concernées par un risque de grossesse non prévue utilisaient un contraceptif [1], et ce taux s'est maintenu dans le temps [2].

Ce large recours à la contraception soulève pourtant toujours de nombreuses questions, eu égard à la fréquence des échecs contraceptifs [3], en particulier chez les jeunes. Ainsi, le nombre d'IVG pratiquées en France reste, depuis 2006, à un niveau stable mais élevé [4]. Les échecs s'expliquent, en partie, par une inadéquation entre les contraintes du contraceptif prescrit et le mode de vie des femmes. En effet, la logique de prescription en France répond à un parcours contraceptif stéréotypé : ainsi la pilule apparaît comme le contraceptif le plus distribué, notamment auprès des plus jeunes, remplacé après la survenue d'une ou plusieurs maternités par un dispositif intra-utérin [3].

Afin de modifier la dynamique d'usage des différents modes de contraception et de sortir d'une prescription médicale automatisée, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis, en 2004, des recommandations professionnelles afin de faciliter la personnalisation de la contraception, permettre une diversification des méthodes utilisées et ouvrir l'accès au dispositif intra-utérin (DIU) à un public plus large, notamment nullipare [5]. Pour accompagner cette ouverture aux différents modes de contraception, des actions de communication/sensibilisation ont été engagées par l'Inpes, telle la campagne « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » lancée en 2007, accompagnée de la diffusion de la brochure « Choisir sa contraception »¹.

Au-delà de la contraception régulière, l'accès aux contraceptifs de rattrapage a évolué au

1. www.choisirsacontraception.fr/

cours des années 2000. L'élargissement des lieux et conditions d'accès, notamment pour les mineures, l'allongement des délais d'efficacité pour les méthodes orales et la diffusion d'une information sur ces éléments ont pu modifier le recours à ces « contraceptions d'urgence » [6].

Le dernier exercice de l'enquête Baromètre santé a eu lieu en 2010, soit six ans après la diffusion des recommandations professionnelles sur la contraception. Cette enquête

réalisée tous les cinq ans permet notamment de suivre l'évolution du paysage contraceptif et du recours à la contraception d'urgence (CU) en France métropolitaine.

Cet article a ainsi pour objectifs de décrire l'évolution de la couverture contraceptive des Françaises de 15 à 29 ans, l'utilisation des moyens de rattrapage mis à disposition et les échecs rencontrés dans ce parcours contraceptif, notamment par la survenue d'une grossesse non prévue.

POPULATION ET MÉTHODE

Les Baromètres santé sont des enquêtes téléphoniques dont les échantillons sont constitués par sondage aléatoire (voir le chapitre « Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 », page 27). Le dernier exercice de ce dispositif d'enquêtes a été réalisé entre les mois d'octobre 2009 et de juillet 2010 auprès de 27 653 personnes âgées de 15 à 85 ans [7]. L'échantillon de ce Baromètre santé 2010 comprend 2 860 femmes âgées de 15 à 29 ans. Les analyses de la distribution contraceptive présentées ici ont été effectuées sur la base des femmes en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et concernées par le risque de grossesse non prévue, c'est-à-dire les femmes non ménopausées, non stériles, non enceintes, déclarant être sexuellement actives au cours des douze derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel et ne souhaitant pas avoir d'enfant. Elles sont 1 427 dans cette situation et représentent ainsi la moitié des femmes de 15 à 29 ans de l'échantillon. Pour l'interprétation des résultats, il est important de souligner la particularité de l'échantillon interrogé sur l'utilisation d'un moyen de contraception régulier, c'est-à-dire les femmes en couple ou déclarant avoir une relation amoureuse stable au moment de l'enquête (et non pas toutes les femmes sexuellement actives). Cette restric-

tion ne s'applique pas à l'utilisation de la contraception d'urgence.

L'utilisation actuelle d'un moyen de contraception a été recueillie par les questions suivantes : « *Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse ?* » et « *Quelles sont les méthodes que vous ou votre partenaire utilisez actuellement ?* »

Les questions concernant l'existence d'une grossesse non prévue n'ont été posées qu'à un tiers environ de l'échantillon et uniquement auprès de celles déclarant une grossesse au cours des cinq dernières années ou enceintes au moment de l'enquête, représentant 271 femmes âgées de 15 à 29 ans.

La question relative à la grossesse non prévue était : « *Cette grossesse était-elle désirée ?* » Avec une réponse en quatre modalités : « 1. *Oui, maintenant ou plus tôt*, 2. *Oui, mais plus tard*, 3. *Vous ne vouliez pas du tout être enceinte*, 4. *Vous ne vous posiez pas la question*. » La grossesse a été considérée comme non prévue lorsque la modalité de réponse choisie n'était pas la première.

Lorsqu'elles étaient possibles, des comparaisons ont été effectuées avec le Baromètre santé 2000 (comprenant 1 196 femmes de 15 à 29 ans concernées par un risque de grossesse non prévue) et le Baromètre santé 2005 (1 871 femmes concernées).

RÉSULTATS

LA CONTRACEPTION ACTUELLE

En 2010, 91,2 % des femmes âgées de 15 à 29 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et concernées par un risque de grossesse non prévue déclarent « utiliser un moyen pour éviter une grossesse », et 2,1 % déclarent le faire de manière non systématique. Elles sont donc 6,7 % à déclarer n'utiliser aucun moyen de contraception : 5,0 % parmi les 15-19 ans, 5,6 % parmi les 20-24 ans et 8,4 % parmi les 25-29 ans, soit pour cette dernière catégorie la même proportion que les femmes âgées de 30 à 49 ans.

Différents facteurs sont associés au fait de déclarer ne pas utiliser systématiquement une méthode de contraception : le niveau d'éducation, l'aisance financière, le lieu de résidence et le fait de déclarer avoir une religion [tableau I]. Ainsi les jeunes femmes qui déclarent que leur situation financière est difficile voire qu'elles ne peuvent y arriver sans s'endetter sont proportionnellement plus nombreuses à ne rien faire pour éviter une grossesse (16,0 % vs 8,0 % de celles qui considèrent être à l'aise ou sans problème financier, $p < 0,01$). Celles disposant d'un niveau de diplôme moins élevé sont proportionnellement plus nombreuses à n'utiliser

TABLEAU I

Facteurs associés au fait de déclarer ne pas utiliser systématiquement un moyen pour éviter une grossesse par les femmes de 15 à 29 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et concernées par un risque de grossesse non prévue^a en 2010 (n = 1427)

	%	OR	IC à 95 %
Âge			
15-19 ans	8,8	1	
20-24 ans	7,1	0,6	0,3 ; 1,2
25-29 ans	10,3	0,8	0,4 ; 1,4
Situation financière			
À l'aise, ça va	8,0	1	
C'est juste	6,3	0,7	0,4 ; 1,3
Difficile/Dettes	16,0*	1,8*	1,0 ; 3,2
Niveau de diplôme^b			
Plus élevé	6,3	1	
Moins élevé	12,7***	2,2***	1,4 ; 3,5
Taille d'agglomération			
Moins de 100 000 habitants	6,6	1	
Plus de 100 000 habitants et région parisienne	10,9*	1,6*	1,1 ; 2,5
Religion			
Non	6,2	1	
Oui	13,1***	2,1***	1,4 ; 3,3

a. Femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant.

b. Niveau de diplôme tenant compte de l'âge au moment de l'enquête : le niveau est considéré comme « moins élevé » si aucun diplôme n'est déclaré par les jeunes filles de 15 à 19 ans, si le plus haut diplôme obtenu est inférieur au baccalauréat pour les jeunes femmes de 20 à 24 ans et si le plus haut diplôme obtenu est inférieur à bac + 2 pour les jeunes femmes de 25 à 29 ans.

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

aucune méthode (12,7 % vs 6,3 %, $p < 0,001$), de même que celles déclarant avoir une religion (13,1 % vs 6,2 %, $p < 0,001$) ou celles résidant dans une agglomération de plus de 100 000 habitants ou en région parisienne (10,9 % vs 6,6 % ; $p < 0,05$).

PRINCIPAUX MOYENS UTILISÉS

La pilule demeure la méthode de contraception la plus utilisée : 78,6 % des femmes de 15 à 29 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, concernées par un risque de grossesse non prévue et utilisant un moyen contraceptif y ont recours en 2010 [tableau II]. Les fréquences maximales de recours à la pilule contraceptive sont enregistrées parmi les femmes de 20 à 24 ans. À partir de 25 ans, les femmes commencent à l'abandonner au profit d'autres méthodes, essentiellement les dispositifs intra-utérins (DIU). Cette utilisation concerne principalement les femmes dont le foyer compte au moins un enfant : 1,2 % des femmes sans enfant utilisent

un DIU vs 17,7 % des femmes avec enfant ($p < 0,001$). Quant au préservatif masculin, utilisé comme principal moyen de contraception, son usage dépend avant tout de l'âge, avec un maximum observé chez les moins de 20 ans (18,2 %) et notamment les jeunes filles mineures (28,0 %). Les « nouvelles » méthodes contraceptives (à savoir les implants, patchs, anneaux ou injections contraceptives) concernent 5,7 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans concernées par un risque de grossesse non prévue. Leur utilisation augmente avec l'âge (2,8 % entre 15 et 19 ans à 7,3 % entre 25 et 29 ans).

Quant au recours aux méthodes locales (diaphragme, spermicides, éponge...) ou naturelles, il ne concerne aucune femme de moins de 20 ans et moins d'une femme sur cent âgée de 20 à 29 ans.

Les pratiques contraceptives des 15-29 ans se sont sensiblement modifiées depuis 2000 même si la pilule contraceptive garde une place prépondérante. L'évolution la plus importante à noter est celle concernant les « nouvelles » méthodes de contraception.

TABLEAU II

Principales méthodes contraceptives^a utilisées par les femmes de 15 à 29 ans^b par tranche d'âge en 2010, comparaison avec 2005 et 2000 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	15-29 ans	15-29 ans 2005	15-29 ans 2000
Effectifs	219	523	602	1 344	1 834	1 163
Stérilisation	–	–	0,6	0,3	–	0,1
DIU	–	3,7	10,9	5,9	4,5	5,1
Implant, patch, anneau, injection	2,8	5,4	7,3	5,7	1,3***	–
Pilule	79,0	83,4	73,8	78,6	79,7	78,8
Préservatif	18,2	7,2	6,7	9,1	13,5***	13,3**
Méthodes locales	–	–	–	–	0,2	0,4
Méthodes naturelles	–	0,3	0,7	0,4	0,8	2,3***

a. Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » [5] a été retenue; ainsi, c'est la méthode apparaissant le plus haut dans le tableau qui a été privilégiée.

b. Femmes en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant, déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Test entre les proportions de l'année X et celles de 2010. L'absence d'étoile signifie que la différence entre les deux années n'est pas significative.

Lecture : 79,0 % des filles de 15-19 ans déclarent en 2010 utiliser la pilule comme principal moyen contraceptif.

Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, Inpes.

Leur utilisation a été multipliée par plus de 4, passant de 1,3 % en 2005 à 5,7 % en 2010 ($p < 0,001$). Toutes les tranches d'âge sont impactées : les 15-19 ans utilisatrices étaient 0,7 % en 2005 vs 2,8 % en 2010 ; elles étaient respectivement 1,1 % vs 5,4 % parmi les 20-24 ans et 1,9 % vs 7,3 % pour les 25-29 ans. Ce sont les jeunes femmes disposant des niveaux de diplôme les moins élevés ou celles résidant en agglomération parisienne qui déclarent plus que les autres jeunes femmes utiliser ces nouveaux moyens de contraception [tableau III]. La part croissante des « nouvelles » méthodes est principalement due à l'essor de l'implant contraceptif, puisque c'est au total 4,5 % des femmes interrogées qui déclarent utiliser cette méthode.

Le dispositif intra-utérin est également plus diffusé, en particulier chez les plus de

20 ans. En 2005, son utilisation concernait 1,3 % des femmes de 20 à 24 ans contre 3,7 % en 2010 ($p < 0,01$). Sur l'ensemble des jeunes femmes de 15 à 29 ans, l'augmentation observée entre 2005 (4,5 %) et 2010 (5,9 %) est très proche de la significativité ($p = 0,06$).

Dans le même temps, l'utilisation des méthodes non médicalisées comme principal moyen de contraception a diminué (baisse de 4,2 points en dix ans pour le préservatif masculin et de 1,9 point pour les méthodes naturelles).

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

En 2010, 11,0 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence

TABLEAU III

Facteurs associés au fait de déclarer utiliser un « nouveau » moyen de contraception^a parmi les femmes de 15 à 29 ans^b en 2010 (n = 1 344)

	%	OR	IC à 95 %
Âge			
15-19 ans	2,8	1	
20-24 ans	5,4	1,8	0,7 ; 4,6
25-29 ans	7,3	2,1	0,8 ; 5,3
Niveau de diplôme^c			
Plus élevé	4,1	1	
Moins élevé	8,3*	1,8*	1,0 ; 3,1
Taille d'agglomération			
Rural	3,5	1	
2 000 à 100 000 habitants	7,7	2,3*	1,0 ; 5,2
100 000 habitants ou plus	4,0	1,2	0,5 ; 2,7
Agglomération parisienne	9,0	2,7*	1,0 ; 7,4

a. Méthodes incluant implants, patchs, anneaux et injections.

b. Femmes en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, n'ayant pas de rapport exclusivement homosexuel, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant, déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse.

c. Niveau de diplôme tenant compte de l'âge au moment de l'enquête : le niveau est considéré comme « moins élevé » si aucun diplôme n'est déclaré par les jeunes filles de 15 à 19 ans, si le plus haut diplôme obtenu est inférieur au baccalauréat pour les jeunes femmes de 20 à 24 ans et si le plus haut diplôme obtenu est inférieur à bac + 2 pour les jeunes femmes de 25 à 29 ans.

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

Lecture : 9,0 % des jeunes femmes résidant dans l'agglomération parisienne déclarent utiliser un « nouveau » moyen de contraception comme principale méthode pour éviter une grossesse. Pour ces jeunes femmes, la probabilité d'utiliser ces nouveaux moyens de contraception est 2,7 fois plus élevée que pour les jeunes femmes résidant dans une commune rurale (classe de référence).

durant cette période : 7,6 % une fois et 3,4 % plusieurs fois [tableau IV]. Cette utilisation, plus importante parmi les filles âgées de moins de 20 ans (une jeune fille sur cinq), diminue rapidement pour concerner 11,1 % des 20-24 ans, 6,7 % des 25-29 ans et 2,0 % des femmes âgées de 30 à 49 ans.

L'utilisation récente de la contraception d'urgence parmi les 15-29 ans a légèrement évolué depuis 2005 : elles étaient alors 9,0 % à l'avoir utilisée au cours des douze derniers mois ($p < 0,05$). On observe plus précisément une augmentation des utilisations multiples au cours des douze derniers mois (1,7 % en 2005 vs 3,4 % en 2010, $p < 0,001$), augmentation limitée et qui se révèle significative uniquement pour les jeunes femmes âgées de 25 à 29 ans (0,7 % vs 2,5 %, $p < 0,01$). La majorité des femmes concernées par cette utilisation répétée déclarent y avoir eu recours deux fois (66,4 %) ou trois fois (20,6 %) au cours des douze derniers mois.

L'utilisation d'une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois est différente selon la nature de la contraception que les femmes déclarent utiliser

au moment de l'enquête : celles indiquant une méthode non médicalisée sont 19,3 % à avoir utilisé une contraception d'urgence (18,9 % parmi les utilisatrices de préservatifs) vs 10,6 % parmi celles déclarant utiliser une méthode médicalisée. Cette différence est significative en analyse bivariée ($p < 0,05$) mais ne l'est plus après ajustement sur d'autres variables.

Après ajustement sur l'âge, il apparaît qu'un âge tardif au premier rapport, une situation financière perçue comme difficile, un niveau de diplôme plus élevé que le reste des jeunes femmes du même âge ainsi que le fait d'habiter en région parisienne augmente la probabilité d'avoir utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois [tableau V].

LES GROSSESSES NON PRÉVUES

Les outils mis à disposition des femmes et des couples pour planifier les grossesses se sont multipliés. Malgré ceux-ci, des épisodes de grossesse non prévue peuvent survenir pour de multiples raisons.

TABLEAU IV

Recours à la contraception d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête parmi les femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois selon l'âge, en 2010 et en 2005 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	15-29 ans
2010				
Effectifs	364	827	1 043	2 234
Une seule fois au cours des 12 derniers mois	14,6	7,8	4,2	7,6
Plusieurs fois au cours des 12 derniers mois	5,9	3,3	2,5**	3,4***
Total : Au moins 1 fois dans les 12 mois	20,5	11,1	6,7*	11,0*
2005				
Effectifs	410	708	1 134	2 252
Une seule fois au cours des 12 derniers mois	15,3	7,4	3,5	7,3
Plusieurs fois au cours des 12 derniers mois	3,3	2	0,7	1,7
Total : Au moins 1 fois dans les 12 mois	18,6	9,4	4,2	9

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Test entre les proportions de l'année 2005 et celles de 2010. L'absence d'étoile signifie que la différence entre les deux années n'est pas significative.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, Inpes.

TABLEAU V

Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes sexuellement actives en 2010 (n = 2 234)

	%	OR	IC à 95 %
Âge			
15-19 ans	20,5	1	
20-24 ans	11,1	0,4***	0,3 ; 0,6
25-29 ans	6,8***	0,2***	0,2 ; 0,4
Âge au 1^{er} rapport			
15 ans ou moins	11,1	1	
16-17 ans	11,7	1,1	0,7 ; 1,7
18-19 ans	10,8	1,4	0,9 ; 2,3
20 ans ou plus	13,0	2,1*	1,1 ; 4,1
Situation financière			
À l'aise, ça va	10,6	1	
C'est juste	9,9	1,2	0,8 ; 1,9
Difficile/Dettes	14,1	1,9***	1,2 ; 3,0
Niveau de diplôme^a			
Plus élevé	13,4	1	
Moins élevé	7,8	0,7*	0,5 ; 1,0
Taille d'agglomération			
Moins de 100 000 habitants	9,5	1	
100 000 habitants ou plus	11,4	1,2	0,8 ; 1,7
Agglomération parisienne	14,3	1,6*	1,0 ; 2,5
Méthode contraceptive actuelle^b			
Non médicalisée	19,3	1	
Médicalisée	10,6	0,6	0,3 ; 1,2
Pas de contraception/non concernée par la question	10,2*	0,5	0,3 ; 1,1

a. Niveau de diplôme tenant compte de l'âge au moment de l'enquête : le niveau est considéré comme « moins élevé » si aucun diplôme n'est déclaré par les jeunes filles de 15 à 19 ans, si le plus haut diplôme obtenu est inférieur au baccalauréat pour les jeunes femmes de 20 à 24 ans et si le plus haut diplôme obtenu est inférieur à bac + 2 pour les jeunes femmes de 25 à 29 ans.

b. Les méthodes médicalisées regroupent la stérilisation, les DIU, les implants, patches, anneaux, injections et la pilule. Les méthodes non médicalisées comprennent le préservatif, les méthodes locales et naturelles.

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

Lecture : 14,3 % des jeunes femmes résidant dans l'agglomération parisienne déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois. Pour ces femmes, la probabilité d'avoir utilisé cette contraception d'urgence est 1,6 fois plus élevée que pour les femmes résidant dans une commune de moins de 100 000 habitants (classe de référence).

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Si l'on considère les femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives, 5,6 % ont déclaré être enceintes au moment de l'enquête et près d'un tiers (30,3 %) l'avoir déjà été.

Parmi les femmes de 15 à 29 ans enceintes ou l'ayant été au cours des cinq dernières années, 63,4 % déclarent avoir souhaité leur (dernière) grossesse à ce moment-là ou plus tôt, 14,9 % la désiraient mais plus tard, 11,6 % ont déclaré ne pas avoir voulu être

enceintes, tandis que 10,1 % ne se posaient pas la question. Plus d'un tiers (36,6 %) des femmes déclarent donc une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années ; deux tiers des jeunes femmes de moins de 25 ans sont dans ce cas (67 %), soit près de trois fois plus que leurs aînées de 25 à 29 ans (22 %).

Ainsi, sur l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives (et plus unique-

ment sur les femmes enceintes au cours des cinq dernières années), 12,2 % déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années : elles sont 7,7 % parmi les 15-19 ans, 15,2 % parmi les 20-24 ans et 11,7 % parmi les 25-29 ans.

Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes

âgées de 15 à 29 ans n'ayant pas désiré être enceintes et l'oubli de pilule (44 %). Viennent ensuite l'idée qu'elles ne prenaient pas de risque (23 %) et un problème avec un préservatif cité par 9 % d'entre elles².

2. Les pourcentages sont présentés sans décimale car les effectifs sont relativement faibles.

DISCUSSION

En 2010, la couverture contraceptive est importante chez les jeunes femmes en couple ou qui déclarent être dans une relation stable et concernées par un risque de grossesse non prévue, avec une utilisation supérieure à 90 % quelle que soit la tranche d'âge considérée. La répartition des moyens de contraception évolue depuis dix ans, et ce même si l'entrée dans la sexualité reste encore très marquée par l'utilisation du préservatif et de la pilule, qui sont les moyens de contraception les plus utilisés avant 20 ans. On note cependant une augmentation de l'utilisation des « nouvelles » méthodes médicalisées, dont l'efficacité réelle est très proche de l'efficacité théorique car non dépendante de la régularité de la prise comme peut l'être la pilule. C'est l'implant contraceptif qui connaît la plus forte augmentation de son utilisation. Par ailleurs, l'élargissement du DIU aux jeunes femmes est engagé, même si cette méthode reste plus souvent prescrite aux femmes en situation de parentalité.

Cette diversification se fait au détriment des méthodes dites « naturelles » et du préservatif, en particulier après 20 ans. La diminution de l'utilisation du préservatif dans cette enquête est cependant à interpréter avec précaution. La constitution de l'échantillon, soit les femmes en couple ou déclarant une relation stable, pourrait, en partie, expliquer cette diminution, qui n'est

pas retrouvée dans d'autres enquêtes interrogeant les comportements sexuels [8].

Le recours global à la contraception d'urgence s'est légèrement accru depuis 2005, et ce plus particulièrement chez les jeunes femmes âgées de 25 à 29 ans. Cette augmentation, que l'on peut également observer à partir des ventes de contraceptifs d'urgence [9], est perceptible, en 2010, uniquement pour l'utilisation répétée au cours des douze derniers mois, qui correspond principalement à une prise à deux occasions. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution. Elle peut être le reflet d'une meilleure identification des situations à risque de grossesse par les femmes les plus jeunes et/ou de l'amélioration des conditions d'accès à cette méthode de rattrapage. Elle démontre en tout cas l'intégration de ces méthodes comme une constituante à part entière du parcours contraceptif des jeunes femmes de moins de 30 ans. Les taux d'utilisation de la contraception d'urgence observés dans l'enquête restent néanmoins inférieurs à ceux observés dans d'autres pays européens [10].

L'utilisation des méthodes contraceptives ou de la contraception d'urgence est associée à différents facteurs socio-économiques, marqueurs d'inégalités. Ainsi, malgré la prise en charge totale ou partielle de certaines méthodes de contraception par l'Assurance maladie, les femmes

confrontées à une situation financière difficile utilisent moins souvent un moyen pour éviter une grossesse. Cette attitude ne semble pourtant pas traduire une perception plus faible du risque de grossesse puisque une situation financière difficile est également associée à une utilisation plus importante de la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois. C'est donc bien dans l'accès à un moyen de contraception régulier que les inégalités sociales s'inscrivent désormais. Autre marqueur d'inégalités : la difficulté des femmes les moins diplômées à s'engager dans une démarche contraceptive. Ces dernières sont, en effet, plus nombreuses à ne pas utiliser une méthode de contraception de manière systématique et ont un moindre recours à la contraception d'urgence. Le risque d'une grossesse non prévue est donc important dans cette population.

La zone de résidence impacte également la relation à la contraception et ce de manière contrastée. Ce sont dans les grandes agglomérations que l'on trouve à la fois le plus fort pourcentage de femmes qui déclarent n'utiliser aucune méthode de contraception et celles utilisant les méthodes les plus récentes ou la contraception d'urgence. Le premier phénomène renvoie, au moins en partie, à un courant de femmes urbaines qui prennent leur distance vis-à-vis de la contraception [11]. Le second est davantage à mettre en lien avec les inégalités d'accès au système de santé. Si l'hypothèse d'une plus forte concentration de lieux de dispensation de la contraception d'urgence en zone urbaine peut expliquer les différences d'utilisation de cette dernière, la part croissante des nouvelles méthodes pourrait davantage être liée au niveau d'information des prescripteurs et aux possibilités pour les femmes d'être suivies par un spécialiste. Les médecins généralistes apparaissent, en effet, moins bien informés sur les nouvelles méthodes de contraception et se sentent

moins à l'aise pour les conseiller [12]. Par ailleurs, l'édition 2000 du Baromètre santé avait mis en évidence l'impact discriminant des revenus et du niveau d'étude sur la consultation des spécialistes de santé, gynécologues compris [13]. Les difficultés d'accéder à un médecin spécialiste en zone rurale et pour les populations les moins à l'aise financièrement desserviraient alors ces populations dans leur accès aux nouvelles méthodes de contraception et à la recherche d'un contraceptif régulier le plus adapté à la situation (financière, organisationnelle, affective) de la patiente. Au-delà de l'usage même du contraceptif, c'est donc la question de l'accès au système de soins et à la prévention médicalisée qui semble ici se poser. Au vu de ces disparités, l'enjeu de la promotion d'une contraception adaptée résiderait dans l'amoindrissement des inégalités engendrées par les conditions d'accès aux différentes méthodes.

Malgré le bon taux de couverture contraceptive constaté parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans, on note un taux de grossesse non prévue au cours des cinq dernières années relativement important, taux par ailleurs sous-estimé puisque seules les circonstances de la dernière grossesse sont renseignées dans le Baromètre santé 2010. Pour plus de la moitié des femmes, la grossesse intervient malgré l'utilisation d'un contraceptif. Cette observation rejoint les résultats de l'étude de la Dress sur les interruptions volontaires de grossesse, dans laquelle près d'une IVG sur deux intervient chez des femmes utilisant une méthode de contraception médicalisée ou le préservatif [14].

Face à de tels constats, la diffusion des méthodes limitant les défauts d'utilisation doit être renforcée, et les médecins généralistes accompagnés. Dans le même temps, la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit être soutenue. Car malgré l'ouverture de l'accès à la CU sans ordonnance et malgré sa gratuité

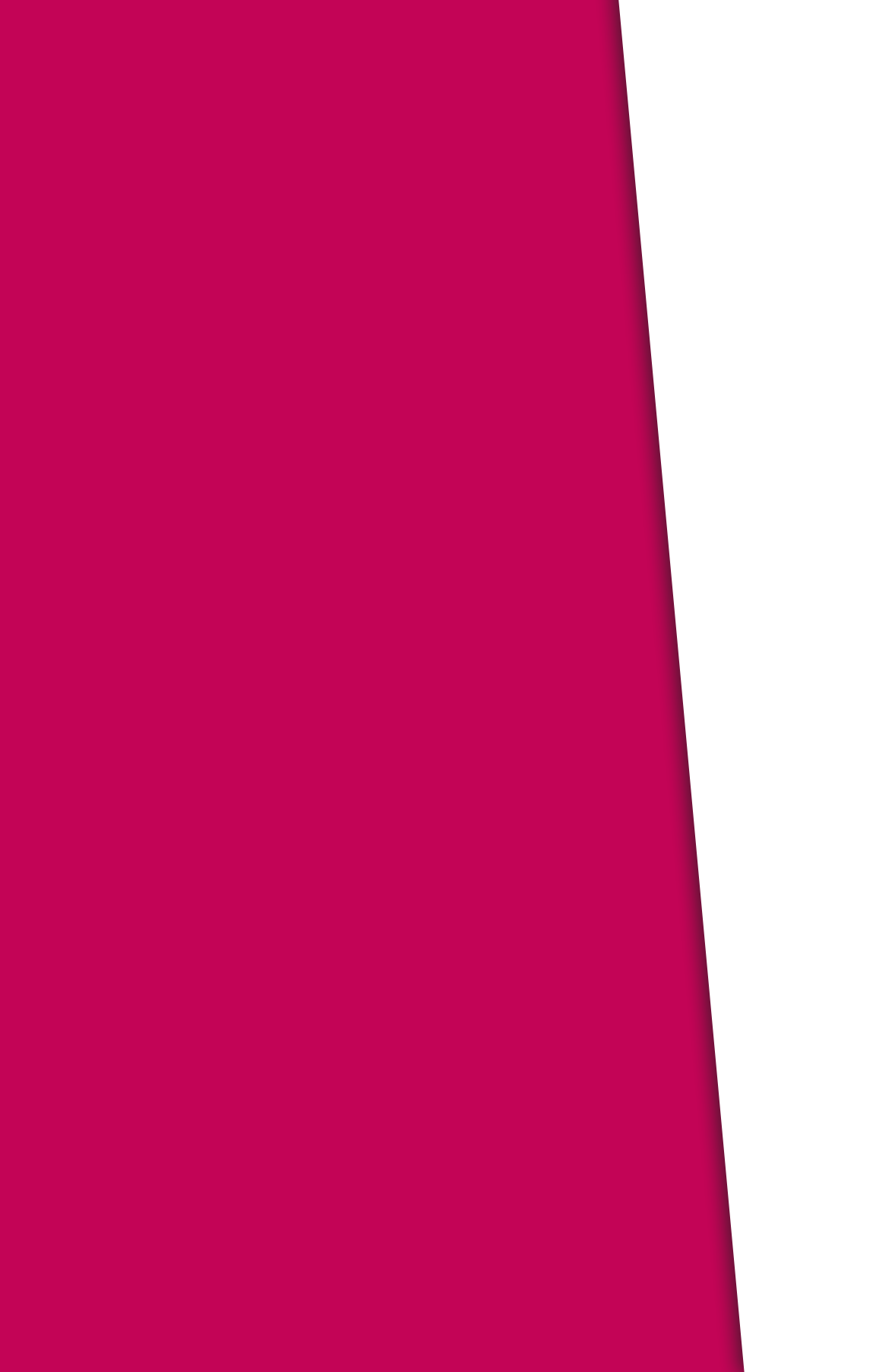
pour les mineures, cette méthode de rattrapage reste encore sous-utilisée. La diversification de leurs modes de diffusion devrait

se poursuivre, notamment hors contexte d'urgence.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Toulemon L., Leridon H. Vingt années de contraception en France : 1968-1988. *Population*, vol. 46, n° 4, 1991 : p. 777-812.
- [2] Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et Comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 329-353.
- [3] Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., équipe COCON. Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, 2003, vol. 18, n° 5 : p. 994-999.
- [4] Vilain A., Mouquet M.-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *Études et Résultats*, juin 2012, n° 804 : 6 p.
- [5] Anaes, Afssaps, Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. La Plaine-Saint-Denis : Anaes, 2004 : 47 p.
- [6] Le Premier ministre. *Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence*. JORF n° 8, texte n° 10, 10 janvier 2002 : p. 590.
- [7] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In : Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. dir. *Pratiques et Méthodes de sondage*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 : p. 310-314.
- [8] Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations et Société*, septembre 2012, n° 492 : 4 p.
- [9] Utilisation de la contraception d'urgence. In : HAS. *Note de cadrage - Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence*. La Plaine-Saint-Denis : HAS, novembre 2011 : p. 17-18.
- [10] Rowlands S., Lawrenson R. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *British Journal of Family Planning*, 2000, vol. 26, n° 3 : p. 138-143.
- [11] Beltzer N., Saboni L., Sauvage C., Sommen C. *Les Connaissances, Attitudes, Croyances et Comportements face au VIH/sida en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolutions*. Paris : ORS Île-de-France, 2011 : 156 p.
- [12] Moreau C., Bajos N., Bohet A. Recherche Fecond médecins « Connaissances et pratiques médicales en matière de santé sexuelle et reproductive en France ». 2013, à paraître.
- [13] Ménard C., Gautier A. Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2000, Résultats, volume 2*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : p. 391-419.
- [14] Moreau C., Desfrères J., Bajos N. Circonstances des échecs et prescriptions post-IVG : analyses des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*, janvier 2011 : p. 148-161.



L'essentiel

Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans

En matière de promotion de la santé, il est souvent difficile de s'adresser aux jeunes, notamment lorsque les comportements cibles des actions de prévention n'ont de conséquences qu'à relativement long terme (tabagisme et cancer du poumon, nutrition, sédentarité, consommation d'alcool et maladies cardiovasculaires...). Une des approches développées depuis une dizaine d'années par les acteurs de la prévention consiste à investir Internet et ses réseaux sociaux, que les jeunes utilisent beaucoup.

En effet, la quasi-totalité des 15-30 ans (93 %) sont des internautes, et la moitié de ces internautes (48 %) ont utilisé Internet au cours des douze derniers mois pour chercher des informations ou des conseils sur la santé. Globalement, 45 % des 15-30 ans, et surtout les femmes (57 % contre 40 % des hommes), ont ainsi utilisé Internet pour des questions de santé au cours de l'année, contre 35 % pour les 30-75 ans. Par ailleurs, 15 % des 15-30 ans déclarent un changement dans la façon de s'occuper de leur santé du fait de l'usage d'Internet, et 5 % un impact sur la fréquence des consultations, proportions supérieures à celles des 15-75 ans (respectivement 10 % et 3 %). Près de 80 % des jeunes qui y ont eu recours jugent les informations recueillies sur Internet le

plus souvent crédibles. Ceux qui n'y ont pas eu recours expliquent qu'ils se sentent suffisamment informés autrement (75 %), qu'il vaut mieux aller voir un médecin (74 %) et qu'ils se méfient des informations sur Internet concernant la santé (67 %). Les trois quarts des 15-30 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé déclarent avoir effectué leurs recherches en lien avec une consultation médicale, 45 % l'ayant fait avant ou après la consultation, probablement dans le but de préparer un recours au soin ou de rechercher des compléments d'information.

La proportion d'internautes recherchant des informations sur la santé augmente avec l'âge dans la catégorie des 15-30 ans, passant de 39 % chez les 15-19 ans à 55 % chez les 26-30 ans. Par ailleurs, parmi les 15-30 ans comme dans l'ensemble de la population, les internautes santé sont en proportion plus nombreux parmi les femmes, et moins nombreux parmi les employés ou les ouvriers. La littérature scientifique semble s'accorder sur ces associations entre genre, statut socioéconomique et recours à Internet pour la santé.

Les grands thèmes de santé recherchés sur Internet et cités le plus fréquemment par les internautes de 15-30 ans ont été en 2010 : les maladies en général (45 %) - dont la

grippe principalement -, les informations sur la santé de la mère et l'enfant (21 %), les problèmes de santé ponctuels (20 %) et les comportements de santé (19 %). Les 15-30 ans se distinguent des plus âgés par un intérêt particulier pour les questions relatives à la parentalité et aux comportements de santé.

Les résultats sur la crédibilité des informations sur la santé trouvées sur Internet montrent que les démarches visant à aider les internautes à identifier les informations les plus valides, comme la certification et la labellisation de sites, sont à poursuivre et à amplifier, dans la continuité d'initiatives telles que le certificat HON. À titre d'exemple, l'Inpes initie une démarche de type labellisation afin de valoriser les sites (et les lignes téléphoniques) soutenus par l'institut (sorte de label de qualité prévention-santé). Des travaux distinguant la nature du recours à Internet (sites, réseaux sociaux, forums de discussion...) pourraient très utilement compléter nos résultats. L'utilisation d'Internet pour la diffusion des informations sur la santé n'en est encore qu'à ses débuts et reste une voie très prometteuse pour la promotion de la santé, à condition que l'essor de l'internet santé s'accompagne d'une poursuite des démarches qualité de labellisation des contenus les plus fiables sur le sujet.

Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans

FRANÇOIS BECK
VIÊT NGUYEN-THANH
JEAN-BAPTISTE RICHARD
DAVID HEARD
ÉMILIE RENAHY

INTRODUCTION

En matière de promotion de la santé, il est souvent difficile de s'adresser aux jeunes, notamment lorsque les comportements cibles des actions de prévention n'ont de conséquences qu'à relativement long terme (tabagisme et cancer du poumon, nutrition, sédentarité, consommation d'alcool et maladies cardiovasculaires...). Une des approches développées depuis une dizaine d'années par les acteurs de la prévention consiste à investir Internet et ses réseaux sociaux, que les jeunes utilisent beaucoup [1, 2]. En effet, si en France un peu plus de trois personnes sur quatre ont globalement accès à Internet, le pourcentage d'internautes dans la population est spectaculairement plus élevé chez les plus jeunes que chez leurs aînés, de 99 % des 12-17 ans à 22 % des plus de 70 ans [3]. En France, certains sites sont ainsi entièrement dédiés aux questions de santé des adolescents, comme le site www.filsantejeunes.com, géré par le réseau

des Écoles des parents et des éducateurs et soutenu par les pouvoirs publics. À ces sites multithématiques s'ajoutent des sites monothématiques traitant de questions qui concernent particulièrement les jeunes, comme le site www.onsexprime.fr, qui traite de la santé sexuelle. Mais dans un contexte d'augmentation croissante du nombre de contenus santé sur Internet [4], les jeunes internautes ne consultent pas uniquement des sites dont les contenus sont fiables et validés. Ce dernier point et, plus globalement, cette disponibilité d'une très grande quantité d'informations sur le web soulèvent plusieurs questions sur les comportements et attitudes des jeunes en matière de recherche d'information sur la santé sur Internet.

Il est dès lors légitime de s'interroger sur le profil des jeunes qui cherchent ce type d'informations ainsi que sur les thématiques qui les intéressent. En France, plusieurs études ont

été consacrées à ce sujet [5-7] ou ont abordé cette question [3], mais aucune ne disposait d'un échantillon représentatif de taille suffisamment importante pour analyser finement les pratiques des jeunes en la matière, en distinguant par exemple les pratiques des adolescents de celles des jeunes adultes.

De plus, l'impact de cette activité sur le comportement de santé des jeunes internautes reste un objet relativement mal connu. Les études montrent qu'en population générale Internet sert souvent à apporter un complément d'information ou à préparer un recours au soin [11], notam-

MÉTHODOLOGIE

Un module spécifique du Baromètre santé 2010 [8], composé de questions relatives à l'utilisation d'Internet et à son usage pour des questions liées à la santé, a été posé à un sous-échantillon de 4 592 personnes de 15 à 75 ans, dont 1 052 âgées de 15 à 30 ans.

Les questions portaient sur la fréquence d'utilisation d'Internet, sur le fait d'avoir cherché des informations sur la santé, sur l'impact de ces recherches sur le recours aux soins, sur la crédibilité de l'information trouvée. Enfin, pour 463 personnes ayant cherché des informations sur la santé sur Internet, une description

des thèmes consultés était demandée sous la forme d'une question ouverte. Un regroupement en cinq catégories a été retenu : maladies, actualité médicale et traitements, santé de la mère et de l'enfant, comportements de santé, problèmes de santé ponctuels [tableau I].

Parmi les variables étudiées dans les analyses figurent notamment la détresse psychologique telle que mesurée par l'échelle Mental Health (MH-5), issue du questionnaire SF36 [9], et la qualité de vie au sens de l'échelle de Duke [10].

TABLEAU I

Codage des thèmes de santé recherchés sur Internet

1. Maladies

Cancer
Allergies
Alzheimer
Arthrose
Dépression
Dermatologie
Diabète
Grippe
Maladies auto-immunes
Maladies cardiovasculaires/cœur/AVC
MST
Autres maladies
Autre problème de santé mentale

2. Actualité médicale, traitements

Environnement
Médecines alternatives
Médicaments
Vaccination
Autre information médicale

3. Santé mère/enfant

Maternité/grossesse
Santé de l'enfant, maladies infantiles

4. Comportements de santé

Alcool/tabac/droque
Nutrition/poids
Contraception/sexualité

5. Problèmes de santé ponctuels

Dos
Genou
Yeux/dents
Prostate
Thyroïde
Problèmes digestifs
Problèmes de sommeil
Autres problèmes de santé ponctuels

ment au moment de prendre une décision médicale [12, 13]. L'utilisation d'Internet peut aussi parfois différer la rencontre avec un professionnel de santé, ou même s'y substituer [11]. Même si la problématique est probablement un peu différente pour les adolescents, à qui la décision de consulter ou non un médecin n'appartient pas toujours entièrement, il est intéressant d'observer l'impact des recherches sur les comportements des jeunes adultes.

Le web offre une très large palette d'informations sur la santé, avec l'avantage de proposer des formes diverses et interactives mais avec l'inconvénient d'une qualité d'information très disparate [14-17], face à laquelle des inégalités sociales peuvent voir le jour [18]. Cette hétérogénéité pose ainsi la question de la perception des jeunes internautes vis-à-vis de la crédibilité des informations santé trouvées sur Internet. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) pilote le processus de certification des sites

santé en utilisant le label suisse Health On the Net (HON) [19], mais cette initiative ne permet pas de contrôler tous les contenus. Selon l'enquête Pew Internet and American Life Project conduite aux États-Unis, 3 % des e-patients disent avoir eu des problèmes après avoir suivi des conseils médicaux ou des informations sur la santé trouvés sur Internet [11]. Si cette incertitude sur la qualité de ces informations et de ces conseils inquiète certains usagers adultes [12], en est-il de même pour les plus jeunes ?

L'objectif de cet article est ainsi de décrire les caractéristiques des internautes âgés de 15 à 30 ans ayant fait usage du web pour des questions concernant la santé, à partir d'un échantillon représentatif de la population résidant en France, de comprendre les raisons d'utilisation ou de non-utilisation d'Internet pour la santé, de décrire le contexte et l'impact de ces recherches ainsi que la perception de la crédibilité des informations trouvées.

RÉSULTATS

USAGE D'INTERNET ET RECHERCHE D'INFORMATIONS SUR LA SANTÉ

La quasi-totalité des 15-30 ans (93 %) sont des internautes, et la moitié de ces internautes (48 %) ont utilisé Internet au cours des douze derniers mois pour chercher des informations ou des conseils sur la santé [figure 1]. Parmi les 15-30 ans, alors que la part d'internautes s'avère relativement stable avec l'avancée en âge, l'usage d'Internet pour la santé augmente sensiblement : il concerne 39 % des 15-19 ans, 50 % des 20-25 ans et 55 % des 26-30 ans.

Les 15-30 ans se distinguent des générations plus âgées par leur usage d'Internet en général, celui-ci décroissant progressivement avec l'âge pour ne concerner que 40 %

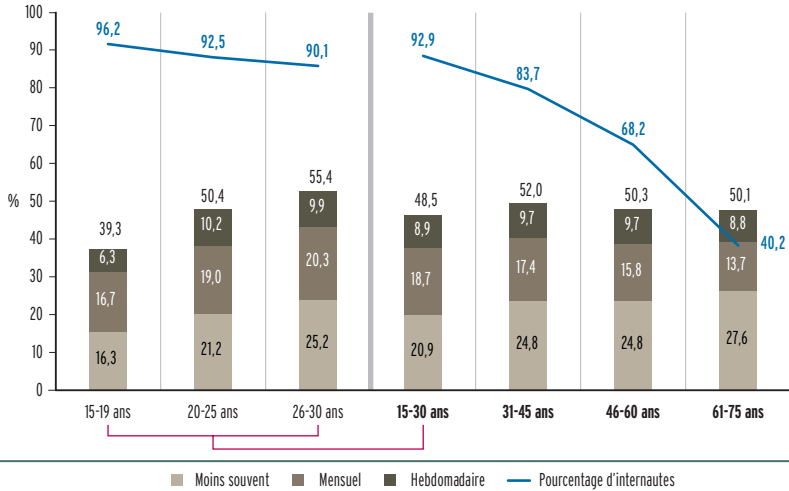
des 61-75 ans. En revanche, l'usage pour des questions relatives à la santé concerne une part relativement constante des internautes (environ la moitié), et ce quel que soit l'âge.

Globalement, un tiers de la population française (34,8 %, soit 38,9 % des femmes et 30,4 % des hommes) utilise Internet pour des questions de santé : 45 % des 15-30 ans, 43 % des 31-45 ans, 34 % des 46-60 ans et 20 % des 61-75 ans.

Parmi les internautes, 52 % des 15-30 ans n'ont pas utilisé Internet pour des informations sur la santé au cours des douze derniers mois [tableau II] : 75,0 % d'entre eux parce qu'ils se sentent suffisamment informés autrement, 74,1 % parce qu'il vaut mieux selon eux aller voir un médecin, et 67,1 % parce qu'ils se méfient des informations trouvées sur Internet. D'autre part,

FIGURE 1

Évolution des usages d'Internet et d'Internet pour la santé parmi les internautes, selon l'âge



Lecture : 92,9 % des 15-30 ans sont des internautes (au moins une fois au cours des 12 derniers mois, lignes pointillées). Parmi ces internautes, 48,5 % ont utilisé Internet pour la santé : 8,9 % toutes les semaines, 18,7 % tous les mois, 20,9 % moins souvent.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

Raisons de non-utilisation d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15 à 75 ans, en 2010 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	15-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans
Suffisamment informé autrement	78,9	71,3	74,6	75,0	69,6	74,4	82,3
Le sujet ne vous intéresse pas	40,0	42,6	38,1	40,4	33,1	29,9	34,0
Il vaut mieux aller voir un médecin	73,6	73,3	75,9	74,1	80,2	84,6	90,6
Méfiance vis-à-vis des informations sur internet	71,6	63,5	65,4	67,1	72,6	73,3	67,9
Jamais pensé	54,2	43,4	47,9	48,6	36,8	36,4	38,7

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

48,6 % déclarent ne jamais y avoir pensé et 40,4 % ne pas être intéressés par le sujet.

Parmi les internautes de 15-30 ans, l'utilisation d'Internet pour la santé s'avère associée à différentes caractéristiques. Outre une utilisation plus fréquente avec l'avancée en âge, les femmes adoptent une telle pratique plus souvent que les hommes (57,2 % vs 39,7 % ;

OR = 1,8 ; $p < 0,001$). Relativement aux cadres, les employés et les ouvriers sont au contraire moins concernés par ce comportement (respectivement, OR = 0,5 ; $p < 0,01$ et OR = 0,4 ; $p < 0,001$), ce résultat s'ajoutant au fait que ces derniers sont déjà moins souvent internautes. Enfin, les personnes déclarant un état de détresse psychologique (OR = 1,8 ;

$p < 0,05$) et les personnes ayant un enfant ou étant enceintes ($OR = 1,6$; $p < 0,05$) ont également plus fréquemment utilisé Internet pour la santé. Le sentiment d'information relatif aux questions de santé a été testé dans le modèle et ne s'est pas avéré significativement associé [tableau III].

CONTEXTE ET CONSÉQUENCES DES RECHERCHES D'INFORMATIONS DE SANTÉ SUR INTERNET

Parmi les 15-30 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé, près de trois personnes sur dix déclarent l'avoir fait

au lieu d'aller chez le médecin (très souvent ou assez souvent). La même proportion déclare l'avoir fait avant d'aller chez le médecin, 16,7 % y ont eu recours après être allés chez le médecin, et 26,6 % ont cherché des informations sans lien particulier avec une consultation médicale [tableau IV]. Par ailleurs, un tiers d'entre eux déclare avoir modifié la façon de s'occuper de sa santé suite aux informations trouvées sur Internet (33,2 %), une proportion qui diminue sensiblement avec l'avancée en âge : 27,4 % des 31-45 ans, 21,5 % des 46-60 ans et 16,6 % des 61-75 ans.

Toujours parmi les 15-30 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé, un peu plus d'un sur dix (11,5 %)

TABLEAU III

Facteurs associés à l'usage d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15-30 ans en 2010. Résultats d'une régression logistique (odds-ratios ajustés (ORa) et intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %))

Variabiles	N	% ^a	ORa ^b	IC à 95 %
Sexe				

Homme (réf.)	481	39,7	1	
Femme	516	57,2	1,8***	1,3 ; 2,3
PCS				
		*		
Autres	61	50,8	0,7	0,3 ; 1,2
Cadres (réf.)	139	58,9	1	
Professions intermédiaires	299	54,3	0,7	0,5 ; 1,1
Employés	272	45,0	0,5**	0,3 ; 0,7
Ouvriers	226	41,0	0,4***	0,3 ; 0,7
Qualité de vie (Duke)				
		*		
3 ^e tercile (-) (réf.)	239	55,6	1	
2 ^e tercile	342	49,8	0,9	0,6 ; 1,3
1 ^{er} tercile (+)	416	43,2	0,8	0,6 ; 1,2
Maladie chronique				
Oui (réf.)	88	50,1	1	
Non	909	48,3	1,0	0,6 ; 1,6
Détresse psychologique				
		*		
Non (réf.)	910	47,3	1	
Oui	87	62,2	1,8*	1,0 ; 3,1
Avoir un enfant/être enceinte				

Non (réf.)	802	45,0	1	
Oui	195	64,1	1,6*	1,1 ; 2,3

a : significativité au test du χ^2 en bivarié, réalisé sur les données pondérées, aux seuils de * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

b : significativité des ORa au test de Wald, aux seuils de * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Le modèle est ajusté sur l'âge, la taille d'agglomération, le revenu par unité de consommation, la situation professionnelle.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU IV

Contexte et conséquences des recherches d'informations de santé sur Internet parmi les internautes santé, selon les classes d'âge de 15 à 75 ans, en 2010 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	15-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans	p
Effectifs d'internautes santé	119	212	219	550	586	438	192	
Utiliser Internet pour la santé « souvent »...								
Au lieu d'aller chez le médecin	25,0	31,2	32,0	29,9	28,1	24,7	11,3	***
Avant d'aller chez le médecin	25,5	29,7	29,9	28,7	22,4	20,6	13,2	***
Après être allé chez le médecin	13,2	13,5	22,7	16,7	22,8	25,1	18,1	*
Sans lien avec une consultation	22,6	26,3	29,9	26,6	29,0	30,7	23,7	ns
Utiliser Internet pour la santé a modifié la façon de s'occuper de sa santé								
	35,4	36,0	28,8	33,2	27,4	21,5	16,6	***
Utiliser Internet pour la santé a conduit à aller chez le médecin...								
Plus souvent	5,7	5,4	4,0	4,9	3,2	3,1	0,6	ns
Moins souvent	3,7	9,7	5,2	6,6	5,7	3,8	1,8	ns
Aussi souvent	90,6	84,9	90,8	88,5	91,1	93,1	97,6	**

Significativité au test du Chi² en bivarié, réalisé sur les données pondérées, aux seuils de * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

déclarent que les informations trouvées au cours des douze derniers mois les ont conduits à aller chez le médecin plus souvent (4,9 %) ou moins souvent (6,6 %). De même que précédemment, l'impact sur la fréquence des consultations s'avère de moins en moins fort avec l'avancée en âge, puisqu'il concerne 8,9 % des 31-45 ans, 6,9 % des 46-60 ans et 2,4 % des 61-75 ans (p<0,01).

En analysant ces données sur l'ensemble de l'échantillon, il ressort que, parmi les 15-75 ans, environ une personne sur dix déclare un changement dans la façon de s'occuper de sa santé du fait de l'usage d'Internet, et 3,2 % un impact sur la fréquence des consultations, des proportions qui sont, parmi les 15-30 ans, respectivement de 15,0 % et de 5,2 % [tableau V]. Les comparaisons entre les différentes classes d'âge soulignent que l'impact de l'utilisation d'Internet sur le fait d'aller voir un médecin est particulièrement visible dans la tranche la plus jeune de la population.

Les facteurs associés au contexte et aux conséquences de la recherche d'informa-

tions sur la santé semblent peu nombreux [tableau VI]. Les personnes de 15-30 ans se disant en moins bonne santé déclarent plus souvent rechercher des informations au lieu d'aller chez le médecin que celles se disant en bonne santé (OR = 2,3; p<0,001); elles déclarent aussi plus souvent avoir modifié leur façon de s'occuper de leur santé (OR = 1,8; p<0,05).

Les personnes déclarant les plus faibles niveaux de ressources semblent consulter moins souvent un médecin suite à leurs recherches d'informations sur la santé sur Internet (OR = 2,7; p<0,01), tandis que les personnes en état de détresse psychologique, de même que celles craignant les maladies ou se sentant bien informées sur les sujets de santé ont tendance à augmenter la fréquence de leur consultation.

THÈMES DE SANTÉ RECHERCHÉS PAR LES INTERNAUTES

Les grands thèmes de santé recherchés sur Internet et cités le plus fréquemment

TABLEAU V

Usage et conséquences d'Internet pour la santé parmi les 15-75 ans par classe d'âge, en 2010 (en pourcentage)

	Ensemble	15-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans	p
Effectifs	4 328	1 052	1 231	1 192	853	
Pourcentage d'internautes santé	34,9	45,0	43,5	34,3	20,2	***
Utiliser Internet pour la santé « souvent »...						
Au lieu d'aller chez le médecin	9,7	13,4	12,2	8,5	2,3	***
Avant d'aller chez le médecin	8,6	12,9	9,8	7,1	2,7	***
Après être allé chez le médecin	7,8	7,5	9,9	8,6	3,7	***
Sans lien avec une consultation	10,4	12,0	12,6	10,6	4,8	***
Utiliser Internet pour la santé a modifié la façon de s'occuper de sa santé						
	9,9	15,0	11,9	7,4	3,4	***
Utiliser Internet pour la santé a conduit à aller chez le médecin...						
Plus souvent	1,3	2,2	1,4	1,1	0,1	**
Moins souvent	1,9	3,0	2,5	1,3	0,4	**
Aussi souvent	96,8	94,8	96,1	97,6	99,5	***

Significativité au test du Chi² en bivarié, réalisé sur les données pondérées, aux seuils de * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

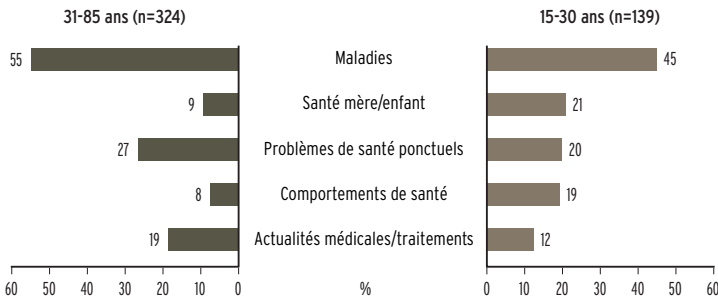
par les internautes de 15-30 ans ont été en 2010 : les maladies en général (45 %) – dont la grippe principalement, les informations sur la santé de la mère et l'enfant (21 %), les problèmes de santé ponctuels (20 %) et les comportements de santé (19 %). Les 15-30 ans se distinguent des plus âgés par un intérêt particulier pour les questions

de santé relatives à la parentalité et aux comportements de santé **[figure 2]**.

L'information trouvée sur Internet apparaît crédible (« tout à fait » ou « plutôt ») pour les quatre cinquièmes des internautes qui y ont recours (79,0 %), la majeure partie étant d'un avis modéré (61,4 % de « plutôt crédible »). Aucune différence sur l'apprécia-

FIGURE 2

Distribution des thèmes de santé recherchés par les internautes santé de 15-30 ans et de 31-85 ans, en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Facteurs associés au contexte et conséquences de l'usage d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15-30 ans, en 2010. Résultats d'une régression logistique (odds-ratios ajustés (ORa) et intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %))

	N	Recherche sur Internet au lieu d'aller chez le médecin		Modification de la façon de s'occuper de sa santé suite à la recherche	
		ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
Sexe					
Homme (réf.)	223	1		1	
Femme	326	0,7	0,5; 1,1	0,6**	0,4; 0,8
Revenu (1^{er} quintile)					
Non (réf.)	421	1		1	
Oui	128	1,0	0,7; 1,6	1,4	0,9; 2,1
Duke					
3 ^e tertile (-)	151	2,3***	1,4; 3,7	1,8*	1,1; 2,9
2 ^e tertile	187	1,3	0,8; 2,0	1,1	0,7; 1,7
1 ^{er} tertile (+) (réf.)	211	1		1	
Maladie chronique					
Oui (réf.)	52	1		1	
Non	498	0,8	0,4; 1,4	0,7	0,4; 1,2
MH-5					
Pas de détresse psychologique (réf.)	485	1		1	
Détresse psychologique	65	2,2**	1,3; 3,7	1,0	0,6; 1,8
Craintes					
1 ^{er} quartile (réf.)	133	1		1	
2 ^e quartile	149	1,4	0,8; 2,3	1,0	0,6; 1,7
3 ^e quartile	150	1,3	0,8; 2,1	1,6	1,0; 2,7
4 ^e quartile	118	1,2	0,7; 2,0	1,7	1,0; 2,9
Sentiments d'information					
1 ^{er} quartile (réf.)	111	1		1	
2 ^e quartile	150	1,2	0,7; 2,1	1,1	0,6; 1,8
3 ^e quartile	141	1,6	0,9; 2,8	0,6*	0,3; 1,0
4 ^e quartile	148	1,9*	1,1; 3,3	1,0	0,6; 1,7

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

Modèles ajustés sur l'âge.

Variables testées et non présentées car non significatives : situation professionnelle, PCS, situation financière perçue, avoir un enfant/enceinte.

tion des informations trouvées ne s'observe selon l'âge ou le sexe des internautes. Cette forte proportion pourrait être jugée préoccupante dans la mesure où l'on sait que la qualité et la validité des informations sur la santé sur Internet sont extrêmement variables. L'opinion sur la crédibilité des informations trouvées est cependant liée aux répercussions que les recherches ont sur la manière de s'occuper de sa santé : ceux

qui ont le moins confiance en l'information trouvée étant également moins nombreux à déclarer modifier leur façon de s'occuper de leur santé suite à leurs recherches (12,1 % vs 39,2 % de ceux ayant confiance en l'information trouvée) [tableau VII]. Ce constat peut être rassurant. Soulignons toutefois que le fait de trouver l'information crédible n'est pas forcément un gage de la validité réelle de l'information en question.

Impact sur la fréquence de consultation médicale : moins souvent		Impact sur la fréquence de consultation médicale : plus souvent	
ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
1		1	
0,5	0,3 ; 1,1	1,9	0,8 ; 4,7
1		1	
2,7**	1,4 ; 5,5	1,7	0,8 ; 3,7
1,2	0,5 ; 2,7	2,7	1,0 ; 7,4
0,7	0,3 ; 1,7	1,9	0,7 ; 5,3
1		1	
1		1	
0,9	0,3 ; 2,6	0,7	0,2 ; 2,0
1		1	
1,1	0,4 ; 3,1	3,2**	1,4 ; 7,4
1		1	
1,3	0,5 ; 3,0	1,4	0,4 ; 5,0
0,5	0,2 ; 1,4	1,9	0,6 ; 6,6
0,9	0,3 ; 2,3	3,3*	1,0 ; 10,5
1		1	
1,4	0,4 ; 4,3	0,8	0,2 ; 2,9
1,2	0,4 ; 3,9	0,7	0,2 ; 2,6
2,4	0,8 ; 6,8	3,2*	1,1 ; 9,0

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

DISCUSSION

Selon les données du Baromètre santé 2010, 45 % des 15-30 ans ont utilisé Internet au cours des douze derniers mois pour chercher des informations ou des conseils sur la santé. Ce résultat apparaît proche de celui mesuré par l'Insee sur les trois derniers mois (47,6 %) [5]. Globalement, un tiers de la population française utilise Internet pour des questions de santé. La proportion observée en France apparaît moindre qu'aux États-Unis, où cette utilisation concerne entre 51 % [20] et 61 % [11] de la population, selon les enquêtes.

Notre enquête montre que les 15-30 ans sont quasiment tous internautes, et nombreux (quasiment la moitié) à utiliser Internet pour rechercher des informations concernant leur santé. Ces résultats justifient l'investissement croissant réalisé depuis quelques années par les acteurs de la prévention comme l'Inpes dans les outils et médias utilisant Internet : création de sites dont les contenus sont dédiés à la cible « jeunes », développement de pages Facebook, mise en ligne de vidéo-événement comme le manga « Attraction » (www.attraction-lemanga.fr), qui vise à prévenir l'entrée dans le tabagisme, ou encore développement d'applications smartphones comme l'alcoomètre, qui permet d'évaluer au quotidien sa consommation d'alcool. Même si

TABLEAU VII

Conséquences de la recherche d'informations santé sur Internet selon le niveau de confiance accordé parmi les 15-30 ans, en 2010 (en pourcentage)

	Information crédible	Information pas crédible	Ensemble
Chercher des informations au lieu d'aller chez le médecin	32,4	20,9	29,9
Modifier la façon de s'occuper de sa santé	39,2	12,1	33,2
Aller chez le médecin moins souvent	8,1	0,8	6,6
Aller chez le médecin plus souvent	4,6	6,2	4,9

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

cette dernière n'est pas spécifique au public jeune, les applications pour les smartphones permettent d'augmenter les chances de ne pas rater cette cible.

Conformément à ce qui a été observé dans d'autres enquêtes, parmi les 15-30 ans comme dans l'ensemble de la population, les internautes santé sont en proportion plus nombreux chez les femmes, et moins nombreux chez les employés ou les ouvriers. La littérature scientifique semble s'accorder sur ces associations entre genre, statut socioéconomique et recours à Internet pour la santé [21-25]. Toutefois, ce résultat n'est pas spécifique à l'utilisation d'Internet puisque, d'une manière générale, les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes [26, 27] et ce sont elles qui gèrent le plus souvent les questions de santé au sein de la famille [28-30], avant comme depuis l'apparition d'Internet. Les résultats sont en revanche parfois discordants concernant l'effet de l'âge. Selon les données du Baromètre santé 2010, la proportion d'internautes recherchant des informations sur la santé augmente avec l'âge dans la catégorie des 15-30 ans, passant de 39 % chez les 15-19 ans à 55 % chez les 26-30 ans ; mais globalement, sur l'ensemble de la population, la proportion de ces internautes santé diminue avec l'âge, conformément aux résultats observés dans d'autres enquêtes [23-25, 31, 32]. Ces divergences renvoient probablement à l'ambiguïté des effets de l'âge [33]. En effet, si les plus jeunes ont davantage accès à Internet et sont les utilisateurs les plus habiles [34-36], les problèmes de santé et les attentes sur ce thème augmentent avec l'âge et touchent de fait des générations moins à l'aise avec le web [37]. Par ailleurs, le fait que « le sujet n'intéresse pas », plus fréquemment mentionné par les plus jeunes, traduit probablement un intérêt porté à la santé augmentant largement avec l'avancée en âge. Ainsi, si les jeunes se distinguent par leur usage

d'Internet, ce n'est pas forcément sur les questions de santé. En revanche, l'impact déclaré de ces recherches sur leur comportement semble le plus prononcé.

Outre le genre, le statut socioéconomique et l'âge, le lien avec le fait de connaître un état de détresse psychologique pourrait s'expliquer par un état d'anxiété qui pousserait ces personnes à davantage chercher ou vérifier les informations sur la santé, ou par un intérêt plus prononcé de ces personnes pour des questions de santé précises, en lien peut-être avec un trouble mental, que celui-ci soit pris en charge ou non.

Les trois quarts des 15-30 ans qui utilisent Internet pour chercher des informations sur la santé déclarent avoir effectué leurs recherches en lien avec une consultation médicale, 45 % l'ayant fait avant ou après la consultation, probablement dans le but de préparer un recours au soin ou de rechercher des compléments d'information. Dans l'ensemble, ces résultats sont proches de ceux observés dans d'autres enquêtes menées à l'étranger, comme aux États-Unis, où 22 % des utilisateurs d'Internet pour la santé déclarent que leur dernière recherche a eu un impact sur leur décision de consulter ou de ne pas consulter un médecin [11].

Au titre des limites de notre approche, il faut souligner que nos données ne permettent de distinguer ni les sites internet des pages Facebook et des réseaux sociaux, ni les lieux où l'on s'informe de ceux où l'on échange, comme les forums de discussion... Or les internautes qui utilisent ces différents outils ne sont pas forcément tous dans la même démarche. Par ailleurs, il est possible qu'une partie des jeunes qui cherchent des informations sur les comportements de santé ne se reconnaissent pas dans la question qui était posée, à savoir « rechercher des informations ou des conseils sur la santé » : le tabac, les comportements sexuels, le sommeil... sont-ils toujours identifiés par eux comme des comporte-

ments de santé? Les jeunes en effet ne perçoivent pas toujours les conséquences sanitaires de leurs habitudes de vie, en particulier celles qui se jouent sur le long terme.

L'intérêt pour les questions centrées sur la parentalité ressort lorsque l'on observe les thèmes de recherche les plus cités par les personnes ayant fait des recherches Internet sur la santé : les questions de santé mère/enfant représentent en effet le deuxième grand thème de recherche des 15-30 ans, cité par 21 % d'entre eux. Cet intérêt marqué pour des questions sur la parentalité constitue probablement une opportunité pour les acteurs du champ de la promotion de la santé et de la santé publique français. L'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afp) a ainsi développé ces aspects sur son site www.afpa.org. Par ailleurs, le ministère chargé de la Santé a pour projet l'élaboration de contenus sur Internet dédiés à cette thématique, ce qui devrait permettre de satisfaire les besoins des jeunes parents en leur fournissant des informations validées sur le sujet.

Les résultats présentés sur la crédibilité des informations sur la santé trouvées sur Internet montrent un niveau globalement élevé de méfiance : 67 % des internautes de 15-30 ans n'ayant pas cherché d'informa-

tions sur la santé se disent méfiants, et 21 % de ceux qui en ont cherché ne les trouvent pas crédibles, ce qui représente en tout 45 % des internautes dans cette tranche d'âge. Il semble ainsi que les démarches visant à aider les internautes à identifier les informations les plus valides, comme la certification et la labellisation de sites, sont à poursuivre et à amplifier, dans la continuité d'initiatives telles que le certificat HON. À titre d'exemple, l'Inpes initie une démarche de type labellisation afin de valoriser les sites (et les lignes téléphoniques) soutenus par l'institut par une sorte de label de qualité prévention-santé.

Au final, il convient de rappeler que le développement d'Internet, en hausse constante depuis deux décennies en France, reste néanmoins relativement bas par rapport aux pays européens d'implantation plus ancienne, tels que les Pays-Bas ou les pays nordiques, où le taux de pénétration s'élève à environ 90 % [38]. L'utilisation d'Internet pour la diffusion des informations sur la santé n'en est encore qu'à ses débuts et reste une voie très prometteuse pour la promotion de la santé, à condition que l'essor de l'Internet santé s'accompagne d'une poursuite des démarches qualité de labellisation des contenus les plus fiables sur le sujet.

Relecteur

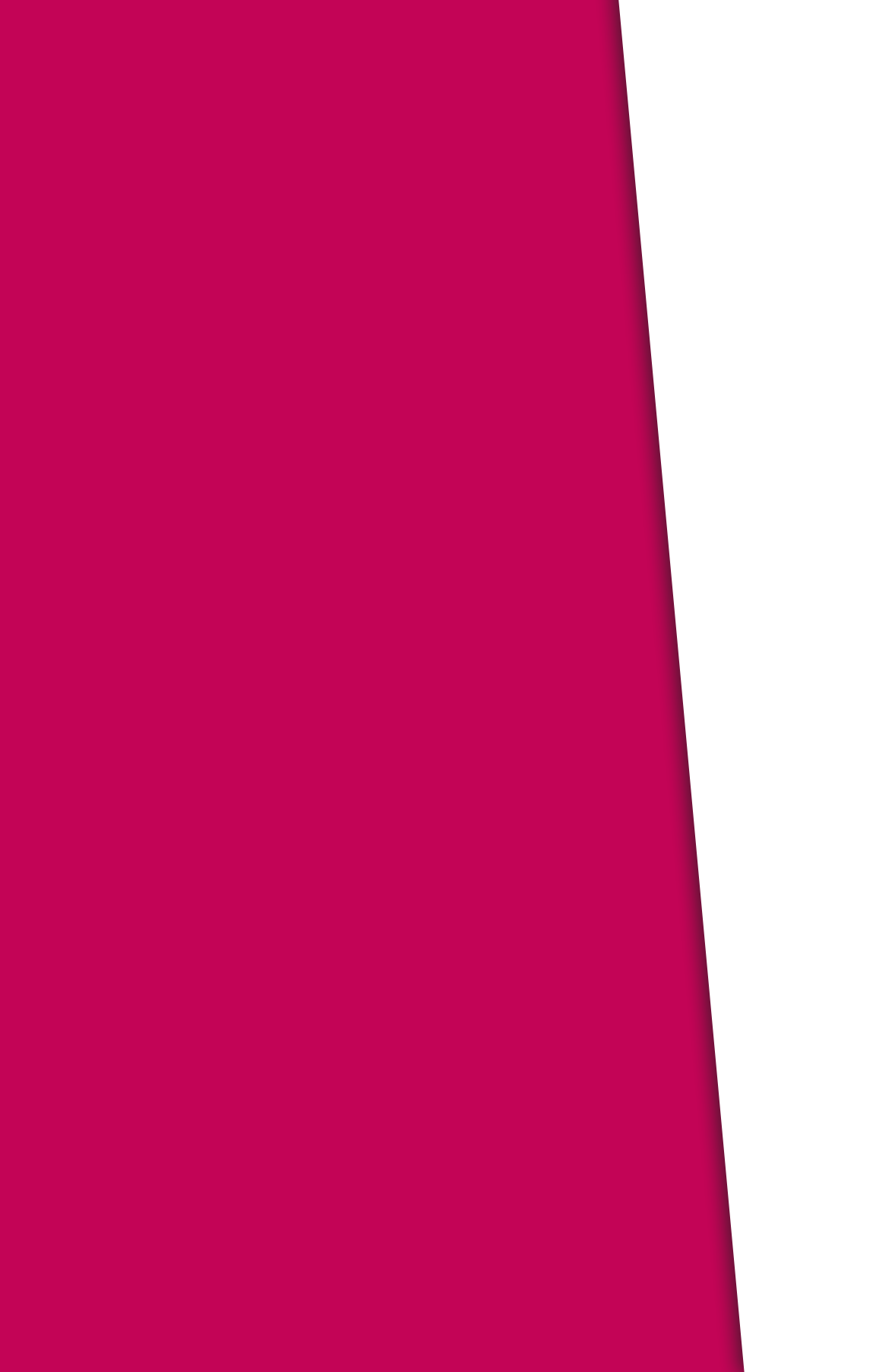
Laetitia Chareyre (Inpes)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Burns J. M., Morey C. Technology and young people's mental and well-being. *In : Challenges in Adolescent Health : an Australian Perspective*. Victoria : International Academic, 2008 : p. 61-71.
- [2] Burns J. M., Davenport T. A., Durkin L. A., Luscombe G. M., Hickie I. B. The Internet as a setting for mental health service utilisation by young people. *Medical Journal of Australia*, 2010, vol. 192, n° 11 : p. 22-28.
- [3] Bigot R., Croutte P. *La Diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*. Paris : Credoc, 2011 : 244 p.
- [4] Wantland D. J., Portillo C. J., Holzemer W. L., Slaughter R., McGhee E. M. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions : a meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 2004, vol. 6, n° 4 : p. 40.
- [5] Gombault V. Deux ménages sur trois disposent d'Internet chez eux. *Insee Première*, 2011, n° 1340 : 4 p.
- [6] Renahy E. *Recherche d'information en matière de santé sur Internet : déterminants, pratiques et impact sur la santé et le recours au soin* [Thèse]. Paris : Université Pierre-et-Marie-Curie, 2008 : 274 p.

- [7] Renahy E., Parizot I., Chauvin P. Determinants of the frequency of online health information seeking : results of a web-based survey conducted in France in 2007. *Informatics for Health and Social Care*, 2010, vol. 35, n° 1 : p. 25-39.
- [8] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J. B. *Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes. À paraître.
- [9] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. The french SF-36 health survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [10] Parkerson G. R., Broadhead W. E., Tse C. K. The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 1990, vol. 28, n° 11 : p. 1056-1072.
- [11] Fox S., Jones S. *The Social Life of Health Information*. Pew Internet and American Life Project. Oakland : California HealthCare Foundation, 2009 : 72 p.
- [12] California HealthCare Foundation. *The State of Health Information Technology in California*. Oakland : California HealthCare Foundation, 2008 : 31 p.
- [13] Couper M. P., Singer E., Levin C. A., Fowler F. J., Fagerlin A., Zikmund-Fisher B. J. Use of the Internet and ratings of information sources for medical decisions : results from the DECISIONS survey. *Medical Decision Making*, 2010, vol. 30, n° 5 : p. 106-114.
- [14] Lawrentschuk N., Abouassaly R., Hackett N., Groll R., Fleshner N. E. Health information quality on the Internet in urological oncology : a multilingual longitudinal evaluation. *Urology*, 2009, vol. 74, n° 5 : p. 1058-1063.
- [15] Ream E., Blows E., Scanlon K., Richardson A. An investigation of the quality of breast cancer information provided on the Internet by voluntary organisations in Great Britain. *Patient Education and Counseling*, 2009, vol. 76, n° 1 : p. 10-15.
- [16] Reavley N. J., Jorm A. F. The Quality of mental disorder information websites : a review. *Patient Education and Counseling*, 2011, vol. 85, n° 2 : p. 16-25.
- [17] Scullard P., Peacock C., Davies P. Googling children's health : reliability of medical advice on the Internet. *Archives of Disease in Childhood*, 2010, vol. 95, n° 8 : p. 580-582.
- [18] Cline R., Haynes K. Consumer health information seeking on the Internet : the state of the art. *Health Education Research*, 2001, vol. 16, n° 6 : p. 671-692.
- [19] Nabarette H., Romaneix F., Boyer C., Darmoni S. J., Rémy P. L., Cianiard E. Certification des sites dédiés à la santé en France [Dossier thématique]. *La Presse médicale*, 2009, vol. 38 : p. 1476-1483.
- [20] Cohen R. A., Stussman B. Health information technology use among men and women aged 18-64 : early release of estimates from the national health interview survey, January-June 2009. Toledo : National Center for Health Statistics, 2010 : 4 p.
- [21] Andreassen H. K., Bujnowska-Fedak M. M., Chronaki C. E., Dumitru R. C., Pudule I., Santana S., et al. European citizens' use of e-health services : a study of seven countries. *BMC Public Health*, 2007, vol. 7, n° 1 : p. 53.
- [22] Rice R. E. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching : multivariate results from the Pew Surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 2006, vol. 75, n° 1 : p. 8-28.
- [23] Bansil P., Keenan N. L., Zlot A. I., Gilliland J. C., 2002-2003. *Preventing Chronic Disease*, 2006, vol. 3, n° 2 : p. A36.
- [24] Renahy E., Parizot I., Chauvin P. Health information seeking on the Internet : a double divide ? results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005-2006. *BMC Public Health*, 2008, vol. 8 : p. 69.
- [25] Ybarra M. L., Suman M. Help seeking behavior and the Internet : a national survey. *International Journal of Medical Informatics*, 2006, vol. 75, n° 1 : p. 29-41.
- [26] Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1971, vol. 26, n° 1 : p. 205-233.
- [27] Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *Insee Première*, 2002, n° 876, 4 p.
- [28] Bartley M., Sacker A., Firth D., Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England : changing Relationships 1984-1993. *Social Science & Medicine*, 1999, vol. 48, n° 1 : p. 99-115.
- [29] Cresson G. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. In : Aiach et al. *Femmes et Hommes dans le champ de la santé*. Rennes : ENSP, 2001 : p. 303-328.
- [30] Young R. The household context for women's health care decisions : impacts of UK policy changes. *Social Science & Medicine*, 1996, vol. 42, n° 6 : p. 949-963.
- [31] Ayers S. L., Kronenfeld J. J. Chronic illness and health-seeking information on the Internet. *Health*, 2007, vol. 11, n° 3 : p. 327-347.
- [32] Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., White M. et al. The impact of health information on the Internet on the physician-patient relationship : patient perceptions. *Archives of Internal Medicine*, 2003, vol. 163, n° 14 : p. 1727.
- [33] Bundorf M. K., Wagner T. H., Singer S. J., Baker L. C. Who searches the Internet for health information ? *Health Services Research*, 2006, vol. 41, n° 3pt : p. 819-836.
- [34] Couper M. P., Kapteyn A., Schonlau M., Winter J. Noncoverage and nonresponse in an Internet survey. *Social Science Research*, 2007, vol. 36, n° 1 : p. 131-148.
- [35] Hargittai E. Second-level digital divide. *First Monday*, 2002, vol. 7, n° 4-1.
- [36] Katz J. E., Rice R. E. *Social Consequences of Internet Use : Access, Involvement, and Interaction*. Cambridge : MIT Press, 2002 : 486 p.
- [37] Chauvin P., Parizot I. *Santé et Expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris : Éditions Inserm-Vuibert, 2005 : 292 p.
- [38] Commission européenne. *Enquête sur les communications électroniques auprès des ménages. Eurobaromètre Spécial 362. Rapport réalisé à la demande de la Direction générale Société de l'information et des médias et coordonné par la Direction générale de la Communication*. Bruxelles : Commission européenne, 2011 : 120 p.



L'essentiel

Santé et consommation de soins des 15-30 ans

Ce chapitre aborde la perception qu'ont les jeunes de leur santé, le recours général aux différents professionnels de santé et le recours aux soins pour raison de santé mentale. D'une façon générale, 96 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé. Toutefois, 3,8 % ont une représentation négative de leur santé, davantage les chômeurs (8,7 %) et les personnes présentant des comportements à risque (fumeurs quotidiens, consommateurs d'alcool à risque chronique). Comme en 2005, les filles présentent, quelles que soient les dimensions étudiées, des scores de qualité de vie plus mauvais que les garçons ; les 15-19 ans affichent en particulier le score de santé mentale le plus dégradé.

Le recours aux professionnels de santé est variable : au cours des douze derniers mois, 79,2 % des 15 à 30 ans ont consulté « au moins une fois » un médecin généraliste, 49,1 % un dentiste, 25,6 % un spécialiste (hors professionnel psy ou gynécologue), 7,0 % un professionnel de la santé mentale, 4,1 % un homéopathe et 2,4 % un acupuncteur. Le médecin généraliste demeure le professionnel le plus consulté et, en dehors des consultations pour raisons de santé, 48,6 % des 15-30 ans l'ont consulté pour une visite de routine il y a moins d'un an, plus souvent les 15-19 ans.

Les 15-19 ans sont également ceux qui se sont le plus rendus chez leur dentiste au cours de l'année (54,8 %

vs 46,6 % des autres) ; un recours qui peut sans doute être mis en regard de l'extension des bilans bucco-dentaires gratuits proposés par l'Assurance maladie aux jeunes de 15 à 18 ans.

Parmi les femmes de 15 à 30 ans, 52,8 % déclarent avoir consulté un gynécologue dans l'année (23,8 % parmi les 15-19 ans, 59,4 % des 20-25 ans et 72,0 % des 26-30 ans). Le médecin généraliste demeure un interlocuteur sur les questions de contraception pour les jeunes de 15-19 ans.

Les médecins ou infirmières scolaires semblent peu consultés : 40,3 % des scolarisés ou étudiants y ont eu recours au moins une fois dans l'année.

Concernant le recours aux professionnels pour raison de santé mentale, celui-ci varie suivant les états anxieux ou dépressifs des patients. Au cours des douze derniers mois, près d'un jeune sur deux (45,4 %) ayant déclaré une « période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie, pendant au moins quinze jours, pratiquement tous les jours et toute la journée » a eu recours à un professionnel de santé pour ses problèmes (53,9 % parmi les jeunes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) vs 30,7 % des autres). Le médecin généraliste est le plus fréquemment cité (par 69,4 % des consultants), suivi par le psychologue (32,2 %) et le psychiatre (18,4 %).

Si le recours au soin des personnes dépressives a nettement progressé depuis 2005, les résultats du Baromètre santé 2010 pointent toutefois encore des insuffisances dans la prise en charge et le suivi des patients anxieux ou dépressifs. Le recours aux thérapies de soutien demeure modéré (10,4 % au cours des douze derniers mois chez les personnes ayant connu un EDC vs 2,1 % chez les autres) alors que les prescriptions de médicaments psychotropes sont importantes : 36,2 % des personnes ayant connu un EDC dans les douze derniers mois ont consommé des médicaments psychotropes dans l'année (9,5 % sur l'ensemble des jeunes de 15-30 ans). Si l'on considère le recours au soin global des jeunes de 15-30 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année (en incluant les psychothérapies), 58,1 % ont déclaré avoir fait appel à une prise en charge par un professionnel de santé ou une structure (CMP, centre de jour, hôpital...). Les hospitalisations prennent une part de plus en plus importante à mesure que les épisodes dépressifs sont sévères. Dans les cas de tentative de suicide, près d'un jeune suicidant sur deux (46,1 %) est allé à l'hôpital ; un médecin ou un psy a été consulté dans un cas sur deux (49,2 %). Il convient toutefois de noter que 37,7 % n'ont eu recours à aucune structure ni à aucun professionnel de santé après leur tentative.

Santé et consommation de soins des 15-30 ans

COLETTE MÉNARD
ROMAIN GUIGNARD

INTRODUCTION

La consommation de soins permet de refléter la fréquence des consultations médicales, des prises en charge et des traitements d'une population. Elle met en jeu la relation singulière d'un patient avec ses attentes, ses besoins, son accès à un professionnel de santé, ses choix personnels. Dans le cadre du suivi de la loi HPST [1], le plan « Santé des jeunes » [2] et le Plan psychiatrie et santé mentale [3] ont mis l'accent sur les différents âges de la vie et le fait de permettre à chacun d'accéder à la prévention, aux soins et à des accompagnements sociaux et médicosociaux. Dans un même temps, les médecins généralistes et les spécialistes ont été incités à suivre différentes recommandations de prévention et à une plus grande articulation entre médecine de ville et dispositifs spécialisés.

Le Baromètre santé 2010 permet d'appréhender certains aspects de consommation de soins des jeunes de 15 à 30 ans. Il interroge notamment les jeunes sur la fréquence des consultations effectuées au cours des douze derniers mois auprès de

différents professionnels : médecin généraliste, dentiste, gynécologue, professionnels de la santé mentale (psychiatres et autres psychothérapeutes), spécialistes, médecin et infirmière scolaires. Il aborde la question des consommations des médicaments tels que somnifères, tranquillisants, antidépresseurs. Enfin il traite de la prévalence des recours aux hospitalisations. Tous ces éléments sont à différencier suivant les états de santé des patients.

Ce chapitre se décompose en trois volets :

- un rappel introductif du rapport des jeunes à leur santé ;
- un volet sur le recours général des jeunes aux professionnels de santé en approfondissant certains sujets : les facteurs associés au recours au médecin généraliste, la visite de prévention, les sujets abordés au cours de la dernière visite, les consultations de dentiste, le renoncement aux soins, les consultations pour raison contraceptive ou gynécologique ;
- un volet sur le recours aux professionnels ou dispositifs spécialisés pour raison de santé mentale.

RÉSULTATS

PERCEPTIONS DE SANTÉ ET INDICATEURS DE SANTÉ DES JEUNES

D'une façon générale, 96,2 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé (47,4 % en excellente ou très bonne santé, 48,8 % en bonne santé), seuls 3,8 % ont le sentiment d'une santé plutôt médiocre ou mauvaise. Avec l'avancée en âge, la perception d'une très bonne santé par les jeunes se dégrade : 59,5 % des 15-19 ans perçoivent ainsi leur santé comme excellente ou très bonne, contre 45,2 % des 20-25 ans et 38,4 % des 26-30 ans ($p < 0,001$). La proportion de jeunes se percevant en santé « mauvaise ou médiocre » ne varie toutefois ni en fonction de l'âge, ni du genre, ni du niveau de diplôme. Les jeunes chômeurs sont en revanche significativement plus nombreux à se considérer en mauvaise santé (ORa = 2,8 par rapport à

ceux qui travaillent¹). Les malades chroniques sont naturellement plus nombreux à se percevoir en mauvaise santé que les non-malades (16,3 % vs 2,6 % des non-malades ; $p < 0,001$), il en va de même pour les personnes présentant un handicap (OR = 7,6*** par rapport aux personnes ne présentant pas de limitation). Il ressort également qu'après ajustement sur le sexe et l'âge, cette représentation négative de sa santé se retrouve significativement associée aux problèmes de poids (notamment un état de maigreur, caractérisé par un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 15,5 kg/m² : OR = 4,9** en référence aux personnes de poids normal), au tabagisme quotidien (OR = 2,2*) et à la consommation d'alcool à risque chronique (OR = 3,3* en référence à l'abstinence ou à la consommation sans risque) [tableau I].

1. OR ajusté sur le sexe, l'âge et le niveau de diplôme.

TABLEAU I

Facteurs de santé associés à une mauvaise perception de sa santé chez les 15-30 ans en 2010 : régression logistique ajustée suivant le sexe et l'âge^a (n = 1 998 observations)

	Effectif	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	955	2,8	1	
Femme	1 062	4,7	1,5	0,7 ; 3,1
Âge				
15-19 ans (réf.)	547	2,2	1	
20-25 ans	761	4,9	1,6	0,6 ; 3,9
26-30 ans	709	3,9	1,3	0,5 ; 3,4
Indice de masse corporelle (IMC)				
		*		
Maigreur	177	11,2	4,9**	1,7 ; 14,4
Normal (réf.)	1 408	2,5	1	
Surpoids	314	4,5	1,5	0,5 ; 4,3
Obésité	118	4,7	2,0	0,6 ; 6,5
Maladie chronique				

Non (réf.)	1 841	2,6	1	
Oui	174	16,3	4,9***	2,4 ; 10,1
Handicap				

Non (réf.)	1 894	2,6	1	
Oui	123	22,4	7,6***	3,4 ; 16,8

TABLEAU I (SUITE)

Consommation d'alcool		**		
Sans risque (réf.)	1 021	3,4	1	
Risque ponctuel	800	2,3	0,7	0,4; 1,4
Risque chronique	193	11,4	3,3*	1,0; 10,9
Tabagisme quotidien		***		
Non (réf.)	1 291	2,2	1	
Oui	712	6,8	2,2*	1,2; 4,0

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

a. Les associations ne sont pas modifiées après ajustement sur le diplôme et la situation professionnelle.

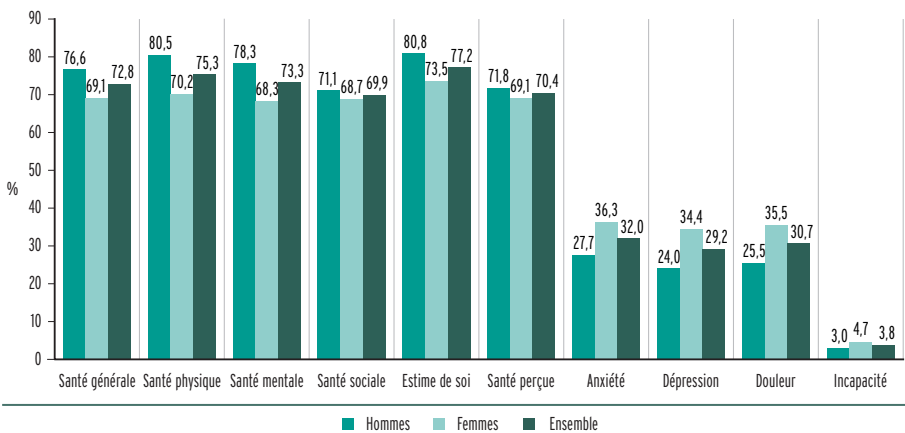
Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

La mesure de la qualité de vie permet de compléter cette appréciation globale de la santé des jeunes. Le profil de Duke permet en effet d'évaluer la santé sous diverses composantes, physique, mentale et sociale [4]. Quelles que soient les dimensions, les filles présentent des scores de qualité de vie plus mauvais que ceux des garçons. Les écarts les plus importants (+ 10 points) portent sur l'indicateur de santé physique et de santé mentale, alors que la différence

sur le score de santé sociale est moindre [figure 1].

Les scores évoluent également sensiblement en fonction de l'âge. Si, d'une façon générale, les 15-30 ans présentent de meilleurs scores que leurs aînés au plan de leur santé générale (72,8 vs 70,7 des 31-75 ans, $p<0,001$) et de leur santé physique (75,3 vs 69,7 des 31-75 ans, $p<0,001$), les jeunes de 15-19 ans, comme en 2005, affichent le score de santé mentale le plus dégradé (71,4

FIGURE 1

Scores^a de qualité de vie de Duke chez les jeunes de 15-30 ans selon le sexe, en 2010

a. Les scores de santé sont calculés à partir de différents paramètres, combinés entre eux. Les scores vont de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie, sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité, où le rapport est inversé.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

contre 73,2 chez les 20-25 ans, 75,1 chez les 26-30 ans et 75,3 chez les 31-75 ans).

CONSULTATIONS MÉDICALES DES 15 -30 ANS

Le généraliste demeure le professionnel le plus consulté

Au cours des douze derniers mois, 8 jeunes sur 10 (79,2 %) de 15 à 30 ans ont consulté au moins une fois un médecin généraliste, un recours qui augmente sensiblement avec l'âge tout au long de la vie (84,0 % chez les 31-45 ans, 87,8 % chez les 46-60 ans, 92,8 % chez les 61-75 ans ; $p < 0,001$). Le généraliste demeure le professionnel de santé le plus consulté, devant le gynécologue pour les femmes (52,8 %), le dentiste (49,1 %), le médecin ou l'infirmière scolaire pour les jeunes scolarisés (40,3 %), les médecins spécialistes hors professionnel psy ou gynécologue (25,6 % parmi ceux qui n'ont pas de maladie chronique), les profession-

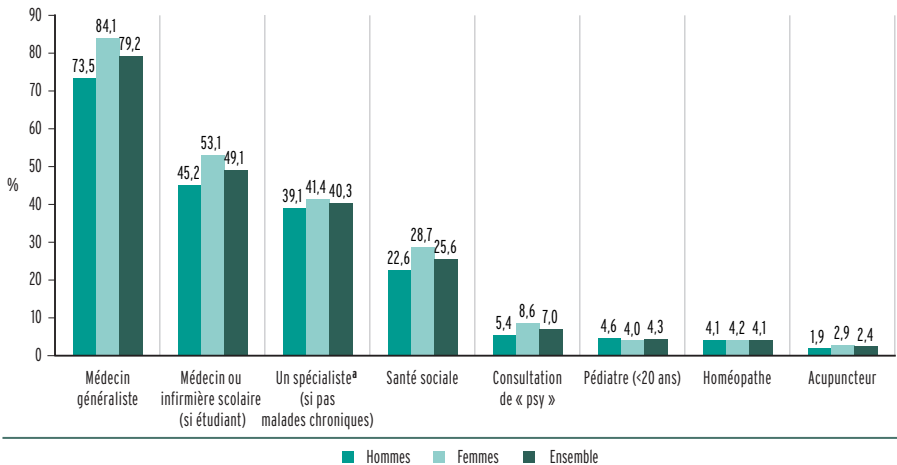
nels de la santé mentale tels que psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute (7,0 %), et enfin les spécialistes des médecines douces (homéopathes ou acupuncteurs) [figure 2].

La fréquence des consultations du généraliste suivant les classes d'âge chez les 15-30 ans est sensiblement la même, la moindre fréquence des consultations chez les 15-19 ans (75,8 % vs 80,6 % des autres ; $p < 0,01$) étant compensée à cet âge par une fréquentation du pédiatre : 4,3 % des moins de vingt ans y ont eu recours au cours de l'année. Quel que soit l'âge, les filles ont davantage recours au médecin généraliste que les garçons (84,8 % contre 73,5 % des garçons ; OR ajusté sur l'âge = 2,0 ; $p < 0,001$) [figure 3].

Il apparaît que les consultations de généralistes sont plus fréquentes en milieu rural (83,2 % vs 78,2 % pour les autres catégories de communes ; $p = 0,05$), ceci restant vrai après ajustement sur différentes variables socioéconomiques [tableau II]. Le recours « au moins une fois dans l'année » à

FIGURE 2

Consultations de professionnels de santé chez les 15-30 ans au cours des 12 derniers mois suivant le sexe, en 2010 (en pourcentage)

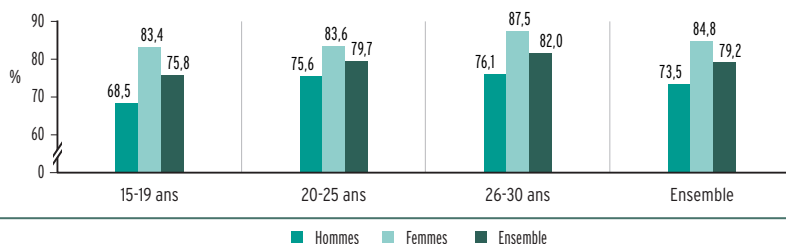


a. Il s'agit d'un spécialiste autre que professionnel psy ou gynécologue.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 3

Fréquence du recours au médecin généraliste chez les 15-30 ans selon l'âge et le sexe, en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

Consultation d'un médecin généraliste (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois chez les 15-30 ans selon les variables sociodémographiques, en 2010 (n = 2 013 observations)

	Effectif	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Homme (réf.)	954	73,5	1	
Femme	1 061	84,8	2,0***	1,5 ; 2,6
Âge		**		
15-19 ans (réf.)	545	75,8	1	
20-25 ans	761	79,7	1,7*	1,1 ; 2,6
26-30 ans	709	81,8	2,5***	1,5 ; 4,2
Niveau diplôme selon l'âge^a		***		
Moins élevé (réf.)	688	73,8	1	
Plus élevé	1 327	83,3	1,9***	1,4 ; 2,5
Situation professionnelle		*		
Travail (réf.)	951	80,9	1	
Études	767	79,1	1,3	0,8 ; 1,9
Chômage/Inactifs	297	74,8	0,8	0,6 ; 1,2
Taille d'agglomération		*		
Rural	425	83,2	1	
2 000 à 20 000 habitants	349	77,1	0,7*	0,4 ; 1,0
20 000 à 200 000 habitants	379	78,6	0,7	0,5 ; 1,1
200 000 habitants et plus	529	83,2	0,9	0,6 ; 1,4
Agglomération parisienne	333	72,3	0,5**	0,3 ; 0,8
Renoncement aux soins pour raison financière				
Non (réf.)	1 841	79,3	1	
Oui	172	77,8	0,9	0,5 ; 1,6

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

a. Niveau de diplôme tenant compte de l'âge au moment de l'enquête : le niveau est considéré comme « moins élevé » si aucun diplôme n'est déclaré par les jeunes de 15 à 19 ans, si le plus haut diplôme obtenu est inférieur au baccalauréat pour les jeunes de 20 à 24 ans et si le plus haut diplôme obtenu est inférieur à bac + 2 pour les jeunes de 25 à 29 ans.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

un médecin généraliste est indépendant de la situation professionnelle des jeunes ou du fait qu'ils déclarent avoir renoncé à des soins pour raison financière; en revanche, de façon significative, les plus diplômés sont ceux qui consultent le plus (OR = 1,9; $p < 0,001$) [tableau II].

Consultations chez le généraliste, comportements de santé et prévention

Le recours des jeunes au médecin généraliste peut également varier suivant différents états de santé ou comportements, et suivant le genre [tableau III]. Ainsi, les jeunes déclarant être atteints d'une maladie chronique (qui représentent 8,4 % des 15-30 ans)

consultent davantage le généraliste que les autres (89,6 % vs 78,3 %; OR ajusté = 2,2; $p < 0,05$). Ils bénéficient en outre d'une surveillance plus attentive que les autres. À titre d'exemple, le tiers (35,4 % vs 22,5 % des autres; $p < 0,001$) a déjà effectué un dosage de cholestérol, la moitié des dosages réalisés (46,2 %) datant de moins d'un an.

Par ailleurs, sauf lorsqu'elles sont en état de maigreur, les filles présentent une propension à consulter plus fréquemment un médecin généraliste à mesure qu'elles rencontrent des problèmes de poids (ici mesuré par l'IMC). Les garçons, en revanche, ont tendance à moins consulter le généraliste lorsqu'ils sont en état de maigreur ou d'obésité, même si les odds-ratios ne sont pas significatifs.

TABLEAU III

État ou comportements de santé associés au recours au médecin généraliste dans les 12 derniers mois chez les 15-30 ans, en 2010 (régressions logistiques ajustées sur l'âge en continu)

	Effectif	Hommes n = 940			Femmes n = 1056		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe interviewé							
Homme (réf.)	954						
Femme	1 061						
Âge							
Par unité	1 996		1,01	0,97; 1,05		1,02	0,97; 1,07
Maladie chronique							
		*			**		
Non (réf.)	1 841	72,9	1		83,8	1	
Oui	172	83	1,8	0,8; 4,0	94,9	3,4*	1,2; 9,6
Indice de masse corporelle (IMC)							
					*		
Maigreur	177	60,2	0,6	0,3; 1,2	72,6	0,5*	0,3; 0,9
Normal (réf.)	1 406	74	1		85,6	1	
Surpoids	314	77,8	1,1	0,7; 1,9	88,6	1,2	0,6; 2,5
Obésité	118	66,3	0,6	0,3; 1,4	94,0	2,2	0,7; 6,5
Audit-C							
		*			**		
Sans risque (réf.)	1 020	68,2	1		88,6	1	
Risque ponctuel	799	78,6	1,6*	1,1; 2,4	79,7	0,5**	0,3; 0,8
Risque chronique	193	73,7	1,3	0,7; 2,2	65,8	0,3	0,1; 1,1
Fumeur quotidien							
Non (réf.)	1 291	73	1		86,4	1	
Oui	710	75,1	0,9	0,6; 1,4	81,2	0,9	0,6; 1,4

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

Concernant l'usage de substances addictives, le statut tabagique des hommes comme celui des femmes est indépendant de leur recours au généraliste. Mais concernant l'alcool, les hommes ont tendance à davantage consulter leur généraliste quand leur consommation d'alcool évaluée par l'Audit-C est à risque, la tendance inverse est observée chez les femmes.

Sujets abordés lors de la dernière visite

Lors de leur dernière visite chez le généraliste, 4,2 % des hommes de 15-30 ans et 0,6 % des femmes ont parlé avec leur médecin de leur consommation d'alcool. L'initiative de ce dialogue émanait de leur

propre initiative dans 4 cas sur 10 et de celle du médecin dans 6 cas sur 10.

En ce qui concerne les femmes enceintes (qui représentent 4,9 % des femmes de 15-30 ans (n = 55), 5,0 % de celles de 20-25 ans et 9,2 % de celles de 26-30 ans), la quasi-totalité (98 %) ont eu l'occasion de consulter un généraliste dans l'année. Suivant leurs déclarations, trois quarts d'entre elles ont bénéficié d'informations de la part du médecin généraliste qui les suit sur un éventuel impact de leur consommation de tabac ou d'alcool sur leur grossesse (74 %) ou sur leur enfant (75 %). En revanche, seule une femme enceinte sur deux (48,9 %) déclare que son médecin généraliste a réellement cherché à évaluer sa consommation de tabac, et une femme sur cinq (20,9 %) sa consommation d'alcool.

La visite de prévention

En dehors des visites pour raison de santé, il est important de consulter son généraliste en routine. Interrogés sur ce sujet, près de la moitié des jeunes de 15-30 ans (48,6 %) déclarent avoir consulté leur généraliste pour une visite de routine il y a moins d'un an (45,4 % des hommes, 51,7 % des femmes ; $p < 0,01$), 13,5 % l'ont fait il y a plus d'un an et moins de deux ans, 14,4 % il y a plus de deux ans, 23,5 % ne l'ont jamais fait. Les 15-19 ans sont ceux qui ont le plus effectué cette visite (82,7 % vs 73,7 % des autres ; $p < 0,001$) et, pour 60,0 %, cette dernière remonte à moins d'un an.

Consultation d'un dentiste

Parmi les 15-30 ans, près d'un jeune sur deux (49,1 %) a consulté un dentiste au cours des douze derniers mois, les femmes davantage que les hommes (53,1 % vs 45,2 % ; $p < 0,001$). Les 15-19 ans sont les plus nombreux à s'être rendus chez un dentiste dans l'année :

Ensemble n = 1996		
%	OR	IC à 95 %

73,5	1	
84,8	2,1***	1,5 ; 2,8
	1,02	0,99 ; 1,06

78,3	1	
89,6	2,2*	1,2 ; 4,1
69,2	0,5**	0,3 ; 0,8
79,7	1	
81,9	1,2	0,8 ; 1,8
81,5	0,9	0,5 ; 1,7
80,8	1	
79	1	0,7 ; 1,3
71,7	0,8	0,4 ; 1,4
80,1	1	
77,9	0,9	0,7 ; 1,2

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

54,8 % vs 44,5 % des 20-25 ans et 49,2 % des 26-30 ans [figure 4].

Comme pour les consultations chez le médecin généraliste, la situation professionnelle et le fait de déclarer avoir dû renoncer à des soins n'influent guère sur la fréquence annuelle du recours au dentiste parmi les 15-30 ans. Cette situation est très différente de celle de leurs aînés (les 31-75 ans), pour qui la fréquentation du dentiste dans l'année est fortement associée à la situation financière des ménages.

Cependant, à la différence des consul-

tations de généraliste, le fait d'être atteint d'une maladie chronique n'est pas non plus associé de manière significative aux visites chez le dentiste. Par ailleurs, le recours annuel au dentiste apparaît indépendant du niveau de diplôme ou de la taille d'agglomération [tableau IV].

Renoncements aux soins pour des raisons financières

Parmi les 15-30 ans, près d'une personne sur dix (8,7 % vs 10,5 % des 31-75 ans ; $p < 0,01$)

TABLEAU IV

Consultation d'un chirurgien dentiste (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois par 15-30 ans selon des variables sociodémographiques, en 2010 (n = 2 012 observations)

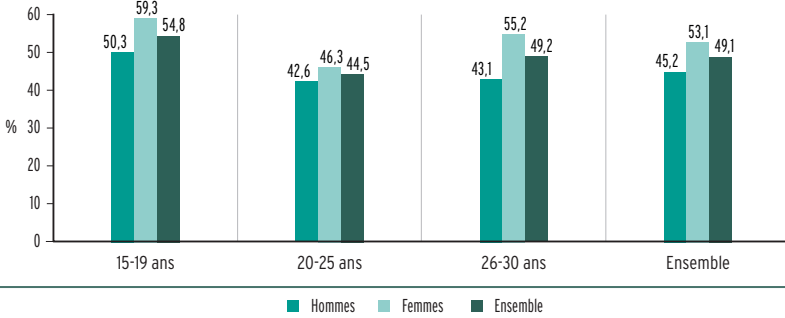
	Effectif	%	OR	IC à 95 %
Sexe interviewé				

Homme (réf.)	954	45,2	1	
Femme	1 062	53,0	1,4**	1,1 ; 1,7
Âge				
		**		
15-19 ans (réf.)	546	54,8	1	
20-25 ans	761	44,5	0,7**	0,5 ; 0,9
26-30 ans	709	49,2	0,8	0,5 ; 1,2
Niveau diplôme selon l'âge				
Moins élevé (réf.)	688	46	1	
Plus élevé	1 328	51,6	1,2	0,9 ; 1,5
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	951	48,7	1	
Études	768	51,7	0,9	0,7 ; 1,3
Chômage	240	44,4	0,9	0,6 ; 1,3
Autres inactifs	57	41,5	0,7	0,4 ; 1,4
Taille d'agglomération				
Rural (réf.)	425	51,7	1	
2 000 à 20 000 habitants	350	49,3	0,9	0,7 ; 1,3
20 000 à 200 000 habitants	379	49,2	0,9	0,7 ; 1,3
200 000 habitants et plus	530	47,5	0,9	0,6 ; 1,2
Agglomération parisienne	332	48,5	0,9	0,6 ; 1,3
Renoncement aux soins				
Non (réf.)	1 842	49,4	1	
Oui	172	46,8	1	0,7 ; 1,5
Maladie chronique				
Non (réf.)	1 840	48,8	1	
Oui	174	52,3	1,2	0,8 ; 1,7

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

FIGURE 4

Proportion de jeunes de 15-30 ans déclarant avoir consulté au moins une fois dans l'année un dentiste selon l'âge, en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

déclare avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; les femmes sont les plus touchées par ces situations chez les 15-30 ans (10,6 % vs 6,8 % des hommes), alors que c'est l'inverse parmi les plus de 30 ans (8,1 % vs 12,7 % des hommes chez les 31-75 ans ; $p < 0,001$). Au-delà du genre, le renoncement déclaré à des soins est significativement associé à l'âge (suivant une augmentation jusqu'à 45 ans ; $p < 0,001$) et

à la situation professionnelle : les chômeurs sont les plus concernés, indépendamment des revenus², qui naturellement jouent un rôle dans le renoncement aux soins des plus précaires [tableau V].

2. Lorsque l'on introduit le niveau de revenu déclaré dans le modèle, la situation de chômage reste significative.

TABLEAU V

Régression logistique sur la variable renoncements aux soins pour raison financière dans les 12 derniers mois chez les 15-30 ans, en 2010

	En %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	6,8	1	
Femmes	10,6***	1,6***	1,3 ; 2,0
Âge (en continu)			
		1,1***	1,1 ; 1,2
Situation professionnelle			

Travail	9,0	1	
Études	4,3	1,1	0,7 ; 1,6
Chômage	19,7	3,1***	2,3 ; 4,3
Autres inactifs	17,1	1,8*	1,0 ; 3,2

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

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Consultations d'un professionnel pour raison contraceptive ou gynécologique

Une femme sur deux de 15-19 ans (50,8 %) a déjà eu l'occasion de consulter un médecin pour raison contraceptive ou gynécologique, 9 femmes sur 10 dès 20-25 ans (91,6 %), 98,8 % entre 26 et 30 ans ($p < 0,001$).

Parmi les femmes qui ont consulté, quelle que soit la tranche d'âge, les trois quarts (75,3 %) avaient effectué leur dernière visite il y a moins d'un an, près d'une femme sur cinq (18,7 %) depuis un à deux ans, 2,1 % depuis deux à trois ans et 3,8 % il y a plus de trois ans.

Si le recours au gynécologue est privilégié à tout âge, le médecin généraliste demeure un interlocuteur chez les jeunes de 15-19 ans : lors de leur dernière visite pour raison gynécologique, 4 jeunes filles sur 10

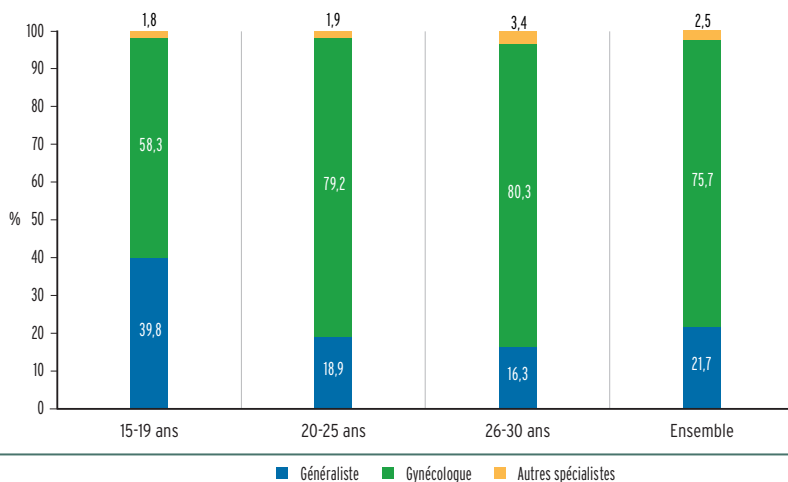
avaient consulté un généraliste. Au-delà de 20 ans, le recours au gynécologue s'accroît [figure 5].

Au cours de la dernière année, une femme sur deux (52,8 %) parmi les 15-30 ans déclare avoir consulté un gynécologue : 23,8 % parmi les 15-19 ans, 59,4 % des 20-25 ans ($OR = 3,1^{***}$), 72,0 % des 26-30 ans ($OR = 4,8^{***}$).

La fréquentation d'un gynécologue (au moins une fois) dans l'année est plus élevée parmi les personnes les plus diplômées ($OR = 1,7$; $p < 0,001$) et significativement moins élevée parmi les étudiantes ($OR = 0,4$; $p < 0,001$) [tableau VI]. Chez les étudiantes, le moindre recours à un gynécologue dans l'année est toutefois indépendant du fait d'avoir consulté un généraliste dans l'année ou un médecin ou une infirmière scolaire.

FIGURE 5

Professionnel consulté par les femmes de 15-30 ans lors de leur dernière visite pour motif de contraception ou gynécologique selon l'âge, en 2010
(base des femmes ayant consulté un médecin pour ce motif, n = 1 006)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Consultation d'un gynécologue (au moins une fois) au cours des douze derniers mois, selon certaines variables sociodémographiques et de santé, en 2010 (n = 1 058 observations)

	Effectif	%	OR	IC à 95 %
Âge				

15-19 ans (réf.)	276	23,8	1	
20-25 ans	402	59,4	3,1***	2,0 ; 4,8
26-30 ans	383	72	4,8***	2,8 ; 8,3
Niveau diplôme selon l'âge				
Moins élevé (réf.)	340	55,8	1	
Plus élevé	721	50,7	1,7**	1,2 ; 2,5
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	489	69,4	1	
Études	401	32,1	0,4***	0,3 ; 0,7
Chômage	119	60,7	0,9	0,5 ; 1,5
Autres inactifs	52	67,8	1,1	0,6 ; 2,3
Taille d'agglomération				
Rural (réf.)	230	51,6	1	
2 000 à 20 000 habitants	181	44,6	0,7	0,4 ; 1,1
20 000 à 200 000 habitants	199	47,3	0,9	0,6 ; 1,4
200 000 habitants et plus	278	54,6	1	0,6 ; 1,5
Agglomération parisienne	173	64,1	1,3	0,8 ; 2,3
Renoncement aux soins pour raison financière				
Non (réf.)	954	50,9	1	
Oui	105	68,6	1,3	0,7 ; 2,4
Maladie chronique				
Non (réf.)	960	51,9	1	
Oui	100	60,4	1,2	0,7 ; 2,3

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

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Consultations d'un médecin ou d'une infirmière scolaire dans l'année

En 2010, la fréquentation d'un médecin ou d'une infirmière scolaire par les jeunes scolarisés semble relativement faible : dans l'année, seuls 44,1 % des 15-19 ans scolarisés ou étudiants, 32,2 % des 20-25 ans et 23,2 % des 26-30 ans ont consulté un médecin ou une infirmière scolaire ($p < 0,01$). Les quelques variations observées en fonction des filières (47,0 % pour les élèves relevant de l'enseignement technique ou professionnel, 43,5 % pour les élèves de

l'enseignement général et 33,2 % pour ceux de l'enseignement supérieur ; $p < 0,05$) sont essentiellement dues à l'âge des élèves.

Hospitalisation dans l'année

Au cours des douze derniers mois, 13,2 % des 15-30 ans (10,7 % des hommes, 15,7 % des femmes ; OR ajusté = 1,5 ; $p < 0,01$) déclarent avoir connu une hospitalisation d'au moins une nuit, dont 27,9 % d'entre eux de précisément une nuit. La moitié (53,0 %) des hospitalisations ont été de moins de 3 jours, 25,4 % entre 4 et 6 jours, 15,8 % entre 7 et 15 jours, 5,8 % plus de 15 jours.

Si le niveau d'hospitalisation des garçons diffère peu suivant l'âge, en revanche, pour les filles, il augmente sensiblement avec l'âge : de 9,6 % à 15-19 ans à 15,8 % chez les 20-25 ans (OR = 1,8 ; $p < 0,05$) et à 21,2 % chez les 26-30 ans (OR = 2,5 ; $p < 0,001$) ; en lien probable avec la fréquence des grossesses à cet âge [figure 6].

RECOURS AU SOIN POUR RAISON OU MOTIF DE SANTÉ MENTALE

Nous éclairerons ce volet d'abord par des données en population générale, puis nous référerons des personnes souffrant de problèmes dépressifs. Enfin nous aborderons spécifiquement les hospitalisations pour tentative de suicide.

Recours au soin pour raison ou motif de santé mentale en population générale

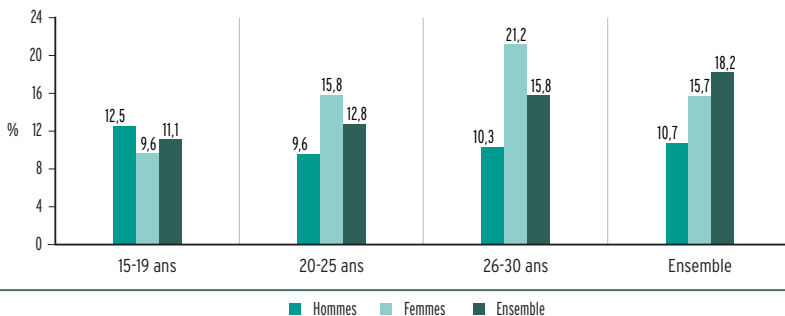
Au cours des douze derniers mois, 7,0 % des 15-30 ans déclarent avoir eu recours à un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute).

Après ajustement, il n'apparaît guère de différence significative dans le recours au soin (au moins une fois dans l'année) auprès d'un professionnel de la santé mentale entre hommes et femmes, suivant l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle ou le lieu d'habitation. Les facteurs associés relèvent davantage de la situation personnelle des patients (OR = 1,7 ; $p < 0,05$ chez les personnes vivant seules), de leur niveau de détresse psychologique (OR = 2,5 ; $p < 0,001$ pour les personnes présentant un score < 56 au test du MH5³) [5, 6], de leurs antécédents de vie, notamment le fait d'avoir déclaré au moins une violence subie dans l'année (violence verbale, atteinte aux biens, violences physique ou sexuelle, violence professionnelle) (OR = 1,7 ; $p < 0,05$) et le fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide dans sa vie (OR = 3,2 ; $p < 0,001$) [tableau VII].

3. Mental Health Index, score de santé mentale du MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey), échelle de qualité de vie validée en français (Leplege *et al.*, 1998; Leplege *et al.*, 2001).

FIGURE 6

Proportion de jeunes de 15-30 ans ayant connu une hospitalisation dans l'année en 2010, suivant l'âge et le sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VII

Consultation d'un professionnel de santé mentale (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois en 2010, selon les variables sociodémographiques et différentes caractéristiques personnelles (n = 2 013 observations)

	Effectif	%	OR	IC à 95 %
Sexe interviewé				

Homme (réf.)	955	5,4	1	
Femme	1 062	8,6	1,3	0,8 ; 2,0
Âge				
15-19 ans (réf.)	547	8,3	1	
20-25 ans	761	6,2	0,7	0,4 ; 1,3
26-30 ans	709	6,7	0,8	0,4 ; 1,6
Niveau diplôme selon l'âge				
Moins élevé (réf.)	688	6,7	1	
Plus élevé	1 329	7,2	1,1	0,6 ; 1,8
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	951	6	1	
Études	769	7,9	1,2	0,7 ; 2,3
Chômage/Inactifs	297	7,2	1,1	0,5 ; 2,2
Taille d'agglomération				
Rural (réf.)	425	6,3	1	
2 000-20 000 habitants	350	5,9	0,9	0,5 ; 1,7
20 000 à 200 000 habitants	379	6,8	0,8	0,4 ; 1,6
200 000 habitants et plus	530	9,5	1,3	0,7 ; 2,3
Agglomération parisienne	333	5,7	0,6	0,3 ; 1,4
Vit seul				
		**		
Non (réf.)	1 573	6,5	1	
Oui	444	10,5	1,7*	1,1 ; 2,9
Renoncement aux soins pour raison financière				
		**		
Non (réf.)	1 843	6,4	1	
Oui	172	12,2	1,4	0,8 ; 2,6
Maladie chronique				

Non (réf.)	1 841	6,5	1	
Oui	174	13,1	1,5	0,9 ; 2,6
Événement de vie dans l'année^a				

Non (réf.)	1 362	5,2	1	
Oui	655	10,7	1,7*	1,1 ; 2,6
En détresse psychologique score MH5 < 56				

Non (réf.)	1 740	5,5	1	
Oui	277	16,4	2,5***	1,6 ; 3,9
Tentative de suicide au cours de la vie				

Non (réf.)	1 922	6,2	1	
Oui	95	25,2	3,2***	1,7 ; 6,0

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

a. Au moins un événement dans l'année tel que violence verbale, atteinte aux biens, violences physique ou sexuelle, violence professionnelle.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Un recours modéré aux thérapies de soutien mais une consommation de médicaments psychotropes importante

Parmi les 15-30 ans, 1 jeune sur 10 (10,7 %) déclare avoir déjà suivi une psychothérapie au cours de sa vie (13,1 % des femmes vs 8,3 % des hommes ; $p < 0,01$). Dans l'année, ce sont 2,9 % qui indiquent avoir effectué une psychothérapie (4,1 % des femmes vs 1,7 % des hommes ; $p < 0,01$).

Le recours aux médicaments psychotropes demeure élevé. Au cours de leur vie, près d'un quart des jeunes de 15-30 ans (22,4 %) déclarent avoir déjà consommé des médicaments tels que des somnifères, des tranquillisants ou des antidépresseurs : 27,4 % des filles vs 16,7 % des garçons ($p < 0,001$), une tendance qui augmente sensiblement avec l'âge ($p < 0,01$).

Au cours des douze derniers mois, ce sont 9,5 % des 15-30 ans qui ont eu recours à des médicaments psychotropes : 4,5 % à un anxiolytique, 3,4 % à un antidépresseur, 2,9 % à un hypnotique. La consommation

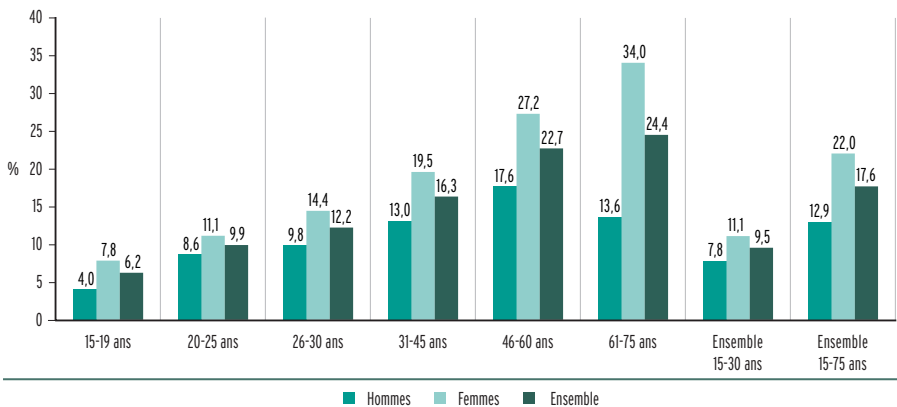
de psychotropes est fortement évolutive avec l'âge [figure 7] ($p < 0,001$) et, chez les 15-30 ans, indépendante du statut d'activité.

Recours au soin des personnes souffrant de problèmes dépressifs

Les troubles dépressifs constituent une des affections importantes dont témoignent les jeunes : 9,2 % des 15-30 ans ont connu en 2010 un épisode dépressif caractérisé (EDC) [7] et 4,0 % ont présenté un épisode dépressif sans retentissement fonctionnel (au moins quatre symptômes dépressifs, dont un symptôme principal sans retentissement). La prévalence des EDC est maximale chez les jeunes de 26-30 ans (11,3 % ; OR = 1,9 par rapport aux 15-19 ans ; $p < 0,05$) et, sur l'ensemble des 15-30 ans, les femmes sont deux à trois fois plus nombreuses que les hommes à présenter ces troubles (OR ajusté sur l'âge chez les 15-30 ans = 2,2 ; $p < 0,001$) [figure 8]. La prévalence des troubles dépressifs reste toutefois relativement stable depuis cinq ans [8, 9].

FIGURE 7

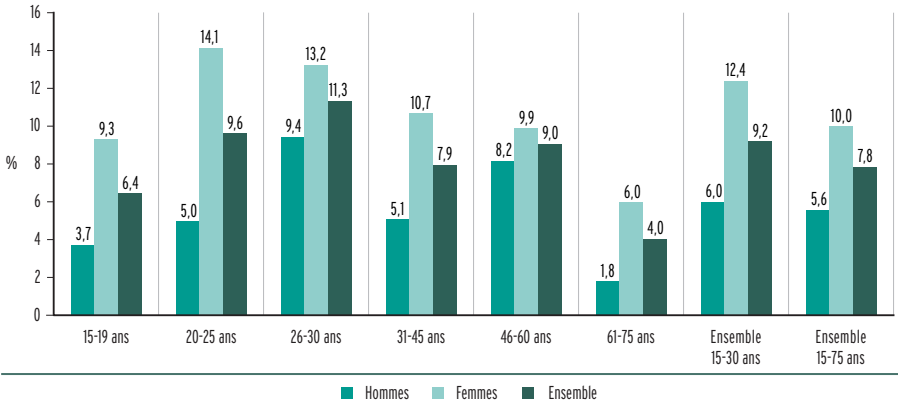
Proportion de personnes de 15 à 75 ans ayant consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois en 2010, selon l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 8

Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans en 2010, en fonction du sexe et de l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Les professionnels de santé sont les plus consultés

Au cours des douze derniers mois, près d'un jeune sur deux (45,4 %) ayant déclaré « une période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie⁴ – pendant au moins quinze jours, pratiquement tous les jours et toute la journée » – a eu recours à un professionnel de santé pour ses problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportement : 53,9 % parmi les jeunes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé vs 30,7 % des autres (n'ayant pas fait d'épisode dépressif ou ayant manifesté un épisode dépressif sans retentissement) ($p < 0,01$).

Le recours au médecin généraliste est le plus fréquemment évoqué (par deux tiers des consultants ; 69,4 %), suivi par le psychologue (32,2 %) et le psychiatre (18,4 % des consultants). Cette tendance générale mérite toutefois d'être nuancée suivant les épisodes dépressifs [figure 9]. Le recours au psychologue est plus fréquent dans le cas d'épisodes légers ou sans retentissement, où il concerne un consultant

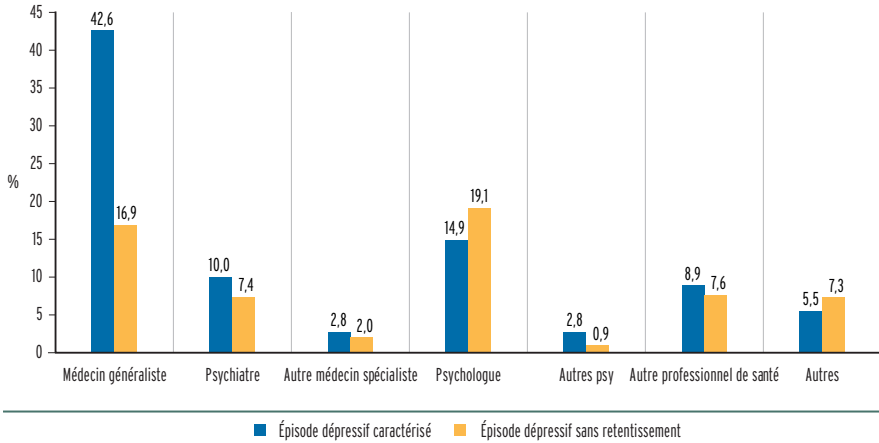
sur deux, contre un sur quatre parmi ceux ayant fait un EDC modéré ou sévère. En revanche, le recours au médecin généraliste est plus fréquent parmi ces derniers (pour 8 individus sur 10), alors qu'il concerne moins d'un consultant sur deux dans le cas d'épisodes légers ou sans retentissement.

En termes de bilan, sur l'ensemble des jeunes, on peut estimer que le recours à un médecin généraliste dans les douze derniers mois « pour des questions de tristesse, déprime ou anhédonie (sur une période d'au moins quinze jours) » concerne environ 5 % des 15-30 ans (6,7 % des filles vs 2,6 % des garçons, $p < 0,001$). Ce recours est sensiblement supérieur chez les jeunes actifs : 6 % chez les actifs occupés et les jeunes au chômage, sans différence entre les deux catégories, contre 3 % chez les étudiants, 2 % parmi les autres inactifs ($p < 0,05$).

4. L'anhédonie est un symptôme médical fréquemment observé dans certaines dépressions. Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie considérées antérieurement comme plaisantes. Cette incapacité est fréquemment associée à un sentiment de désintérêt diffus.

FIGURE 9

Recours à des professionnels de santé chez les personnes de 15-30 ans ayant déclaré une période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie pendant au moins 15 jours, pratiquement tous les jours et toute la journée, suivant la gravité des troubles, en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Le recours à des structures de santé est moins fréquent

Au cours des douze derniers mois, 18,9 % des jeunes de 15-30 ans ayant déclaré « une période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie – pendant au moins quinze jours, pratiquement tous les jours et toute la journée » – déclarent avoir eu recours à des services de santé : 22,0 % parmi ceux ayant eu un épisode dépressif caractérisé vs 13,6 % des autres (n'ayant pas fait d'épisode dépressif ou ayant manifesté un épisode dépressif sans retentissement) (écart non significatif).

Les structures les plus fréquemment consultées sont les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres de jour (mentionnés par un tiers des consultants, 34,4 %), les urgences d'un hôpital ou un centre de crise (18,4 % des consultants), et 10,2 % des répondants ont eu recours à une hospitalisation d'au moins une nuit. Suivant le type d'épisode dépressif, les prises en

charge diffèrent [figure 10]. Le recours à un site internet est davantage utilisé comme ressource par les personnes souffrant d'un épisode dépressif sans retentissement ($p = 0,06$). Les hospitalisations relèvent exclusivement de personnes ayant un antécédent d'épisode dépressif caractérisé.

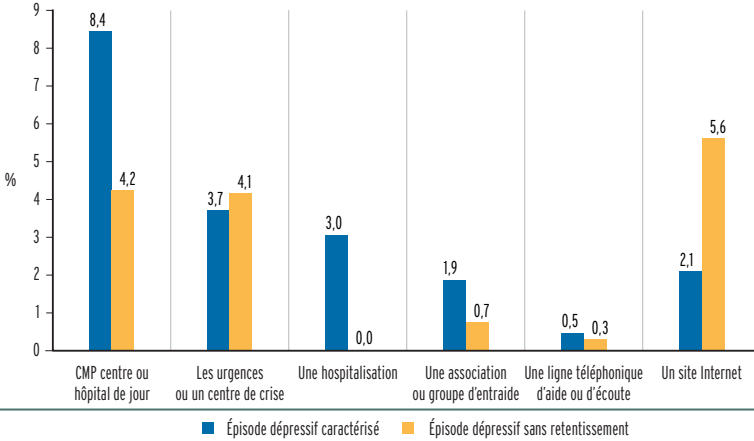
Le recours à des médicaments psychotropes toujours largement représenté

Parmi les personnes ayant connu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année, seules 10,4 % ont bénéficié d'une psychothérapie (2,1 % chez les autres; $p < 0,001$).

Les traitements pharmacologiques demeurent toujours largement représentés. Un tiers (36,2 %) des 15-30 ans qui ont connu un épisode dépressif caractérisé dans l'année ont eu recours à des médicaments psychotropes, un usage qui est à moduler en fonction de la sévérité des troubles ($p < 0,001$) [figure 11].

FIGURE 10

Recours à des structures de santé chez les personnes de 15-30 ans ayant déclaré une période de tristesse, de déprime ou d’anhédonie pendant au moins 15 jours, pratiquement tous les jours et toute la journée, suivant la gravité des troubles en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

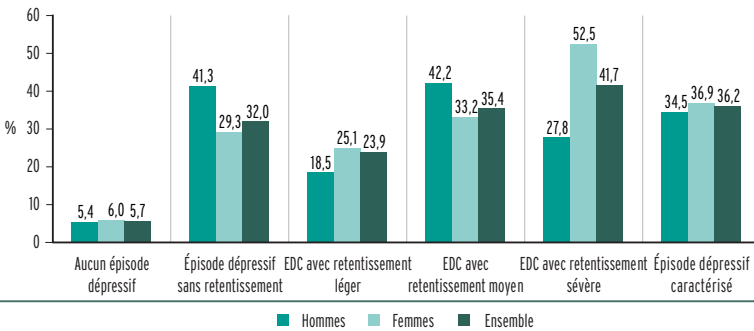
Consommation globale de soin des personnes souffrant d'un EDC

Si l'on considère le recours au soin global des jeunes de 15-30 ans ayant souffert d'un

épisode dépressif caractérisé dans l'année, 58,1 % ont fait appel à une prise en charge par un professionnel de santé ou une structure (en incluant les psychothérapies).

FIGURE 11

Proportion de personnes de 15-30 ans ayant consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois en 2010, selon l'intensité des troubles dépressifs (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Recours au soin en raison de tentative de suicide

Au cours de leur vie, 5,0 % des 15-30 ans déclarent avoir effectué une tentative de suicide : 7,3 % des femmes vs 2,7 % des hommes ; $p < 0,001$ (voir le chapitre « Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans », page 235). À la suite de ces tentatives de suicide, près de 1 jeune suicidant sur 2 (46,1 %) est allé à l'hôpital ; 8 d'entre eux sur 10 – soit le tiers (36,9 %) des suicidants – ont connu une

hospitalisation d'au moins une nuit. Après leur tentative, 49,2 % ont été suivis par un médecin ou un psy et 72,8 % en ont parlé à une autre personne.

En termes de bilan, le recours à un hôpital en raison d'une tentative de suicide concerne 2,3 % de l'ensemble des jeunes de 15-30 ans. Les médecins ou psy sont consultés dans près de 1 cas sur 2, soit 2,5 % des 15-30 ans. Il convient toutefois de noter que près de 4 jeunes suicidants sur 10 (37,7 %) n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé après leur dernière tentative.

DISCUSSION

TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

En premier lieu, les résultats du Baromètre santé 2010 confirment que les jeunes de 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé. Toutefois, certaines disparités persistent dans les perceptions et le recours aux soins.

Ainsi, les jeunes femmes présentent toujours une appréciation plus négative de leur santé que les jeunes hommes en termes de qualité de vie et rapportent de façon générale des consultations plus fréquentes auprès des différents professionnels de santé. Différentes hypothèses ont été avancées, comme une plus grande vulnérabilité physique des femmes au plan de leur santé, une confrontation plus fréquente à des facteurs stressants ou conflictuels, mais également l'expression différente des représentations de la maladie, de la santé ou de l'image de soi, dépendant fortement de l'image sociétale et des rôles sociaux attendus pour chaque sexe [10, 11]. Les jeunes femmes manifestent en effet très tôt des préoccupations corporelles et esthétiques, ainsi que des plaintes somatiques ou anxio-dépressives plus élevées que les garçons [12]. Elles présentent également une prévalence d'épisodes dépressifs et une

consommation de médicaments psychotropes plus importantes.

En termes de situation socioéconomique, des différences culturelles persistent dans le recours au médecin généraliste ou au gynécologue, les moins diplômées consultant moins fréquemment que les autres ces professionnels.

Alors qu'en 2000, certaines inégalités géographiques d'accès aux soins de premiers recours pouvaient être relevées [13], notamment vis-à-vis des gynécologues ou des spécialistes de la santé mentale, en 2010, le Baromètre santé ne montre pas de disparités dans le recours annuel à ces professionnels de santé suivant le type de communes. Ces résultats peuvent vraisemblablement être attribués à une meilleure connaissance par l'ensemble de la population du recours à ces professionnels (campagnes de sensibilisation sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la dépression), en parallèle de l'évolution de l'offre de soins, même si certaines disparités régionales ou départementales demeurent [14, 15]. Le médecin généraliste en milieu rural demeure l'interlocuteur significativement le plus consulté, jouant, au-delà des aspects de médecine

générale, l'interlocuteur de substitution pour les autres domaines [16].

Si d'une façon générale les chômeurs déclarent davantage que les autres avoir dû renoncer à des soins pour raison financière, nos résultats ne permettent pas d'observer d'inégalités dans le recours « au moins une fois dans l'année » aux différents professionnels de santé (médecin généraliste, dentiste, gynécologue, professionnel de la santé mentale) en fonction de la situation professionnelle des personnes. Il est cependant possible que l'inégalité s'observe dans le renouvellement de consultations ou de soins qui n'ont pu être pris en compte. Les données générales de « l'Enquête santé et protection sociale » de l'IRDES indiquent que les renoncements les plus fréquents concernent les soins dentaires, devant la lunetterie et les consultations de médecins ; l'absence d'une couverture complémentaire maladie (CMUC ou complémentaire privée) étant un facteur supplémentaire aux raisons financières [17, 18]. Le récent rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) révèle qu'un jeune sur six de 18-24 ans n'a pas accès à une complémentaire santé [19], une situation qui engendre des difficultés à faire l'avance des frais, un recours tardif aux consultations et une moins bonne qualité du suivi buccodentaire et de la gynécologie [19, 20]. Les préconisations du CESE devraient se traduire « à l'horizon 2017 » par une généralisation de « l'accès à une complémentaire de qualité », selon l'engagement du chef de l'État [20].

LA VISITE DE ROUTINE : UNE CONSULTATION FRÉQUENTE CHEZ LES ADOLESCENTS

Les résultats du Baromètre santé 2010 confirment la fréquence importante déclarée par les jeunes de 15-19 ans d'une visite de routine chez leur médecin généraliste, en dehors de tout problème de santé ; cette attitude

est moins fréquente chez leurs aînés. Ces résultats ne peuvent toutefois être mis au crédit des consultations annuelles pour les 16-25 ans qui avaient été préconisées lors des États généraux de la prévention [21] et par le plan « Santé des jeunes » et qui n'ont, à ce jour, guère pu être mises en œuvre, sinon de façon expérimentale [2]. Il est vraisemblable que, sous ce vocable, les jeunes adolescents font référence aux motifs de consultation administratifs qui les conduisent fréquemment à solliciter le médecin généraliste (certificat d'aptitude au sport, certificat vaccinal), qui constituent un tiers des motifs de consultation selon l'enquête permanente sur la prescription médicale IMS Health [22].

CONSEILS DE PRÉVENTION

Les femmes déclarent un recours plus fréquent à leur généraliste à mesure que leur indice de masse corporelle augmente ; on pourrait toutefois s'interroger sur le moindre recours des femmes attestant d'un IMC de maigreur. Le dialogue avec le médecin est de nature à aider les jeunes filles à travailler sur leur image corporelle et leur estime de soi.

En matière de grossesse, les recommandations de bonnes pratiques invitent, entre autres, les médecins à informer les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool durant leur grossesse [23]. Si les médecins semblent relativement bien informer les femmes enceintes des éventuels effets du tabac et de l'alcool sur leur grossesse, une évaluation plus systématique de leur consommation pourrait être effectuée. Les médecins généralistes éprouvent encore des difficultés à aborder les situations d'alcool avec leurs patients [24].

CONSULTATIONS POUR RAISON CONTRACEPTIVE OU GYNÉCOLOGIQUE

Les jeunes femmes recourent aujourd'hui facilement à un gynécologue et se font suivre

pour leur grande majorité régulièrement. Le généraliste demeure toutefois encore un interlocuteur privilégié auprès de certaines jeunes de 15-19 ans. Des travaux qualitatifs ont souligné l'importance du choix électif du professionnel consulté pour la première fois dans la biographie contraceptive des femmes : le gynécologue est vécu comme le « spécialiste » des femmes, le médecin généraliste souffre parfois de sa position paradoxale « de proximité » pour aborder « la sphère intime » et n'est pas toujours identifié par les jeunes filles comme pouvant prescrire une pilule [25].

LE DENTISTE : UN PROFESSIONNEL PEU CONSULTÉ

Moins d'un jeune sur deux de 15-30 ans a eu recours à une visite de son dentiste dans l'année : des résultats faibles au regard de la recommandation de la HAS d'une visite annuelle [26]. Sans doute le meilleur suivi buccodentaire des enfants et des adolescents, notamment par les bilans buccodentaires gratuits proposés par l'Assurance maladie à tous les jeunes adolescents (y compris dans le cas présent aux 15-18 ans), contribue à une amélioration significative de l'état de santé buccodentaire, mais le réflexe d'une visite annuelle de contrôle est encore loin d'être partagé. Les études épidémiologiques confirment par ailleurs que les inégalités de santé buccodentaire sont fortement corrélées au niveau socioéconomique des parents ou à la zone de scolarisation⁵.

MÉDECINE SCOLAIRE ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE : DES ACTEURS MAL CONNUS

Relativement peu de jeunes scolarisés déclarent avoir eu un contact dans l'année avec un médecin ou une infirmière scolaire alors même que les personnels de santé scolaire devraient être (re)connus comme

des interlocuteurs privilégiés dans le cadre du développement de la prévention et de la promotion de la santé. Il est vraisemblable que les missions de la médecine scolaire et de la médecine universitaire (préventive et curative) sont insuffisamment connues des élèves. Le récent rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire souligne par ailleurs les carences du dispositif et ses inégalités territoriales [27].

SANTÉ MENTALE : UNE PRISE EN CHARGE ENCORE INSUFFISANTE

En 2010, la prévalence de jeunes de 15 à 30 ans ayant souffert de troubles anxieux ou dépressifs reste élevée, et le médecin généraliste est le professionnel le plus fréquemment consulté pour ces problèmes, devant les psychologues, psychiatres et services spécialisés. Si, par rapport à 2005, le recours au soin global des personnes dépressives progresse, sans doute en partie du fait des campagnes d'information qui ont été menées, celui-ci reste néanmoins modéré puisque seulement 58,1 % des 15-30 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année ont déclaré avoir fait appel à un professionnel de santé ou à une structure pour raison de santé mentale sur cette même période (en incluant les psychothérapies). En matière de pratique clinique, les mêmes insuffisances sont relevées dans la prise en charge des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs : le recours aux psychothérapies demeure faible (notamment pour les troubles d'intensité légère) au

5. Enquêtes de la Drees en milieu scolaire, enquête de l'Union française pour la santé buccodentaire (UFSBD).

La HAS préconise également un dépistage ciblé, pouvant être effectué par les personnels de santé scolaire (en collège et lycées), qui permettent d'aller à la rencontre des enfants et des adolescents échappant à l'offre de soins (ZEP, ZUS...) [26].

regard de l'importance des prescriptions de médicaments psychotropes ; ces données sont confirmées par la récente enquête de la Drees auprès des médecins généralistes [28]. Différents freins sont évoqués dans les études françaises récentes : les niveaux de formation très divers des médecins, leurs représentations de l'efficacité des traitements, leur propre vécu, les caractéristiques sociodémographiques des patients, le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute (non-médecin), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre, la réticence

des patients à suivre une psychothérapie, les difficultés d'accès aux soins spécialisés, ou encore les relations professionnelles des praticiens avec les professionnels de la santé mentale et les psychiatres [28-31]. Dans les cas de tentative de suicide, les résultats du Baromètre santé soulignent avec acuité l'insuffisance de la prise en charge et de la continuité des soins préconisées par le Plan psychiatrie et santé mentale [3]. Les nouvelles initiatives de réseaux de soins partagés pourraient à l'avenir permettre un meilleur accès aux soins des patients et une prise en charge globale plus efficiente [32]⁶.

CONCLUSION GÉNÉRALE : LE GÉNÉRALISTE AU CŒUR DE LA PRÉVENTION

Les résultats du Baromètre santé 2010 mettent en évidence la place centrale du médecin généraliste en termes de recours aux soins de santé primaire auprès des jeunes. Ce dernier occupe en effet une place centrale dans l'observation, l'écoute, le repérage des situations de fragilité des jeunes, les conseils de prévention, le suivi des malades. Chaque consultation peut être l'occasion d'ouvrir le dialogue avec les jeunes, pour une meilleure prévention et/ou prise en charge des patients [33-37]. Le HCSP, le plan « Santé des jeunes » et le Plan psychiatrie et santé mentale plaident pour une place encore plus importante du généraliste dans la prévention [33, 2, 3]. Cependant, comme le rappelait le HCSP, cette évolution doit s'assortir d'un accompagnement des pratiques professionnelles des médecins par des référentiels et des outils [33]. En complémentarité des recommandations de bonnes pratiques émises

par la HAS [38] et les organisations professionnelles [39-41], l'Inpes développe un certain nombre d'outils d'information et d'outils d'intervention destinés à accompagner les médecins dans le cadre de leur pratique professionnelle habituelle et de leurs démarches d'éducation pour la santé [42, 43]. Une convention conclue avec le Collège de la médecine générale devrait développer des synergies dans plusieurs domaines : la production et le transfert de connaissances, la formation initiale et continue, la valorisation et l'échange de pratiques [44].

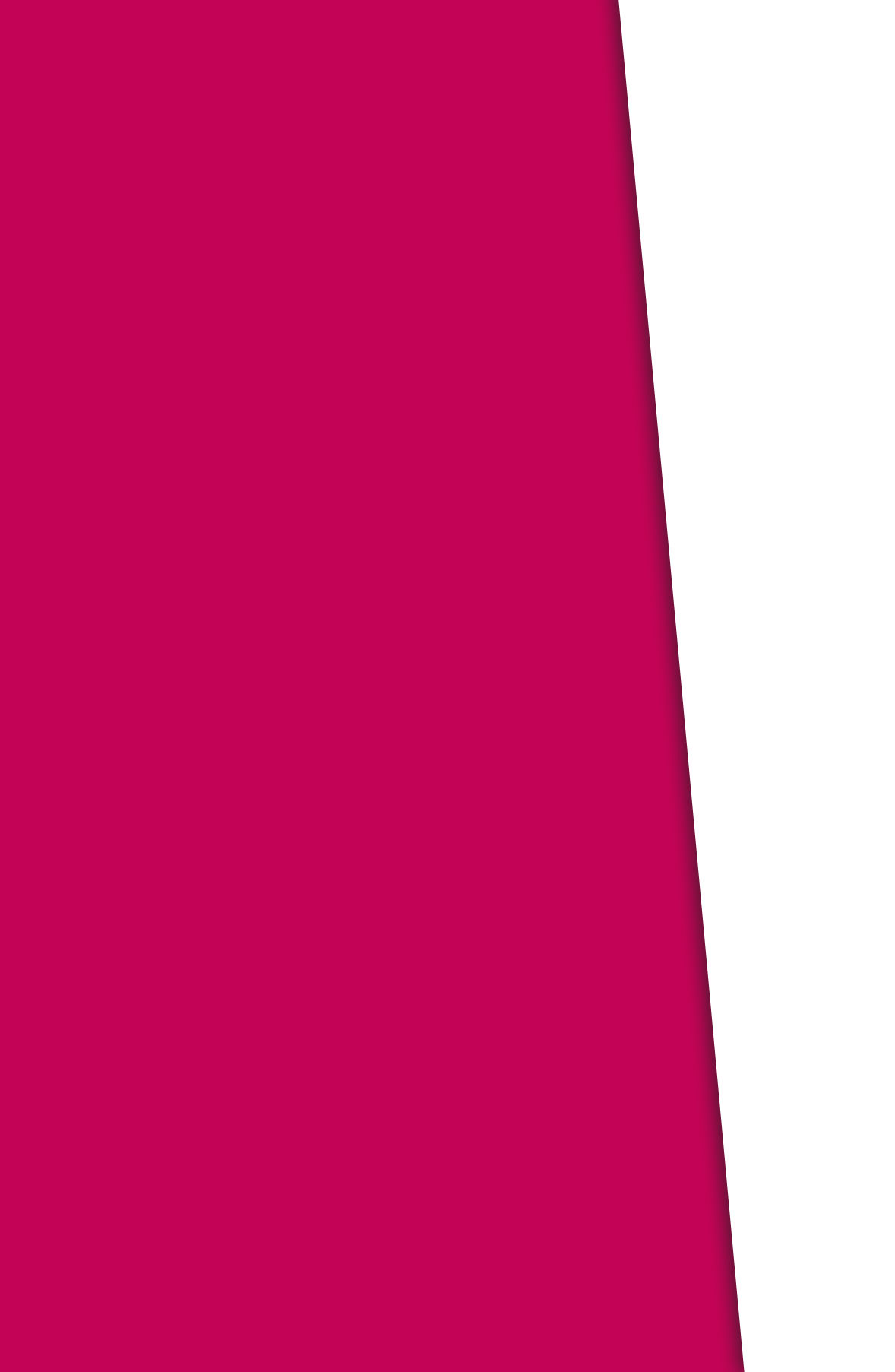
6. Passerieux C. Coopération médecins généralistes et psychiatres : les dispositifs de soins partagés. Session parrainée par le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ; 10^e Congrès de l'Encéphale, Paris, 18 au 20 janvier 2012.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184. En ligne : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
- [2] Plan « Santé des jeunes » 16-25 ans 2008-2010. In : Direction générale de la santé, bureau de la santé des populations « MC1 ». *Libre des plans de santé publique. Prévention et Sécurité sanitaire* (3^e éd.). Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : p. 14-15.
- [3] Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère chargé des solidarités et de la cohésion sociale, 2012 : 42 p.
- [4] Guillemain F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C., Briançon S. Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. *Santé publique*, 1997/03, n° 1 : p. 35-44.
- [5] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T., Gandek B., Ware J. E. The french SF-36 health survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [6] Leplège A., Ecosse E., Pouchot J., Coste J., Perneger T. *Le Questionnaire MOS SF-36 : Manuel de l'utilisateur et Guide d'interprétation des scores*. Paris : Éditions Estem, 2001 : 155 p.
- [7] Sapinho D., Chan Chee C., Beck F. Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités. In : Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. *La Dépression en France, Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : p. 35-57.
- [8] Chan-Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, 2011/11-12, n° 6, suppl. : p. 15-29.
- [9] Beck F., Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme*, sept.-oct. 2012, n° 421 : p. 43-45.
- [10] Schulze C., Welters L. L'incidence de l'âge et du sexe sur la conception de la santé. In : Flick U. *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie : Théories subjectives et Représentations sociales*. Paris : L'Harmattan, 1992 : p. 85-106.
- [11] Hunt K., Macintyre S. Genre et inégalités sociales en santé [chap. 23]. In : Fassin D., Granjean H., Kaminski M. *Les Inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2000 : p. 363-75.
- [12] Godeau E., Navarro F., Arnaud C., dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.
- [13] Arwidson P., Guilbert P. *Consommation de soins et Médicaments*. Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, coll. Baromètres, 2001 : p. 311-324.
- [14] Barley M., Collin C., Bigard M., Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *Insee Première*, octobre 2012, n° 1418 : 4 p.
- [15] Coldefy M. coord. *La Prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2007 : 314 p.
- [16] Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Pratiques et Organisation des soins*, 2009/07-09, n° 3 : p. 197-206.
- [17] Dourgnon P. Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. In : Drees. *Renoncement aux soins. Actes du colloque*. Paris : Drees, coll. Études et statistiques, 2011 : p. 9-19.
- [18] Drees. *Renoncement aux soins. Actes du colloque*. Paris : Drees, coll. Études et statistiques, 2011 : 150 p.
- [19] Dulin A., Conseil économique, social et environnemental (CESE). *Droits formels/Droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes*. Paris : Éditions des journaux officiels, juin 2012 : 90 p.
- [20] François Hollande s'engage pour l'accès aux soins [dossier]. *Mut'écho*, novembre 2012, n° 271 : 15 p.
- [21] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Assises nationales des États généraux de la prévention* [page internet]. 2006. En ligne : www.sante.gouv.fr/etats-generaux-de-la-prevention.html
- [22] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, coord. *L'État de la santé de la population en France. Suivi des objectifs de la loi de santé publique*. Paris : Drees, 2011 : p. 113.
- [23] Inpes. *Zéro alcool pendant la grossesse* [dossier de presse]. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 9 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf
- [24] Fournier C., Buttet P., Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : p. 45-83.
- [25] Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception : des jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé publique*, mars-avril 2011, vol. 23, n° 2 : p. 77- 87.
- [26] Haute Autorité de santé. *Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations*. Saint-Denis : HAS, coll. Évaluation des programmes et politiques de santé publique, 2010 : 180 p.
- [27] Gaudron G., Pinville M. Assemblée nationale. *Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire* [page Internet]. 17 novembre 2011 : 197 p. En ligne : www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp

- [28] Dumesnil H., Cortaredona S., Pavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R. et al. La prise en charge de la dépression en médecine de ville. *Études et Résultats*, septembre 2012, n° 810 : 8 p.
- [29] Morvan Y., Prieto A., Briffault X., Dardennes R., Rouillon F., Lamboy B. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et Comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres Santé, 2007 : p. 458-485.
- [30] Sapinho D., Chan Chee C. Recours aux soins pour raison de santé mentale. In : Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. *La Dépression en France, Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : p. 85-118.
- [31] Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann-Coblentz L., Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*, juin 2008, vol. 4, n° 6 : p. 279-283.
- [32] Rodde D. Coopération médecins généralistes et psychiatres. L'exemple d'un réseau partagé. *Panorama du médecin*, mai 2012, suppl. au n° 5264 : 5 p.
- [33] Haut Conseil de la santé publique. Consultation de prévention. *Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport réalisé dans le cadre d'une saisine de la Direction générale de la santé au Haut Conseil de la santé publique*. Paris : HCSP, 2009 : 137 p.
- [34] Raillard N. Le généraliste face aux adolescents. La prévention des risques, un enjeu essentiel. *Le Forum des généralistes*, décembre 2007, n° 20 : p. 11.
- [35] Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. *Revue du praticien*, 2005, n° 55 : p. 1073-1077.
- [36] Binder P. Dépister les conduites suicidaires des adolescents ; conception d'un test, validation de son usage. *Revue du praticien*, 2007, n° 11 : p. 1187-1199.
- [37] Olié J.-P., Loo H. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques [Edito]. *Panorama du médecin*, mai 2012, suppl. au n° 5264 : p. 3.
- [38] Haute Autorité de santé. *Recommandations pour la pratique. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*. La Plaine-Saint-Denis : HAS, 2005 : 17 p.
- [39] MG France. La consultation de prévention d'adolescent(e) en médecine générale [page Internet]. 2012. En ligne : www.mgfrance.org/content/view/708/1283/#consultation_prevention
- [40] Crise suicidaire et médecine générale. Rappel des 5 points clés de la conférence de consensus de 2000. *Médecine*, juin 2008, vol. 4, n° 6 : p. 265-268.
- [41] Hardy-Bayle M. C., Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. *Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste-psychiatre) ?* Pacé : CNQSP, 2011 : 53 p.
- [42] Inpes. Outils d'information professionnels de santé. www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/outils-information.asp
- [43] Inpes. Outils d'intervention professionnels de santé. www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/outils-intervention.asp
- [44] Inpes. L'Inpes et le Collège de la médecine générale renforcent leur collaboration en signant un accord cadre. 2012. En ligne : www.inpes.sante.fr/70000/cp/12/cpi20619-college-medecine.asp



L'essentiel

L'alimentation des 12-30 ans

Fondé sur l'analyse des données du Baromètre santé nutrition 2008, ce chapitre s'intéresse aux spécificités des comportements alimentaires des 12-30 ans par rapport à ceux des adultes et aux facteurs qui leur sont associés. Cette période de la vie constitue une transition entre l'alimentation de l'enfance et celle des adultes.

La fréquence de consommation de fruits et légumes, faible pour l'ensemble de la population, l'est encore davantage parmi les jeunes. Seuls 6 % des 12-30 ans déclarent ainsi en avoir mangé au moins cinq fois la veille de l'interview comme cela est recommandé dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), contre 8 % des 31-45 ans, 15 % des 46-60 ans et 24 % des 61-75 ans. Le poisson, autre aliment marqueur d'une alimentation favorable à la santé, est moins fréquemment consommé par les jeunes que par leurs aînés. Les 12-30 ans sont 38 % à en manger au moins deux fois par semaine (contre 41 % des 31-45 ans et 60 % des 61-75 ans).

Les produits laitiers, aliments caractéristiques de l'enfance mais aussi source de calcium particulièrement nécessaire en période de croissance, sont davantage consommés par les jeunes que par les adultes à la fréquence recommandée. La consommation de féculents des pré-adolescents s'avère assez proche de la recommandation d'en manger à chaque repas et selon l'appétit ; les 12-15 ans en prennent 3,5 fois par jour et les 16-18 ans 3,4 fois.

La fréquence de prise de ces deux groupes d'aliments diminue néanmoins jusqu'à 25 ans. La consommation de boissons sucrées, facteur de risque d'obésité, s'avère nettement plus fréquente chez les jeunes que chez les adultes : 39 % des 12-30 ans en ont bu au moins une fois la veille contre 15 % des plus de 30 ans.

La notion de genre joue un rôle important dans la compréhension des habitudes alimentaires des jeunes, avec un effet qui reste très fort même après la prise en compte des facteurs socio-économiques. La consommation alimentaire des jeunes femmes de 12-30 ans apparaît ainsi plus favorable à la santé que celle des hommes du même âge. Elles sont plus nombreuses à manger au moins cinq fois des fruits et légumes dans une journée (OR = 1,6), et moins nombreuses à consommer des boissons sucrées (30 % contre 48 % des jeunes hommes en ont bu au moins une fois la veille de l'interview) et à manger au fast-food (20 % des femmes de 16-30 ans y mangent au moins une fois par semaine contre 38 % des hommes).

Des inégalités sociales sont observées, après ajustement sur le sexe et l'âge, au niveau de la consommation de certains produits. Les enfants d'ouvriers et ceux qui vivent dans des ménages dont le revenu mensuel est dans le tiers des plus bas revenus ont deux fois moins de chances (OR = 0,5) que ceux des cadres d'avoir consommé la veille au moins cinq fruits et légumes. Par ailleurs, les enfants d'ouvriers et d'employés

ont moins de chance que les enfants de cadres de manger du poisson au moins deux fois par semaine (respectivement, OR = 0,7 et OR = 0,6). La consommation de boissons sucrées est plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (coef. = 0,41), d'employés (coef. = 0,34) et de chômeurs (coef. = 0,46). Elle l'est aussi dans les ménages dont le revenu est dans le tiers le plus bas (coef. = 0,23).

La distribution journalière des repas évolue entre 12 et 25 ans, les jeunes devenant plus nombreux à sauter des repas avec l'avancée en âge, en particulier le petit-déjeuner. Près d'un jeune de 12-15 ans sur dix n'en prend pas, cette proportion passant à 15 % chez les jeunes âgés de 16 à 18 ans.

Les lieux des repas changent aussi, la prise au domicile, qui reste néanmoins la plus fréquente, diminue légèrement au profit de repas pris chez des amis, au restaurant ou au fast-food.

Sur plusieurs indicateurs - les fruits et légumes en particulier et, dans une moindre mesure, les féculents -, les jeunes de 12 à 30 ans affichent une meilleure connaissance des repères de consommation que leurs aînés tout en étant moins nombreux à les atteindre. Ce paradoxe traduit notamment la difficulté à passer de l'information, de la connaissance au changement effectif de comportement.

Ce décalage invite les pouvoirs publics à adopter des stratégies de promotion de la santé qui soient basées à la fois sur des facteurs individuels et environnementaux.

L'alimentation des 12-30 ans

HÉLÈNE ESCALON
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Les plus grands risques de maladies non transmissibles sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, une faible consommation de fruits et légumes, une consommation excessive de boissons alcoolisées, la surcharge pondérale et l'obésité, la sédentarité et le tabagisme [1, 2]. La plupart de ces facteurs de risque sont étroitement liés à l'alimentation et à l'exercice physique. Une mauvaise alimentation et la sédentarité comptent donc parmi les principales causes de maladies non transmissibles majeures, en particulier les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers.

Or de bonnes habitudes alimentaires et d'activité physique s'acquièrent dès l'enfance et influent non seulement sur la santé, le développement physique et psychique des jeunes [3] mais conditionnent aussi les pratiques à l'âge adulte et sont ainsi susceptibles d'avoir un impact majeur sur la survenue de maladies chroniques à cet âge [4-6].

L'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est marquée par

la volonté d'affirmation de choix propres, indépendants de ceux des parents, dont les choix alimentaires font partie. Comme l'ont analysé plusieurs anthropologues dans le cadre d'une étude menée sur trois ans, l'alimentation des adolescents revêt un caractère mouvant, dans l'espace et dans la forme, mais se caractérise aussi par un fort attachement à l'alimentation familiale [7].

La transmission des habitudes alimentaires familiales est un processus dynamique fait de sélections, de ruptures, de continuités et de transformations. Les traditions s'alimentent des nouveautés introduites par les jeunes, les incorporent et permettent aux héritages acquis de s'adapter aux nouveaux contextes, et finalement de perdurer.

Il a par ailleurs été montré que certains comportements alimentaires durant l'adolescence, comme notamment le fait de manger en famille, étaient associés à une meilleure qualité nutritionnelle et à une meilleure composition des repas à l'âge adulte [8].

Selon les modèles écologiques [9] et selon

une revue de littérature menée spécifiquement sur les enfants et les adolescents [10], les comportements en matière d'alimentation sont susceptibles d'être influencés par différents niveaux de facteurs : ceux qui relèvent de l'individu (sexe, âge, facteurs psychologiques, croyances et connaissances, valeurs, etc.), les facteurs interpersonnels et relevant du micro-environnement (facteurs familiaux, entourage social, nature des aliments disponibles dans l'environnement physique des jeunes, que ce soit à la maison, à l'école ou dans les fast-foods, etc.) et ceux relevant du macro-environnement (statut socio-économique, politique nutritionnelle, système scolaire, pratiques commerciales des industries agroalimentaires, médias, etc.).

Parmi les facteurs environnementaux, le lien entre le statut socio-économique et le surpoids ou l'obésité, les comportements alimentaires ou la qualité nutritionnelle, mis en évidence dans la population adulte française [11-13], a également été observé parmi les enfants ou les adolescents par le

biais des caractéristiques économiques et sociales du ménage auquel ils appartiennent [14-18].

Néanmoins, aucune enquête menée en population générale n'a analysé spécifiquement certaines caractéristiques des comportements alimentaires des jeunes recueillis dans notre enquête, telles que la fréquence de leur consommation de certains types d'aliments, leurs connaissances nutritionnelles, la distribution journalière de leur repas ou les lieux dans lesquels ils les prennent. En outre, notre enquête comporte un suréchantillon de jeunes âgés de 12 à 18 ans. Elle permet ainsi d'étudier sur des tranches d'âge fines les comportements alimentaires des jeunes mais aussi de les comparer à ceux de la population adulte.

L'objectif de ce chapitre est double : analyser les spécificités des comportements alimentaires des jeunes âgés de 12 à 30 ans par rapport à ceux des adultes ; étudier parmi les jeunes de cette tranche d'âge certains facteurs associés à leurs comportements, au prisme spécifique des inégalités sociales.

POPULATION ET MÉTHODE

ÉCHANTILLON

Le Baromètre santé nutrition 2008 [19], troisième exercice d'une série d'enquêtes sur les connaissances, opinions et comportements des Français en matière d'alimentation et d'activité physique [20, 21], a été mené auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes francophones âgées de 12 à 75 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Un suréchantillon de 523 jeunes âgés de 12 à 18 ans a par ailleurs été réalisé dans le but d'observer plus finement cette tranche d'âge.

Cette enquête a été réalisée de février à mai 2008 selon un sondage à deux degrés (ménage puis individu) par la méthode de

collecte assistée par téléphone et informatique (Cati).

Ont été interrogées les personnes ayant un téléphone filaire inscrites en liste blanche, orange¹ ou rouge ; celles appartenant à des ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (17 %) et à des ménages dits en « dégroupage total » (3 %), c'est-à-dire abonnés à une ligne fixe mais ayant abandonné l'opérateur historique pour les nouveaux opérateurs. Cette méthode est en tout point identique à celle retenue pour le Baromètre santé 2010 et présentée dans le

1. Leurs coordonnées ne figurent pas dans les fichiers extraits des annuaires de France Télécom commercialisés à des fins marketing.

chapitre « Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 » de cet ouvrage.

Les données ont été redressées sur la structure par âge croisé avec le sexe, la région, la taille d'agglomération et le diplôme de l'enquête Emploi 2007 de l'Insee. Le taux de refus observé pour les individus issus de l'échantillon des lignes fixes est de 38 %, et de 33 % pour ceux issus de l'échantillon des portables. Ces taux sont relativement bons comparés à ce qui est observé dans les enquêtes nutritionnelles en population générale menées en France à la fin des années 2000 [22, 23].

MODE DE RECUEIL ET CATÉGORISATION DES ALIMENTS

Les consommations alimentaires ont principalement été recueillies à partir d'un rappel

des 24 heures, recueil exhaustif de tous les aliments consommés la veille, n'incluant pas le recueil des quantités ingérées². La consommation des groupes d'aliments étudiés ici est exprimée en nombre de prises ou nombre de fois qu'un aliment de ces groupes a été consommé la veille. Par exemple, si un individu a consommé au déjeuner des crudités en entrée, des légumes en plat principal et un fruit en dessert, trois prises de fruits et légumes ont alors été comptabilisées.

Certains aliments consommés peu fréquemment ont par ailleurs été recueillis par le biais d'un questionnaire fréquentiel sur les quinze derniers jours.

2. Le choix de rester fidèle au mode de recueil utilisé lors du premier exercice de l'enquête a été fait afin de pouvoir suivre les évolutions des consommations ainsi mesurées.

RÉSULTATS

Les jeunes âgés de 12 à 30 ans ($n = 1826$) seront dans un premier temps comparés aux adultes, en considérant quatre tranches d'âge : 12-30 ans, 31-45 ans, 46-60 ans et 61-75 ans (significativité du test global³ : $p_{12-75 \text{ ans}}$).

Seront ensuite distingués les 12-15 ans et les 16-18 ans, ces tranches d'âge correspondent grossièrement aux deux cycles de scolarisation que sont le collège et le lycée ; les 19-25 ans et les 26-30 ans, cette dernière tranche comportant une minorité d'étudiants (significativité du test global : $p_{12-30 \text{ ans}}$).

Fréquences de consommation des principaux groupes d'aliments et connaissances des repères du PNNS

Spécificités des 12-30 ans par rapport aux adultes

Les jeunes ont une alimentation plus ou moins saine par rapport à celle de leurs

aînés, au regard des groupes d'aliments qui font l'objet des recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS) [24]. La fréquence de consommation de fruits et légumes, faible pour l'ensemble de la population, l'est encore davantage parmi les jeunes [figure 1]. Seuls 6,4 % des 12-30 ans déclarent en avoir mangé la veille de l'interview au moins cinq fois comme il est recommandé de le faire, contre 8,5 % des 31-45 ans, 14,6 % des 46-60 ans et 23,8 % des 61-75 ans ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$). Cette fréquence particulièrement faible chez les jeunes est observée malgré une meilleure connaissance de la recommandation de consommer au moins cinq fruits et légumes par jour, citée par 70,7 % d'entre eux (contre 61,6 % des 31-45 ans, 58,5 % des 46-60 ans et 56,8 % des 61-75 ans ; $p_{12-75 \text{ ans}} < 0,01$) [figure 2].

3. Chi² pour les proportions et Wald pour les moyennes.

Le poisson, autre aliment marqueur d'une alimentation favorable à la santé, est également moins fréquemment consommé par les jeunes que par leurs aînés. Les 12-30 ans sont 38,4 % à en manger au moins deux fois par semaine, comme cela est recommandé (contre 41,4 % chez les 31-45 ans à 60,2 % chez les 61-75 ans ; $p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$). Cette tendance coïncide avec une connaissance de la recommandation moins présente chez les jeunes (68,9 % contre 76,7 % des 30-45 ans, 78,1 % des 46-60 ans et 81,7 % des 61-75 ans ; $p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$).

Les produits laitiers, source de calcium particulièrement nécessaire en période de croissance, sont au contraire davantage consommés par les jeunes que par les adultes à la fréquence recommandée ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,01$) [figure 1], alors que leur connaissance de cette recommandation n'est significativement pas meilleure que celle des adultes.

Le nombre moyen de prises, la veille, d'aliments du groupe «viandes et volailles,

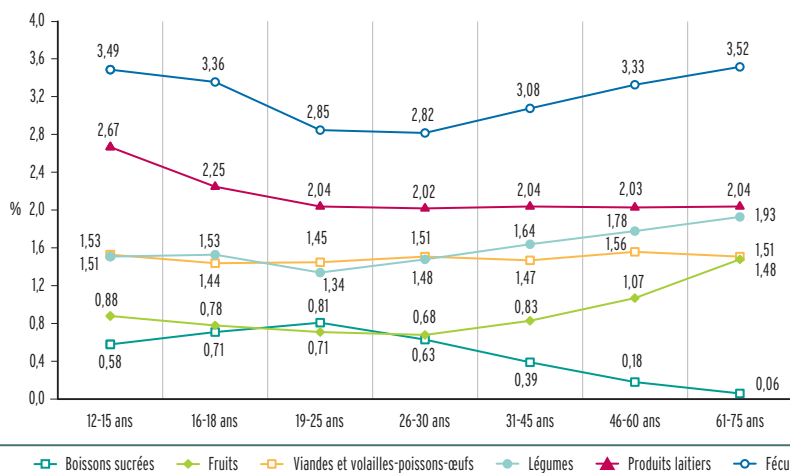
poissons, œufs» (VPO) ne varie pas significativement entre les 12-30 ans et leurs aînés. Il en est de même pour la connaissance de la recommandation de manger une à deux fois par jour un aliment de ce groupe [figures 1, 2].

La consommation de féculents des préadolescents s'avère assez proche de la recommandation d'en manger à chaque repas et selon l'appétit ; les 12-15 ans en prennent 3,49 fois par jour et les 16-18 ans 3,36 fois. Les 19-30 ans en revanche constituent la tranche de la population qui en consomme le moins (2,85 prises la veille de l'interview) [figure 1]. Ces tendances semblent être indépendantes de la connaissance de la recommandation, qui est légèrement plus élevée parmi les 12-30 ans (13,6 % contre 8 % des 61-75 ans) mais néanmoins très faible comme dans l'ensemble de la population [figure 2].

La consommation de boissons sucrées, facteur de risque d'obésité, s'avère nettement plus fréquente chez les jeunes que

FIGURE 1

Nombre moyen de prises, la veille de l'interview, des différents groupes d'aliments et boissons parmi les 12-75 ans en 2008, selon l'âge



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

chez les adultes. La veille de l'interview, les 12-30 ans en ont pris en moyenne 0,7 fois contre 0,4 pour les 31-45 ans, 0,2 pour les 46-60 ans et 0,1 pour les 61-75 ans ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$). Autrement dit, 38,7 % des 12-30 ans en ont bu au moins une fois la veille contre 14,7 % des plus de 30 ans ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$).

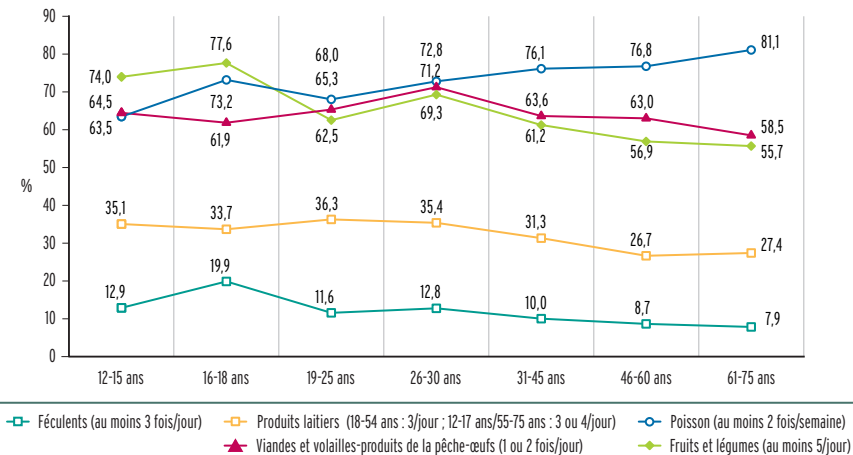
Fréquences de consommation et connaissances des 12-30 ans selon leurs caractéristiques sociodémographiques et celles de leur chef de famille

Parmi les 12-30 ans, les filles mangent davantage de fruits que les garçons (0,86 prise la veille vs 0,64; $p < 0,001$) et la fréquence de consommation décroît avec l'âge (de 0,88 prise quotidienne pour les 12-15 ans à 0,68 pour les 26-30 ans; $p_{12-30 \text{ ans}} < 0,01$) [figure 1]. La prise moyenne de légumes en revanche ne varie pas de manière significative selon l'âge au sein des 12-30 ans. Après ajustement sur le sexe

et l'âge, on observe globalement des taux de consommation plus faibles de fruits, de légumes ou d'au moins cinq fruits et légumes par jour parmi les enfants dont le statut économique et social du chef de famille fait partie des catégories les moins favorisées [tableau 1]. Ainsi, chez les 12-30 ans, le nombre moyen de prises de fruits est plus faible pour les jeunes dont le chef de famille est ouvrier (coef. = -0,14; $p < 0,05$) ou employé (coef. = -0,18; $p < 0,05$) que pour ceux dont le chef de famille est cadre. La prise de fruits varie également selon la situation professionnelle du chef de ménage : elle est moindre, à la limite de la significativité, parmi les jeunes dont le chef de famille est chômeur ou sans activité professionnelle (coef. = -0,14; $p = 0,06$) [tableau 1]. Comme pour les fruits, la prise de légumes est plus faible chez les enfants dont le chef de famille est employé (coef. = -0,24; $p < 0,01$) ou ouvrier (coef. = -0,37; $p < 0,01$). Elle est par ailleurs plus élevée parmi ceux qui vivent dans un

FIGURE 2

Connaissance des repères du PNNS chez les 12-75 ans en 2008, selon l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

ménage dont le revenu est élevé⁴ (coef. = 0,15; $p < 0,01$).

Les mêmes tendances s'observent chez les 12-30 ans ayant consommé la veille au moins cinq fruits et légumes. Les filles ont des chances plus élevées d'être dans ce cas, et c'est l'inverse pour les enfants d'ouvriers (OR = 0,5; $p < 0,5$) et ceux qui vivent dans des ménages dont le revenu mensuel est inférieur à 900 €/UC (OR = 0,5; $p < 0,5$).

Parmi les 12-30 ans, la connaissance du repère du PNNS (manger au moins cinq

fruits et légumes par jour) est indépendante du sexe et de l'âge et des caractéristiques socioprofessionnelles du chef de famille, mais négativement associée au revenu du ménage (OR = 0,5; $p < 0,05$).

Pour les produits laitiers, une décroissance avec l'âge du nombre de prises quotidiennes d'aliments de ce groupe s'observe dès l'adolescence – les 12-15 ans en ont pris la veille

4. Supérieur ou égal à 1 500 € par unité de consommation (UC), comparé au niveau de revenu intermédiaire (900 € à 1 499 €).

TABLEAU I

Facteurs associés au nombre de prises de fruits ou de légumes et au fait d'en avoir mangé au moins cinq la veille de l'interview parmi les 12-30 ans en 2008

	n	Nombre de prises de fruits la veille		Nombre de prises de légumes la veille	
		Régression linéaire		Régression linéaire	
		Coef.	IC 95 %	Coef.	IC 95 %
RÉGRESSIONS A	1756	1A		2A	
Sexe					
Hommes (réf.)	907	1		1	
Femmes	919	0,22***	0,13; 0,32	0,11*	0,00; 0,22
Âge					
12-15 ans (réf.)	499	1		1	
16-18 ans	389	-0,07	-0,22; 0,08	0,06	-0,11; 0,24
19-25 ans	478	-0,1	-0,27; 0,00	-0,12	-0,27; 0,03
26-30 ans	460	-0,19**	-0,32; -0,06	0,03	-0,12; 0,19
PCS chef de famille					
Cadres et professions intellectuelles (réf.)	403	1		1	
Agriculteurs, artisans, chefs d'entreprise	148	-0,08	-0,31; 0,15	-0,05	-0,27; 0,17
Professions intermédiaires	347	-0,10	-0,25; 0,05	-0,13	-0,30; 0,04
Employés	342	-0,18*	-0,32; -0,03	-0,24**	-0,41; -0,06
Ouvriers	516	-0,14*	-0,27; -0,02	-0,37***	-0,52; -0,22
RÉGRESSION B	1608	1B		2B	
Situation professionnelle chef de famille					
Travail (réf.)	1 605	1		1	
Chômeur/inactif	221	-0,14	-0,28; 0,01	-0,22**	-0,39; -0,05
RÉGRESSION C	1826	1C		2C	
Revenu mensuel par unité de consommation					
900 euros à 1 499 euros (réf.)	576	1		1	
Inférieur à 900 euros	509	0,02	-0,11; 0,14	-0,11	-0,25; 0,03
1 500 euros et plus	523	0,73	0,61; 0,86	0,15*	0,01; 0,29

Les coefficients des régressions linéaires 1B, 2B, 1C, 2C ainsi que les odds-ratios des régressions logistiques 3B et 3C sont ajustés sur le sexe et l'âge. Interprétation des coefficients des régressions linéaires : comparé à un jeune dont le chef de ménage est cadre, la prise moyenne de fruits de celui dont le chef de ménage est ouvrier est réduite de 0,14.

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

2,67 fois et les 16-18 ans 2,25 fois ($p < 0,001$) – et se poursuit chez les jeunes adultes ($p_{12-30 \text{ ans}} < 0,001$) [figure 1]. Parmi les jeunes de 12-30 ans, après ajustement sur le sexe et l'âge, la prise moyenne de produits laitiers apparaît moindre chez les enfants d'agriculteurs, artisans (coef. = $-0,41$; $p < 0,05$) et employés (coef. = $-0,31$; $p < 0,05$). En revanche, aucune différence significative n'est observée en fonction de la situation professionnelle du chef de ménage ou du revenu du ménage par UC auquel appartiennent les jeunes.

La connaissance du repère sur les produits laitiers, quant à elle, apparaît indépendante des variables socio-économiques étudiées.

Parmi les 12-30 ans, la fréquence moyenne de consommation, la veille, d'aliments du groupe « viandes et volailles, poissons, œufs » ne varie pas significativement selon l'âge. Il en est de même pour la connaissance de la recommandation de manger une à deux fois par jour un aliment de ce groupe. Cette dernière est davantage connue par les filles (70,2 % vs 62,8 %; $p < 0,05$) et moins par les enfants de chômeurs (OR = 0,6; $p < 0,05$) après ajustement sur le sexe et l'âge.

La fréquence de la consommation de poisson ne varie pas avec l'âge au sein des 12-30 ans, mais les enfants d'ouvriers et d'employés ont moins de chance que les enfants de cadres d'en manger au moins deux fois par semaine (respectivement, OR = 0,7; $p < 0,5$ et OR = 0,6; $p < 0,5$). En revanche, ni le revenu du ménage, ni la situation professionnelle du chef de ménage ne sont significativement associés au fait d'en manger à cette fréquence. La connaissance du repère ne s'avère quant à elle associée à aucune de ces variables.

Parmi les jeunes de 12-30 ans, après ajustement sur le sexe et l'âge, les 19-25 ans et les 26-30 ans apparaissent moins consommateurs de féculents que leurs cadets⁵. Il en est de même lorsque le chef du ménage dans lequel les 12-30 ans vivent est ouvrier (coef. = $-0,44$; $p < 0,001$) ou au chômage (coef. = $-0,28$; $p < 0,5$). Une tendance inverse est observée en ce qui concerne la connaissance du repère : les enfants de chômeurs apparaissent plus nombreux que les autres à déclarer la bonne fréquence conseillée (OR = 2,1; $p < 0,05$).

Quant à la consommation de boissons sucrées chez les 12-30 ans, elle est plus fréquente parmi les garçons (47,7 % en ont bu au moins une fois la veille contre 29,6 % des filles; $p_{12-30 \text{ ans}} < 0,01$) et culmine entre

Au moins 5 fruits et légumes la veille	
Régression logistique	
OR	IC 95 %
3A	
1	
1,6*	1,0; 2,6
1	
0,9	0,5; 1,7
0,6	0,3; 1,2
0,8	0,4; 1,4
1	
0,8	0,3; 1,9
0,7	0,3; 1,2
0,6	0,3; 1,1
0,5*	0,2; 0,9
3B	
1	
0,8	0,3; 1,8
3C	
1	
0,5*	0,3; 0,9
1,2	0,7; 2,1

Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

5. Référence : 12-15 ans.

19 et 25 ans ($p_{12-30 \text{ ans}} < 0,05$) [figure 1]. Après ajustement sur le sexe et l'âge, la prise de boissons sucrées apparaît plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (coef. = 0,41; $p < 0,001$), d'employés (coef. = 0,34; $p < 0,001$) et de chômeurs (coef. = 0,46; $p < 0,001$). Elle l'est aussi dans les ménages dont le revenu par UC est inférieur à 900 € (coef. = 0,23; $p < 0,001$).

Distribution journalière des repas

Sur l'ensemble de la population, le nombre moyen de repas par jour augmente avec l'âge, il est de 2,77 chez les 12-30 ans, 2,86 chez les 31-45 ans, 2,91 chez les 46-60 ans et 2,94 chez les 61-75 ans ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$). Ainsi, les 12-30 ans sont significativement moins nombreux que leurs aînés à prendre trois repas par jour (78,8 %) au profit de deux (19,4 %). Néanmoins, au sein de cette tranche d'âge, des disparités selon l'âge sont observées : les 12-15 ans prennent en grande majorité trois repas dans la journée (88,5 % d'entre eux) mais ils ne sont plus que 74,1 % dans ce cas parmi les 19-25 ans ($p < 0,001$) au profit d'une prise de deux repas seulement dans la journée pour 23,8 % d'entre eux [figure 3].

Le repas sauté est dans ce cas avant tout le petit-déjeuner. Près d'un jeune de 12-15 ans sur dix n'en prend pas, cette proportion passant à 15,4 % chez les jeunes âgés de 16 à 18 ans ($p < 0,001$) [figure 4]. Parmi les 12-30 ans, après ajustement sur le sexe et l'âge, le renoncement au petit-déjeuner n'est significativement associé ni à la PCS du chef de famille, ni à sa situation professionnelle, ni au revenu.

Lieu des repas

La veille de l'interview, la majorité des jeunes ont pris leurs repas au domicile, mais ils sont en général légèrement moins nombreux que les adultes à le faire.

Ainsi, 88,9 % des 12-30 ans (vs 94,3 % de leurs aînés; $p < 0,001$) ont pris leur petit-

déjeuner chez eux. C'est le cas de 53,2 % des 12-30 ans vs 70,2 % des 31-75 ans ($p < 0,001$) pour le déjeuner; et respectivement 81,2 % vs 89,8 % ($p < 0,001$) pour le dîner. La situation varie néanmoins selon l'âge au sein des 12-30 ans, les 12-15 ans étant plus nombreux que les autres à prendre le petit-déjeuner et le dîner à domicile (respectivement 95,6 % vs 87,1 %; $p < 0,001$ et 95,4 % vs 77,5 %; $p < 0,001$).

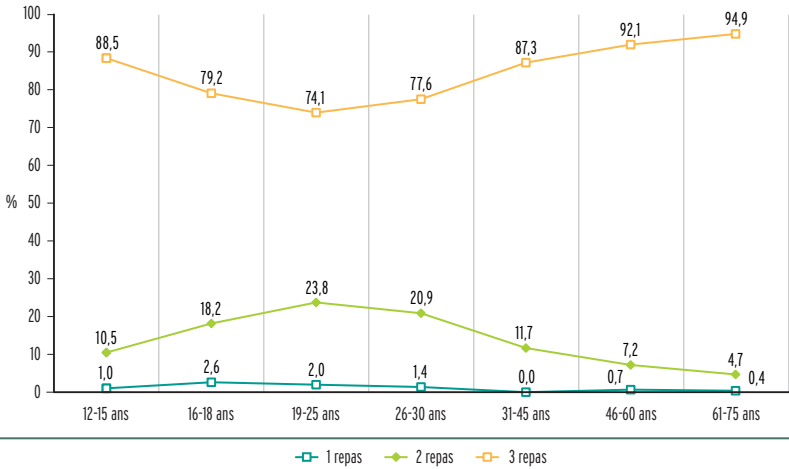
Concernant le déjeuner, 51,5 % des 12-18 ans le prennent à domicile. La consommation hors du domicile correspond à la prise du repas en restauration scolaire ou universitaire (31,8 %), la prise du déjeuner chez des amis vient loin derrière (6,0 %) ainsi que le fast-food (3,1 %) et la consommation dans la rue (2,6 %). Pour les 19-30 ans, dont 54,3 % prennent leur déjeuner à domicile, la prise hors du domicile peut être le lieu de travail (4,6 % au restaurant d'entreprise et 14,4 % hors restauration d'entreprise), chez des amis (8,0 %), au restaurant (6,8 %), le fast-food ou la rue venant en dernière position (respectivement 3,1 % et 2,1 %).

Le soir, 89,7 % des 12-18 ans déclarent manger à domicile, 5,2 % chez des amis, 1,7 % au restaurant scolaire ou universitaire, 1,4 % au restaurant et une minorité au fast-food (0,8 %) ou dans la rue (0,5 %). Les jeunes adultes de 19-30 ans sont un peu moins nombreux à manger à leur domicile (76,6 %) au profit des dîners chez des amis ou de la famille (9,4 %), au restaurant ou dans un café (5,7 %), au fast-food (3,5 %) ou dans la rue (1,1 %).

Du fait de la « rareté » de ce comportement, la fréquentation de fast-foods a été étudiée sur les quinze jours précédant l'enquête et pas seulement sur la veille. Ainsi, 26,2 % des 12-30 ans déclarent y aller au moins une fois par semaine contre 13,6 % des 31-45 ans et 3 % au-delà de 46 ans ($p_{12-75 \text{ ans}} < 0,001$). Au sein des 12-30 ans, cette pratique est nettement plus masculine : entre 16 et 30 ans, 37,7 % des garçons y mangent au moins une fois par semaine

FIGURE 3

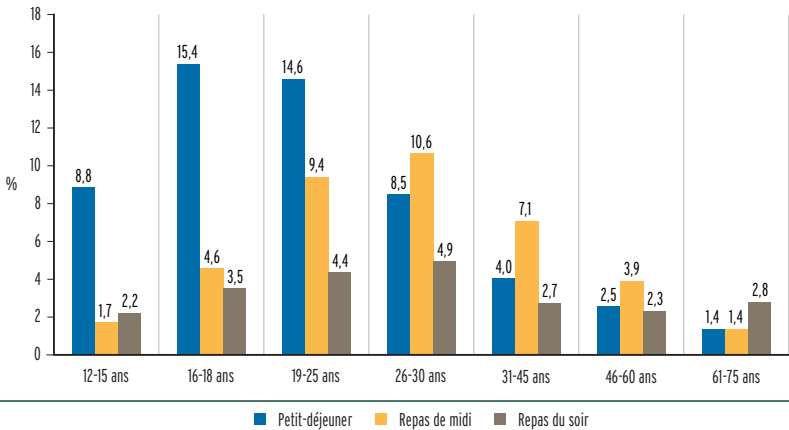
Nombre de repas pris la veille parmi les 12-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

FIGURE 4

Pourcentage de personnes de 12 à 75 ans ayant sauté un repas la veille de l'interview selon l'âge et selon le repas, en 2008



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

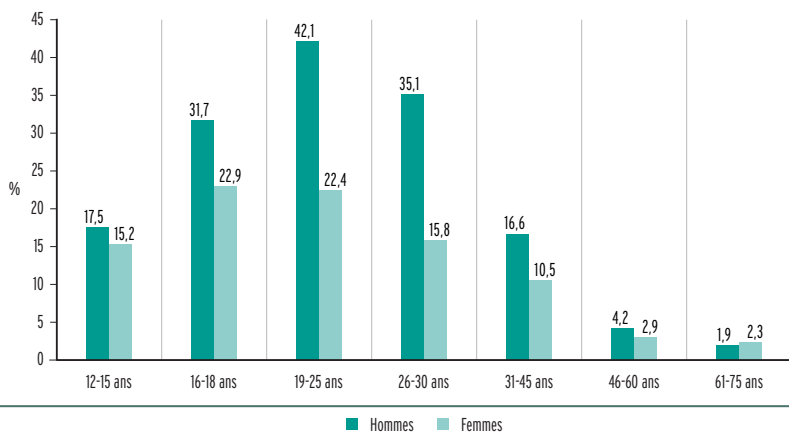
contre 20,2 % des filles ($p < 0,001$) ; la différence n'est en revanche pas significative chez les 12-15 ans [figure 5].

Après ajustement sur le sexe et l'âge, la fréquentation au moins hebdomadaire d'un

fast-food n'est significativement associée ni à la PCS du chef de ménage, ni à sa situation professionnelle, ni au revenu du ménage par UC.

FIGURE 5

Pourcentage d'individus de 12 à 75 ans déclarant avoir mangé dans un lieu de restauration rapide au moins une fois par semaine dans les quinze jours précédant l'interview, en 2010



Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

DISCUSSION

LE RÔLE DU GENRE

La notion de genre joue un rôle important dans la compréhension des habitudes alimentaires des jeunes, avec un effet qui reste très fort même après avoir pris en compte les facteurs socio-économiques. La consommation alimentaire des jeunes femmes de 12-30 ans apparaît ainsi plus favorable à la santé que celle des jeunes hommes, en regard d'aliments ou boissons marqueurs forts d'une alimentation favorable ou non à la santé. Elles prennent en effet davantage de fruits et de légumes dans une journée. Cet écart s'est accru entre 2002 et 2008 chez les 12-17 ans [25] [tableau II] et s'observe dans la plupart des pays européens d'après l'enquête sur la santé des collégiens Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [26]. Elles consomment aussi nettement moins de boissons sucrées que les garçons. Cette tendance, déjà observée en 2002, n'a pas

évolué depuis et apparaît aussi au niveau européen. La France se situe dans le tiers des pays les plus consommateurs, excepté en ce qui concerne les filles de 11 à 15 ans, qui se trouvent dans le deuxième tiers [27]. Les adolescentes sont par ailleurs nettement moins nombreuses que leurs homologues masculins à manger au fast-food.

Les mêmes différences hommes/femmes s'observent de 31 à 75 ans pour les fruits, les légumes et les boissons sucrées après ajustement sur l'âge et les facteurs socio-économiques (PCS, situation professionnelle ou revenu par UC). En revanche, d'autres différences selon le sexe apparaissent chez les adultes alors qu'elles ne sont pas significatives chez les jeunes. Ainsi, les femmes de 31-75 ans prennent davantage de produits laitiers que les hommes, moins d'aliments du groupe VPO, plus de poisson et moins de féculents.

Les femmes et les jeunes filles apparaissent plus attentives à leur santé dans le cadre de

leur alimentation que les hommes. En effet, cette tendance, observée ailleurs [28], se manifeste aussi bien dans leur représentation d'une alimentation équilibrée ou la composition des menus qu'elles préparent. Elles tiennent par ailleurs une place centrale dans les achats alimentaires et la préparation des repas. Car, bien que le temps qu'elles passent dans la cuisine ait diminué de 10 minutes entre 1999 et 2010, l'écart du temps domestique entre les hommes et les femmes demeure : il est d'une heure et demie par jour [29].

Les femmes affichent également un meilleur niveau de connaissances nutritionnelles que les hommes, étant davantage à connaître les repères du PNNS relatifs aux fruits et légumes, produits laitiers, VPO et poisson, seul le repère sur les féculents ne faisant pas l'objet de différence par sexe [28]. Cette meilleure connaissance est observée également dans notre analyse chez les filles âgées de 12 à 30 ans, mais uniquement pour les aliments du groupe VPO et le poisson.

Ainsi, que ce soit au niveau de la consommation alimentaire ou de la connaissance des repères nutritionnels, le spectre des différences de genre semble être moins large parmi les jeunes que parmi leurs aînés. La

pression sociale à l'égard de la minceur, plus forte sur les femmes que sur les hommes [30], s'accroît probablement avec l'âge, bien qu'elle soit déjà présente chez les adolescentes. Les normes corporelles pèsent néanmoins aussi sur les garçons mais en ne mobilisant pas les mêmes registres, notamment celui de la culpabilité, très féminin. L'image d'Épinal « homme/énergie/sport » perdue et pèse de façon différente sur les jeunes garçons [7].

LES VARIATIONS DE COMPORTEMENTS LIÉES À L'ÂGE

Parmi les autres facteurs individuels associés aux comportements alimentaires des jeunes, les différences observées selon l'âge montrent qu'il n'y a pas « une » adolescence mais des périodes de l'adolescence au cours desquelles les comportements alimentaires évoluent. Certains aliments caractéristiques de l'enfance comme les produits laitiers, les féculents sont davantage consommés par les plus jeunes et la fréquence de leur prise diminue jusqu'à 25 ans environ, tandis que la consommation d'autres produits, comme les boissons sucrées, augmente jusqu'à cet âge. Dans le même sens, la distribu-

TABLEAU II

Évolution de 2002 à 2008, chez les 12-17 ans, du pourcentage de consommateurs, la veille de l'interview, des différents groupes alimentaires recommandés, par sexe

	Ensemble		Garçons		Filles	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008
Fruits et légumes (au moins 5 fois la veille)	2,7	8,3	2,4	8,8	3,2	7,9
Légumes (0 ou 1 fois la veille = petit consommateur)	59,3	52,7*	58,0	50,9	60,6	54,5
Fruits (0 ou 1 fois la veille = petit consommateur)	87,1	78,7**	86,7	80,1	87,4	77,4**
Produits laitiers (3 à 4 fois la veille)	48,1	45,5	46,2	51,5	50	39,6*
Féculents (au moins 3 fois la veille)	81,8	77,1	85,3	79,2	78,1	74,9
Poisson au moins 2 fois/semaine	19,8	39,8***	18,8	41,8***	20,9	36,9***
Boissons sucrées (au moins 1 fois la veille)	38,1	36,2	39,5	43,6	36,7	28,8

Différence 2002-2008 : * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé nutrition 2008, Inpes.

tion journalière des repas évolue entre 12 et 25 ans, les jeunes devenant plus nombreux à sauter des repas avec l'avancée en âge. Les lieux des repas changent aussi, la prise au domicile, qui reste néanmoins la plus fréquente, diminue légèrement au profit de repas pris chez des amis, au restaurant ou au fast-food. Les comportements alimentaires des 12-30 ans semblent donc évoluer grossièrement en trois étapes. Pour les jeunes de 12 à 15 ans, la référence principale est encore la norme alimentaire familiale [7]. La période de 15 à 18 ans, qui se poursuit jusqu'à environ 25 ans, est marquée par une mutation dans la façon de manger et du contenu de l'assiette. En effet, alors que la famille prenait en charge l'alimentation des adolescents depuis l'enfance, ces derniers se trouvent à devoir gérer individuellement des éléments parfois contradictoires et paradoxaux de notre société, comme les règles familiales, les normes corporelles et les messages nutritionnels qui les encouragent à manger moins sucré, moins salé, moins gras, alors même que l'industrie agroalimentaire leur offre une gamme très étendue de produits alimentaires plus ou moins favorables à la santé et les invite à se faire plaisir.

Néanmoins, après cette période d'expérimentation, au-delà de 25 ans, notamment avec l'entrée dans la vie active et de couple, voire de famille, les comportements des jeunes adultes ont tendance à se rapprocher peu à peu de ceux des adultes plus âgés.

Sur plusieurs indicateurs, les fruits et légumes en particulier, les jeunes de 12 à 30 ans affichent une meilleure connaissance du repère de consommation que leurs aînés, tout en étant moins nombreux à l'atteindre. Ce paradoxe traduit notamment la difficulté à glisser de l'information, de la connaissance au changement effectif de comportement. Cette difficulté semble particulièrement importante chez les jeunes. Elle a également été observée à

l'étranger, dans une étude menée auprès de plus de 600 jeunes âgés de 11 à 18 ans [31] mettant en avant la nécessité de chercher de nouvelles stratégies de communication, d'incitation qui ne soient pas excessivement basées sur l'apport d'informations. La réflexion sur l'environnement quotidien des jeunes apparaît ainsi cruciale. Il peut s'agir par exemple de faciliter l'accès aux fruits et légumes dans les espaces de restauration collective, mais aussi d'agir plus largement sur l'environnement autour de l'école. Dans ce sens, au Canada, a été mis à disposition des municipalités un guide comportant des pistes d'action pour modifier la réglementation municipale en vue de limiter l'implantation de nouveaux commerces de restauration rapide à proximité des écoles [32].

En France, des stratégies proactives allant au-delà de l'apport de connaissances ont également été mises en place pour tenter d'aboutir à des changements de comportements, en particulier dans le domaine de l'activité physique, composante complémentaire de l'alimentation dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires et le surpoids. Dans cette perspective, le projet « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (Icaps) a mis en place des actions de promotion de l'activité physique se basant sur le modèle écologique de la santé et sur une stratégie d'intervention multiniveau : composante éducative envers les adolescents, mobilisation de l'entourage, nouvelles activités physiques proposées au sein du collège, sollicitation des collectivités territoriales pour faciliter l'accès aux équipements sportifs et au transport actif [33]. Une telle initiative a permis une augmentation de la pratique d'activité physique et une diminution de la sédentarité et a eu un effet bénéfique sur le poids et le risque de maladies cardiovasculaires, tout en tendant à réduire les inégalités sociales de santé.

LES VARIATIONS DE COMPORTEMENTS LIÉES AU STATUT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DU CHEF DE MÉNAGE

Dans notre enquête, les inégalités sociales de santé apparaissent fortement marquées en ce qui concerne la consommation d'aliments favorables à la santé. Les enfants d'ouvriers et d'employés mangent moins fréquemment des fruits et des légumes que ceux des cadres. Les enfants de chômeurs et ceux vivant dans un ménage dont les revenus sont plus faibles mangent moins de légumes. Les fruits et légumes apparaissent ainsi, pour les jeunes comme pour les adultes, comme un « marqueur social », ce groupe d'aliments étant identifié comme un de ceux dont le niveau de consommation est le plus lié au statut socio-économique et aux inégalités de santé [13].

Les jeunes enfants d'ouvriers et d'employés sont par ailleurs moins nombreux que ceux des cadres à manger du poisson au moins deux fois par semaine, la faible consommation de poisson ayant également été identifiée comme une caractéristique de l'alimentation des populations défavorisées [34]. La prise de boissons sucrées, défavorable à la santé, est quant à elle davantage observée parmi les enfants d'ouvriers, d'employés, de chômeurs et vivant dans un ménage à faible revenu.

La connaissance des repères du PNNS chez les jeunes apparaît en revanche moins marquée socialement. On n'observe pas de différence selon le revenu, la PCS ou la situa-

tion professionnelle du chef de ménage, pour les repères sur les fruits et légumes, les produits laitiers et le poisson. Toutefois, les fils de chômeurs sont moins nombreux à connaître le repère sur les VPO alors qu'ils sont plus nombreux que ceux des cadres à déclarer qu'il faut manger des féculents au moins trois fois par jour pour être en bonne santé.

Si la connaissance des repères relatifs aux aliments les plus marqueurs d'une alimentation favorable à la santé n'apparaît pas socialement différenciée, la fréquence de consommation de ces aliments est au contraire négativement associée au statut économique et social du ménage d'appartenance des jeunes. La différenciation selon l'appartenance sociale de l'intégration des normes d'alimentation, observée par ailleurs chez des adultes [35], semble prendre sa naissance dès l'adolescence.

Les actions de prévention basées uniquement sur l'information et plus généralement les actions d'éducation pour la santé ont été identifiées comme celles pour lesquelles la distorsion de résultat en termes d'inégalités sociales de santé est la plus forte, dans la mesure où elles se fondent davantage sur des compétences socialement discriminées et des réseaux sociaux inégalement appropriés [36]. Le recours à d'autres types de programme, mis en œuvre dès la petite enfance et agissant au niveau individuel et environnemental, apparaît ainsi plus à même de favoriser une alimentation bénéfique pour la santé sans pour autant accroître les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.


[1] Organisation mondiale de la santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Copenhague : OMS, 2004 : 23 p. En ligne : whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242592226_fre.pdf

[2] Schroeder S. A. Shattuck Lecture. We can do better. Improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 357, n° 12 : p. 1221-1228.

[3] Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Activité physique : contexte et effets sur la santé*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2008 : 811 p.

[4] Nicklas T. A., Hayes D. Position of the American Dietetic Association : nutrition guidance for healthy children ages

- 2 to 11 years. *Journal of the American Dietetic Association*, 2008, vol. 108, n° 6 : p. 1038-1047.
- [5] Larson N., Story M. A review of environmental influences on food choices. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009, vol. 38, Suppl. 1, : p. S56-73.
- [6] Burgess-Champoux T. L., Larson N., Neumark-Sztainer D., Hannan P. J., Story M. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2009, vol. 41, n° 2 : p. 79-86.
- [7] Diasio N., Hubert A., Pardo V. dir. *Alimentations adolescentes en France : principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha*. Paris : Observatoire Cniel des habitudes alimentaires, coll. Les cahiers de l'Ocha, 2009, n° 14 : 219 p.
- [8] Larson N. I., Neumark-Sztainer D., Hannan P. J., Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007, vol. 107, n° 9 : p. 1502-1510.
- [9] Booth S. L., Sallis J. F., Ritenbaugh C., Hill J. O., Birch L. L., Frank L. D., et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity : rationale, influences, and leverage points. *Nutrition Reviews*, 2001, vol. 59, n° 3 Pt 2 : p. S21-39 [discussion S57-65].
- [10] Taylor J. P., Evers S., McKenna M. Determinants of healthy eating in children and youth. *Canadian Journal of Public Health*, 2005, vol. 96, Suppl. 3 : p. S20-26, S22-29.
- [11] Malon A., Deschamps V., Salanave B., Vernay M., Szego E., Estaquio C., et al. Compliance with French nutrition and health program recommendations is strongly associated with socioeconomic characteristics in the general adult population. *Journal of the American Dietetic Association*, 2010, vol. 110, n° 6 : p. 848-856.
- [12] Darmon N., Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2008, vol. 87, n° 5 : p. 1107-1117.
- [13] Combris P., Amiot-Carlin M.-J., Caillavet F., Causse M., Dallongeville J., Padilla M., et al. *Les Fruits et Légumes dans l'alimentation : enjeux et déterminants de la consommation*. Expertise collective. Paris : Inra, 2007 : 374 p.
- [14] Deschamps V., Salanave B., Vernay M., Guignon N., Castetbon K. Facteurs socio-économiques associés aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à la sédentarité des adolescents en classe de troisième en France (2003-2004) – Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2010, n° 13 : p. 5.
- [15] Thibault H., Contrand B., Saubusse E., Baine M., Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents : physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*, 2010, vol. 26, n° 2 : p. 192-200.
- [16] Fear E., Michaud C., Boucher J., Gerbouin-Rerolle P., Leynaud-Rouaud C., Chateil S., et al. Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2003, n° 20 : p. 85-87.
- [17] Lioret S., Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G., Lafay L., et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity (Silver Spring)*, 2009, vol. 17, n° 5 : p. 1092-1100.
- [18] Dupuy M., Godeau E., Vignes C., Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France : results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011, vol. 11 : p. 442.
- [19] Escalon H., Beck F., Bossard C. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 424 p.
- [20] Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. dir. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : Éditions CFES, coll. Baromètres, 1997 : 179 p.
- [21] Guilbert P., Perrin-Escalon H. dir. *Baromètre santé nutrition 2002*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres, 2004 : 259 p.
- [22] Institut national de veille sanitaire. *Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*. Colloque 2007 du Programme national nutrition santé (PNNS), Saint-Maurice : InVS, 2007 : 74 p.
- [23] Agence française de sécurité sanitaire des aliments. *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) : 2006-2007*. Maisons-Alfort : Afssa, 2009 : 225 p.
- [24] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Deuxième Programme national nutrition santé - 2006-2010. Actions et Mesures*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 51 p.
- [25] Escalon H., Julia C., Bossard C., Trugeon A., Baudier F. Consommations et habitudes alimentaires. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 118-159.
- [26] Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., et al. *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study : International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen : World Health Organisation, 2012 : 252 p.
- [27] Joutet B., Dupuy M., Escalon H. Habitudes alimentaires. In : Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : p. 105-114.
- [28] Delamaire C., Bossard C., Julia C. Perceptions, connaissances et attitudes en matière d'alimentation. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : p. 80-115.
- [29] Ricroch L., Roumier B. Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet. *Insee Première*, 2011, n° 1377 : 4 p.

- [30] Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2006, vol. 41, n° 2 : p. 97-103.
- [31] Pich J., Ballester L., Thomàs M., Canals R., Tur J. A. Assimilating and following through with nutritional recommendations by adolescents. *Health Education Journal*, 2011, vol. 70, n° 4 : p. 435-445.
- [32] Association pour la santé publique du Québec, Réseau québécois de Villes et Villages en santé. *La Zone-école et l'Alimentation : des pistes d'action pour le monde municipal*. Montréal : ASPQ, 2011 : 32 p.
- [33] Simon C., Schweitzer B., Platat C., Kellou N., Copin N., Hausser F., et al. Promouvoir l'activité physique, lutter contre la sédentarité et prévenir le surpoids chez l'adolescent, c'est possible : les leçons d'ICAPS. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2011, vol. 46, n° 3 : p. 130-136.
- [34] Caillavet F., Darmon N., Lhuissier A., Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France- Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. *Travaux de l'Observatoire*, 2005, vol. 2006 : p. 279-322.
- [35] Régnier F. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de Sociologie*, 2009, vol. 50, n° 4 : p. 747-773.
- [36] Potvin L., Ginot L., Moquet M.-J. La réduction des inégalités : un dispositif prioritaire des systèmes de santé. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : p. 52-61.
- 



L'essentiel

Conduites alimentaires perturbées des jeunes

Les troubles du comportement alimentaire font référence à un rapport à la nourriture devenu pathologique soit dans ses représentations, soit dans les pratiques par suralimentation et/ou sous-alimentation. Leurs conséquences peuvent être aiguës ou chroniques, immédiates ou tardives, liées à la dénutrition et/ou aux vomissements, et sont fréquemment associées à des pathologies psychiques. Malgré l'importance de ces comportements en termes de santé publique, il n'existe pas à ce jour en France d'enquête représentative qui propose une quantification au niveau national de ces troubles tels qu'ils sont identifiés par des critères diagnostiques issus du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Loin d'offrir une description exhaustive de ces pratiques, les Baromètres santé, réalisés en 2005 puis en 2010, permettent néanmoins d'étudier l'évolution récente de certains symptômes utilisés dans le diagnostic des situations d'anorexie ou de boulimie comme les épisodes de frénésie alimentaire, le fait de se faire vomir volontairement, de manger en cachette et de redouter de commencer à manger par crainte de ne pouvoir s'arrêter.

Ces symptômes de troubles du comportement alimentaire ne

concernent qu'une faible proportion de personnes et n'ont pas augmenté entre 2005 et 2010. Ils se rencontrent surtout à l'adolescence et chez les femmes. C'est surtout le fait de manger en cachette qui distingue les adolescents des autres âges (7 % des moins de 19 ans déclarant l'avoir fait souvent au cours de l'année contre 3 % des 20-30 ans). Toujours au cours des douze derniers mois, parmi les 15-19 ans, 48 % ont déjà eu l'impression de manger plus que de raison tout en éprouvant de la peine à s'arrêter, contre 41 % des 20-30 ans, et 17 % ont déjà redouté de ne pouvoir s'arrêter de manger contre 8 % des 20-30 ans.

La nourriture est une préoccupation importante chez les jeunes filles, constituant une charge mentale qui dépasse de loin le contrôle physique de leurs pratiques : c'est le fait de redouter de commencer à manger de peur de perdre le contrôle qui distingue le plus les femmes des hommes (15 % des femmes de 15-30 ans déclarent avoir déjà eu de telles pensées, contre seulement 7 % des hommes du même âge). Les normes corporelles pèsent sur les garçons comme sur les filles, mais elles ne mobilisent pas les mêmes registres, jouant davantage sur celui de la culpabilité pour les femmes.

Il ne paraît pas y avoir de lien notable entre la corpulence déclarée par les jeunes et les épisodes de frénésie alimentaire, le fait de manger en cachette ou de se faire vomir. En revanche, la peur de manger trop semble fortement conditionnée par la corpulence des jeunes. Le fait de redouter de commencer à manger, même s'il ne désigne pas une pratique mais une posture, apparaît comme un indicateur assez général qui permet de repérer la pression sociale et psychologique qui s'exerce sur le contrôle de la nourriture. Il touche en effet principalement des adolescentes, urbaines, de milieu défavorisé, en détresse psychologique et qui se trouvent déjà en surpoids.

Toutes les conduites alimentaires perturbées évoquées dans le Baromètre santé 2010 (qu'elles soient expansives ou restrictives) sont liées à des indicateurs de détresse psychologique importante pour les filles comme pour les garçons. Les facteurs sociaux, qui conditionnent lourdement le rapport à l'alimentation, se révèlent également importants dans la survenue des quatre troubles alimentaires étudiés, mais apparaissent d'une intensité moindre que la situation de détresse psychologique.

Conduites alimentaires perturbées des jeunes

FRANÇOIS BECK
FLORENCE MAILLOCHON
JEAN-BAPTISTE RICHARD
STÉPHANE LEGLEYE

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est sans doute le trouble du comportement alimentaire le plus connu du grand public, en raison du traitement médiatique important dont il est l'objet depuis une dizaine d'années [1] et du caractère impressionnant des victimes faméliques qu'il met en scène. Les comportements alimentaires perturbés représentent cependant un ensemble plus large de situations, allant de la préoccupation illégitime à l'égard de son propre poids jusqu'à des affections psychiatriques majeures identifiées à l'aide de critères diagnostiques précis, parmi lesquelles figurent justement l'anorexie mentale, mais aussi la boulimie nerveuse ou, depuis peu, l'alimentation compulsive (*binge eating disorder*) [2].

Les troubles du comportement alimentaire font donc référence à un rapport à la nourriture devenu pathologique, soit dans ses représentations, soit dans les faits par surconsommation et/ou sous-alimentation. Ils représentent un enjeu de santé publique important dans la mesure où les complications somatiques qui leur sont associées sont nombreuses et peuvent s'avérer graves, voire mortelles, comme dans le cas de l'anorexie mentale [3-5], les principales causes de décès étant le suicide et les complications somatiques [6, 7]. Leurs conséquences peuvent en effet être aiguës ou chroniques, immédiates ou tardives, liées à la dénutrition et/ou aux vomissements (troubles cardiaques, digestifs,

métaboliques, dentaires, rénaux, ostéoporotiques et infectieux). En outre, les troubles alimentaires sont fréquemment associés à des pathologies psychologiques ou psychiatriques : dépression, anxiété, troubles de la personnalité, conduites suicidaires...

Or, depuis quelques années, l'idéal d'un corps mince, voire maigre (au point qu'il soit parfois question de « dictature de la minceur ») est devenu très prégnant dans les représentations, notamment des jeunes. En même temps, le nombre de personnes en surpoids, voire obèses, a augmenté en France au cours des dernières décennies, y compris chez les enfants et les adolescents. Cette situation paradoxale, puisque jamais l'idéal du corps « élancé » n'a été aussi fort et que jamais le nombre de personnes échappant à ce modèle n'a été aussi important [8], montre bien le décalage qui peut s'instaurer, au niveau du comportement alimentaire individuel, entre les aspirations et les pratiques, les désirs et les contraintes. Tous ces signes laissent penser que les prévalences des différents troubles du comportement alimentaire pourraient être élevées, information souvent relayée par la presse sans qu'elle soit véritablement étayée par des données fiables.

Or, il n'existe pas à ce jour en France d'enquête représentative qui propose une quantification de tels troubles au niveau national. Il apparaît pourtant important de quantifier le niveau et l'évolution des comportements alimentaires perturbés pour déjouer les effets d'annonce et tenter d'évaluer la réelle ampleur du phénomène sanitaire. La difficulté n'est pas seulement d'ordre statistique, elle est aussi d'ordre méthodologique, car bien qu'elles soient identifiées par des critères diagnostiques précis issus du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) [9], qui sert de base à la nosographie psychiatrique américaine, les pathologies de la conduite alimentaire se caractérisent par

un enchevêtrement de symptômes, dont la traduction en un jeu de questions à poser dans le cadre d'une enquête en population générale peut s'avérer délicate. Loin d'offrir une description exhaustive de ces troubles, les Baromètres santé, réalisés en 2005 puis en 2010, permettent néanmoins d'étudier l'évolution récente de certains symptômes utilisés dans le diagnostic des situations d'anorexie ou de boulimie.

Dans cet article, quatre questions seront plus particulièrement analysées. Elles portent sur les épisodes de frénésie alimentaire, sur le fait de se faire vomir volontairement, de manger en cachette ou encore de redouter de commencer à manger par crainte de ne pouvoir s'arrêter. Ces notions sont plus larges que celles de troubles des comportements alimentaires tels que définis dans le DSM. Ces propositions ne suffisent pas à élaborer un diagnostic différentiel, mais elles font partie des comportements qu'il est possible d'interroger dans le cadre d'une enquête sur la santé effectuée en population générale¹. Elles permettent en outre d'apprécier à la fois des pratiques et des représentations de comportements face à la nourriture (redouter de manger), et de saisir les excès dans leurs deux dimensions extrêmes : les pratiques expansives (manger trop) et restrictives (vomir), qui ne sont pas exclusives. L'objectif est plutôt de quantifier des troubles « précliniques », en tant que signes annonciateurs de pathologies alimentaires avérées, ou encore d'une détresse psychologique, voire d'une conduite suicidaire. Cette démarche est assez proche de celle qui s'appuie sur la notion d'épisodes subsyndromiques (c'est-à-dire des situations correspondant à un seuil juste

1. Il existe désormais des questionnaires s'appuyant sur les critères de la version 4 du DSM ou sur les notions évoquées dans l'élaboration de la version 5 à venir du DSM, mais les validations opérées aux États-Unis ont révélé des qualités psychométriques et des concordances qui restent médiocres [10], alors même que ces instruments nécessitent un temps de questionnement long.

inférieur aux critères diagnostiques) et qui est développée dans des travaux américains récents [2].

L'intérêt d'une meilleure connaissance de ces conduites serait d'aider à mettre en place des stratégies de repérages et d'interventions de prévention précoce. Pour ce faire, il semble intéressant de combiner deux types d'analyses complémentaires, mais rarement associées car ressortissant d'horizons disciplinaires différents. La première, d'orientation épidémiologique, consiste à replacer la question des troubles alimentaires dans une perspective sanitaire plus large afin de mieux en saisir les contours. Il s'agit alors

de resituer les troubles de comportements alimentaires par rapport à un ensemble de problèmes physiques ou psychiques auxquels ils pourraient être associés, comme causes ou comme symptômes. La seconde, d'orientation sociologique, vise à déceler des populations qui seraient plus vulnérables à ces problèmes en raison de leur origine sociale et de leurs conditions et modes de vie, entérinant le fait que les questions de santé ne touchent pas seulement un corps biologique, mais aussi un corps social. Il importe donc de comprendre comment certains contextes sociaux favorisent ou non certaines pathologies.

RÉSULTATS

DES COMPORTEMENTS QUI SURVIENNENT SURTOUT À L'ADOLESCENCE

Pour la majorité des jeunes de 15 à 30 ans, les comportements alimentaires abordés dans cette étude ne semblent pas poser de problèmes spécifiques : sur la période des 12 derniers mois 89,4 % n'ont jamais redouté de commencer à manger, 84,4 % n'ont jamais mangé en cachette, 96,3 % ne se sont jamais fait vomir volontairement, et 57,0 % n'ont jamais mangé énormément avec de la peine à s'arrêter. Au total, 77 % des jeunes déclarent n'avoir pas ou quasiment jamais rencontré de situations où ils auraient perdu, ou eu peur de perdre, le contrôle de leur alimentation, ou bien encore éprouvé de la culpabilité vis-à-vis d'un excès de nourriture qui les aurait conduits à dissimuler leurs pratiques ou à adopter des mesures restrictives volontaires comme le vomissement. Seuls 0,4 % des jeunes de 15-30 ans reconnaissent au contraire avoir souvent vécu l'ensemble des quatre pratiques évoquées (dissimulation,

crainte, excès et vomissement) et 1,6 % en déclarent trois.

Malgré l'attention médiatique qu'ils suscitent, ces symptômes ne concernent donc manifestement qu'une faible proportion de jeunes, résultat qui se retrouve au niveau international. Pour les troubles avérés selon le DSM : parmi les femmes, la prévalence de l'anorexie mentale atteint 0,9 % en Europe [11] comme aux États-Unis [12] ; la prévalence de la boulimie respectivement 0,9 % et 0,5 % dans les deux contextes. Leur évolution n'est d'ailleurs pas à la mesure de la publicité qui en a été faite au cours des dix dernières années. Tels qu'ils peuvent être mesurés, très imparfaitement, à l'aune de ces quatre dimensions, les symptômes de troubles alimentaires n'ont pas augmenté à la fin des années 2000. La proportion de jeunes ne déclarant aucune de ces pratiques est la même dans le Baromètre santé 2005 et dans le Baromètre santé 2010 [tableau I]. La proportion des jeunes souvent concernés par l'un ou l'autre de ces aspects a même légèrement diminué, peut-être sous l'influence de

TABLEAU I

Évolutions des troubles alimentaires survenant rarement ou souvent au cours de l'année parmi les 15-30 ans, entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

	2005		2010	
	Rarement	Souvent	Rarement	Souvent
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	27,5	15,4	30,2	12,5
Se faire vomir volontairement	3,1	1,1	2,9	0,4
Redouter de commencer à manger...	6,3	4,5	6,3	3,8
Manger en cachette (si ne vit pas seul)	9,1	5,8	12,1	3,9

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

l'attention sanitaire qui s'est développée dans la même période et notamment lors du déploiement du deuxième Programme national nutrition santé (PNNS) entre 2006 et 2010.

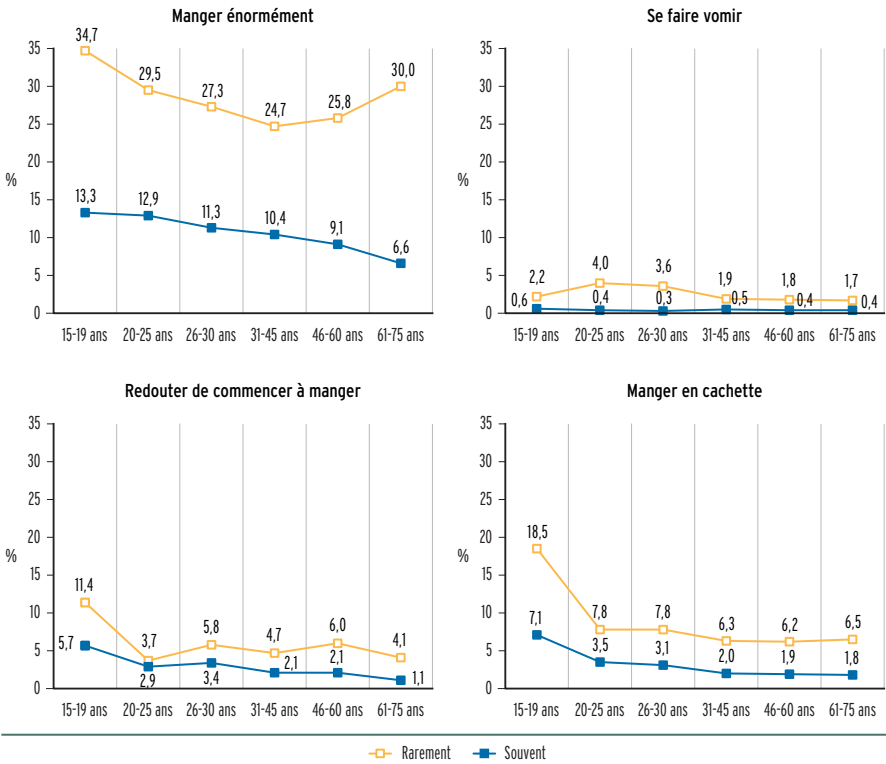
Néanmoins, la période de l'adolescence nécessite une attention particulière parce que c'est entre 15 et 19 ans que les comportements alimentaires perturbés se révèlent les plus fréquents chez les jeunes. C'est surtout le fait de manger en cachette qui distingue les adolescents des autres âges (7,1 % des moins de 19 ans l'ont fait souvent au cours de l'année contre 3,3 % des 20-30 ans), même si ce sont surtout ceux qui disent le faire rarement qui contribuent à creuser l'écart (18,5 % pour les moins de 15 ans contre 7,8 % pour les 20-30 ans). On peut d'ailleurs s'interroger sur le sens que revêt un tel comportement à un âge où la plupart des jeunes n'ont souvent pas la maîtrise de ce qui est dans leur assiette. Parmi les 15-19 ans, 48,0 % ont déjà eu l'impression de manger plus que de raison tout en éprouvant de la peine à s'arrêter, contre 40,7 % des 20-30 ans, et 17,1 % ont déjà redouté de ne pouvoir s'arrêter de manger contre 7,5 % des 20-30 ans [figure 1]. La dimension compulsive du rapport à l'alimentation est donc plus souvent évoquée par les adolescents, comme si elle tendait à être mieux maîtrisée avec le temps (les 20-25 ans interrogés en 2010 déclarent plutôt moins de

troubles que les jeunes de 15-19 ans interrogés en 2005).

Les comportements alimentaires perturbés se rencontrent donc surtout à l'adolescence, période associée aux transformations/pubertaires du corps, mais aussi à une étape importante du processus de construction identitaire. Dans ce contexte de changements, les jeunes doivent faire face aux modifications non seulement de leur corps, mais aussi des représentations qu'ils en ont. Durant cette période, le regard qu'ils posent sur eux-mêmes peut être remis en cause, voire totalement bouleversé, le poids constituant une composante centrale de l'image de soi. Depuis quelques années, l'idéal de minceur véhiculé par la société est devenu très prégnant dans les représentations des jeunes, et singulièrement des filles. Au collège par exemple, 58 % des adolescents s'estiment à peu près au bon poids, mais près de 30 % d'entre eux se trouvent trop gros. En particulier, 23 % des jeunes de poids normal s'estiment trop gros [13]. On comprend mieux, dès lors, pourquoi les adolescents évoquent aussi fréquemment la peur de la perte du contrôle de leur alimentation (effective ou anticipée) face à l'ensemble des contraintes contradictoires auxquelles ils sont soumis : des besoins physiologiques qui peuvent accroître soudainement leur appétit, et des normes sociales de continence alimentaire

FIGURE 1

Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

qui les rappellent à l'ordre d'un corps adulte idéal dont ils n'ont encore qu'une connaissance et une maîtrise très imparfaites.

La pratique de se faire vomir semble moins spécifiquement liée à l'âge. Une proportion similaire de jeunes a recours fréquemment à cette technique restrictive avant 19 ans (0,6 % d'entre eux) ou après (0,4 % des moins de 30 ans). Si ce désir du contrôle aigu de l'ingestion apparaît au cours de l'adolescence, il semble cependant s'exercer de façon relativement constante tout au long de la vie, rappelant (même s'il n'en est qu'un signe parmi d'autres) la difficulté à sortir du processus de l'anorexie.

DES TROUBLES DIFFÉRENCIÉS SELON LE GENRE

Au niveau international, il a été établi, à partir d'enquêtes américaines menées en population adulte reposant sur les critères du DSM, que l'anorexie mentale toucherait 1 % des femmes et 0,3 % des hommes, tandis que la boulimie nerveuse concernerait 1,5 % des femmes et 0,5 % des hommes [12]. À l'adolescence, l'anorexie mentale toucherait 0,3 % des jeunes sans distinction selon le sexe, mais les formes subsyndromiques concerneraient 1,5 % des filles contre seulement 0,1 % des garçons, tandis

que la boulimie nerveuse concernerait 1,3 % des filles et 0,5 % des garçons [2]. La frénésie alimentaire (*binge eating disorder*) concernerait pour sa part 1,6 % des adolescents américains (4,1 % si l'on tient compte des comportements subsyndromiques) [2]. Comme on l'a vu, notre travail ne permet pas d'opérer une telle quantification, notamment parce que, lors de la conception du questionnaire, de tels outils n'étaient pas disponibles pour les enquêtes en population générale. Il montre néanmoins combien la différenciation sexuelle des comportements alimentaires s'opère dès l'adolescence [14]. Les conduites alimentaires perturbées sont plus fréquentes chez les femmes. Ces dernières sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir mangé énormément ou redouté de le faire, à avoir mangé en cachette ou à s'être fait vomir. C'est parmi les adolescents que les clivages sont les plus importants. Alors que les garçons de 15 à 19 ans sont encore peu nombreux à reconnaître des comportements alimentaires pouvant être problématiques, une proportion plus importante de jeunes filles évoque un rapport complexe avec la nourriture. Parmi les jeunes adultes, entre 26 et 30 ans, les comportements apparaissent moins différenciés entre les hommes et les femmes [tableau II].

Avant 30 ans, c'est en particulier le fait de redouter de commencer à manger de peur de perdre le contrôle qui distingue le plus les femmes des hommes (14,8 % des femmes de moins de 30 ans déclarent avoir déjà eu de telles pensées, contre seulement 6,5 % des hommes du même âge). Cet indicateur montre combien la nourriture est une préoccupation importante chez les jeunes filles. Elle constitue une charge mentale permanente, dès leur adolescence, qui dépasse de loin le contrôle physique des pratiques. Les normes corporelles pèsent sur les garçons comme sur les filles, mais elles ne mobilisent pas les mêmes registres, jouant davan-

tage sur le registre de la culpabilité pour les femmes [15], comme l'indique cette peur de la perte de contrôle qui s'ajoute à l'hypercontrôle (le fait de se faire vomir est plus important chez les filles que chez les garçons) ou au contraire à la perte de contrôle (manger trop).

LE POIDS DE L'INSATISFACTION CORPORELLE ET DE LA CORPULENCE

La norme esthétique de contrôle du poids pèse plus particulièrement sur les femmes : en population adulte, il a déjà été observé que parmi les femmes n'étant ni en surpoids, ni obèses, environ la moitié déclare se trouver trop ronde [16]. À l'adolescence, on a pu observer que 45 % des filles se trouvent trop grosses, alors que seulement 6 % d'entre elles se trouvent trop maigres, ce qui est le cas de 22 % des garçons. Ces écarts importants se retrouvent radicalement inversés dans la corpulence déclarée par les jeunes, avec 22 % de filles identifiées comme maigres à 18 ans, contre seulement 8 % de garçons [17], illustrant bien le décalage entre la réalité et les attentes concernant le poids qui s'instaure dès l'adolescence, mais de façon inversée pour les adolescents et les adolescentes. Celles-ci apparaissent toujours plus minces en moyenne que ceux-là, même si elles redoutent davantage que les garçons de ne pas l'être. En 2010, la proportion de jeunes femmes ayant un poids en dessous de la moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC)² apparaît, à tout âge, plus importante que celle des jeunes

2. Dans la mesure où le Baromètre santé ne propose qu'une mesure de l'IMC établie sur la base de données déclaratives, dont on connaît bien les limites [18], nous devons souligner que la prise en compte de cette dimension dans l'analyse doit se faire avec précaution. Le recours à un facteur de correction est parfois préconisé dans la littérature [19], et le recours à des seuils spécifiques à l'adolescence est jugé nécessaire en deçà de 18 ans [20]. Néanmoins, dans la mesure où l'IMC n'est ici utilisé que comme variable transversale, ces choix techniques n'ont probablement que peu d'incidence sur la mesure du lien entre IMC et conduites alimentaires perturbées.

TABLEAU II

Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

	Ensemble			Hommes			Femmes		
	Jamais	Rarement	Souvent	Jamais	Rarement	Souvent	Jamais	Rarement	Souvent
15-19 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	52,0	34,7	13,3	57,8	31,4	10,8	45,8	38,1	16,0
Se faire vomir volontairement	97,3	2,1	0,6	99,0	0,9	0,1	95,5	3,5	1,0
Redouter de commencer à manger...	82,9	11,4	5,7	90,4	8,7	0,9	75,1	14,2	10,8
Manger en cachette	74,3	18,5	7,1	75,0	19,2	5,8	73,6	17,9	8,5
20-25 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	57,6	29,5	12,9	59,2	29,7	11,2	56,0	29,4	14,6
Se faire vomir volontairement	95,7	4,0	0,4	95,6	4,1	0,3	95,7	3,8	0,4
Redouter de commencer à manger...	93,4	3,7	2,9	97,2	1,7	1,0	89,6	5,7	4,7
Manger en cachette	88,7	7,8	3,5	89,9	8,2	1,9	87,6	7,4	5,0
26-30 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	61,3	27,3	11,3	57,5	32,4	10,1	65,2	22,3	12,5
Se faire vomir volontairement	96,1	3,6	0,3	97,2	2,8	0,0	95,0	4,4	0,6
Redouter de commencer à manger...	90,9	5,8	3,4	92,3	4,5	3,2	89,5	7,0	3,5
Manger en cachette	89,1	7,8	3,1	90,6	6,2	3,1	87,6	9,4	3,0
Ensemble (15-30 ans)									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	57,0	30,4	12,5	58,2	31,1	10,7	55,9	29,8	14,4
Se faire vomir volontairement	96,3	3,3	0,4	97,2	2,7	0,1	95,4	3,9	0,7
Redouter de commencer à manger...	89,4	6,7	3,9	93,5	4,8	1,7	85,2	8,7	6,1
Manger en cachette	84,4	11,1	4,5	85,4	11,0	3,5	83,4	11,2	5,4

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

hommes, traduisant à proprement parler l'incorporation dans les corps de l'idéal de minceur particulièrement prégnant chez les femmes. Cette pression semble maximale au plus jeune âge, la tendance s'amenuisant avec l'âge. Les corps des jeunes adultes sont relativement moins longilignes que ceux des adolescents. La proportion des personnes en dessous de l'IMC est moins importante pour les jeunes de plus de 25 ans (tout sexe confondu) que pour les adolescents et adolescentes.

Le lien entre la corpulence des individus et leur comportement alimentaire est complexe puisqu'ils sont largement interdépendants. Le régime alimentaire conditionne la masse corporelle, qui peut, à son tour, influencer les comportements face à la nourriture.

En effet, à 11-15 ans, parmi les filles qui indiquent une corpulence normale ou insuffisante (selon leurs propres indications sur leur poids et leur taille), 31 % se trouvent un peu ou beaucoup trop grosses (contre seule-

ment 16 % pour les garçons). Pour autant, parmi les 30 % de jeunes qui déclarent faire un régime ou avoir besoin de perdre du poids, 23 % ont un poids normal ou insuffisant, les filles étant nettement plus concernées (31 %) que les garçons (16 %) [13].

Or, une telle insatisfaction vis-à-vis de sa propre image est susceptible de générer une détresse psychologique pouvant entraîner une anxiété et des épisodes dépressifs, ou encore des troubles des comportements alimentaires [21]. Dans les données du Baromètre santé 2010, il ne paraît pas y avoir de lien notable entre la corpulence déclarée par les jeunes et certaines des pratiques alimentaires perturbées. Certes, les personnes souffrant d'obésité déclarent un peu plus souvent manger énormément que les autres, et les personnes en sous-poids se faire vomir, mais ces différences ne demeurent pas statistiquement significatives lorsqu'elles sont contrôlées par d'autres variables.

En revanche, la peur de manger trop semble fortement conditionnée par la corpulence des jeunes. Alors qu'elle est peu évoquée par les personnes en sous-poids (8,6 % d'entre elles), elle l'est plus par les jeunes en surpoids (11,9 %) et nettement plus encore par les obèses (25,3 % d'entre eux). L'obésité ne peut être associée à l'« abandon de soi », qui serait la situation opposée du « contrôle de soi » décrite de façon omniprésente dans le processus d'entrée dans l'anorexie [14], puisqu'elle se paie au prix d'une angoisse importante à l'égard de ses propres pratiques. Si, comme le soulignent les conclusions du récent rapport d'expertise publié par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), les régimes amaigrissants chez les jeunes ne sont pas sans risques tant au niveau physique que psychologique [22], les situations de surpoids important qui peuvent les provoquer non plus.

CONTEXTES SOCIAUX ET PSYCHOLOGIQUES DES TROUBLES ALIMENTAIRES

Les principaux facteurs de risque associés aux troubles du comportement alimentaire relevés dans la littérature internationale sont le perfectionnisme, en particulier s'il est associé à une faible estime de soi, ainsi que l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs, l'impulsivité, le sentiment d'une pression sociale à être mince, l'intégration d'un idéal de minceur, ou encore des règles précoces [23]. La plupart de ces dimensions participent donc d'une pression psychique qui peut s'avérer particulièrement sensible à l'adolescence. De fait, toutes les conduites alimentaires perturbées évoquées dans le Baromètre santé 2010 (qu'elles soient expansives ou restrictives) sont liées à des indicateurs de détresse psychologique³ importante pour les filles comme pour les garçons. Les facteurs sociaux qui conditionnent lourdement le rapport à l'alimentation, mais aussi les types de consommation, se révèlent également importants dans la survenue des quatre troubles alimentaires étudiés, même s'ils apparaissent d'une intensité moindre que la situation de détresse psychologique.

Même s'il est délicat de décrire précisément le milieu social d'origine des jeunes gens interrogés, un indicateur aussi fruste que le revenu des parents met néanmoins en évidence des inégalités patentes face aux comportements alimentaires et à leurs éventuels troubles. Toutes choses égales par ailleurs, le Baromètre santé 2010 montre que les jeunes issus des milieux défavorisés (dont les foyers se situent parmi les 20 % les plus pauvres, c'est-à-dire dont le revenu par unité de consommation est dans le premier quintile) déclarent plus souvent que les autres

3. Tels que mesurés par l'échelle mental health 5, issue de l'échelle de qualité de vie SF 36 [24].

jeunes manger énormément sans pouvoir s'arrêter, redouter de le faire ou encore manger en cachette. En revanche, le fait de se faire vomir volontairement est un peu plus fréquent chez les jeunes issus d'un ménage dont la personne de référence est cadre, tandis que la catégorie sociale de la personne de référence du ménage ne semble pas jouer dans les autres cas. Globalement, un faible revenu apparaît lié au cumul des troubles.

Le cumul de plusieurs troubles alimentaires (que nous avons observé dans un modèle *ad hoc*) semble très fortement associé au sexe, au revenu et au lieu d'habitation, mais aussi à l'IMC et à la santé mentale [tableau III]. La prégnance de ces associations rappelle combien la question de l'alimentation, et de ses éventuelles perturbations, est d'ordre psychologique autant que physiologique (l'IMC par exemple, qui joue finalement relativement peu sur certains de ces comportements, s'avère en revanche très liée au cumul de ces troubles). La question est manifestement sociale aussi.

LES TROUBLES DE COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES COMME SYMPTÔMES OU DÉTECTEURS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE OU SOCIALE

Manger en cachette est une pratique juvénile qui pourrait paraître anodine si elle n'était fréquemment associée à une détresse psychologique importante et le plus souvent évoquée en situation de surpoids et d'obésité. Plus qu'à la dissimulation dans un rapport de type conflictuel entre parents et enfants à l'adolescence, sans doute touche-t-elle à la honte qui peut étreindre ceux qui ne veulent pas dévoiler leur absence de continence alimentaire dans un contexte social idéalisant la minceur. Cette pratique, plutôt déclarée par des femmes, ne semble épargner relativement que les filles de

cadres. Elle traduit donc vraisemblablement le décalage social entre, d'une part, des enfants ayant, dès leur plus jeune âge, incorporé dans leurs pratiques l'idéal dominant d'hygiène alimentaire et d'esthétique de la minceur et, d'autre part, des enfants dont la socialisation alimentaire n'est pas forcément en cohérence avec ces normes dominantes et qui peuvent dès lors se sentir obligés de dissimuler leurs pratiques alimentaires.

Le fait de manger énormément sans pouvoir s'arrêter est surtout reconnu par les filles et plus encore lorsqu'elles sont issues de milieux défavorisés. Toutes choses égales par ailleurs, cette pratique compulsive se révèle 2,1 fois plus fréquente chez les jeunes en situation de détresse que chez les autres. Le fait de se faire vomir est aussi associé à une certaine souffrance psychique, mais les personnes qui déclarent parfois ou souvent ce comportement ne semblent pas relever du même type de milieu : ce sont au contraire, plus que tout autre, des enfants de cadres.

Enfin, le fait de redouter de commencer à manger, même s'il ne désigne pas des pratiques mais une posture, apparaît comme un indicateur assez général qui permet de repérer la pression sociale et psychologique qui s'exerce sur le contrôle de la nourriture et qui touche davantage les adolescentes, de condition modeste, urbaines, en détresse et qui sont déjà en surpoids. Cette crainte apparaît plus courante dans l'agglomération parisienne que dans tout autre agglomération, et dans les grandes villes plus que dans les petites, peut-être en raison des sollicitations supplémentaires à la consommation auxquelles les grandes zones urbaines exposent les individus par rapport aux environnements plus ruraux. Même si cette question peut sembler très vague, et très indirecte puisqu'elle ne porte pas sur un comportement mais sur un ressenti, elle semble néanmoins pouvoir capter des situations de détresse psychologique et sociale à propos du rapport à la nourriture.

TABLEAU III

Résultats de régressions logistiques sur le fait de déclarer chacun des différents troubles alimentaires, puis d'en déclarer au moins deux, en 2010

	N	Manger énormément ^{a...}			Se faire vomir ^{b...}		
		% ^c	ORa ^d	IC	% ^c	ORa ^d	IC
Sexe *							
Homme (réf.)	895	10,7	1		2,8	1	
Femme	989	14,4	1,4*	1,1 ; 2,0	4,6	1,3	0,8 ; 2,2
Âge							
15-19 ans (réf.)	493	13,3	1		2,7	1	
20-25 ans	722	12,9	0,9	0,6 ; 1,3	4,3	1,3	0,7 ; 2,3
26-30 ans	669	11,3	0,9	0,6 ; 1,2	3,9	1,0	0,5 ; 1,9
Taille d'agglomération							
Rural (réf.)	435	11,6	1		2,4	1	
2 000 à 200 000 habitants	694	11,1	1,0	0,7 ; 1,4	3,7	1,4	0,7 ; 2,8
200 000 habitants et plus	468	13,6	1,0	0,7 ; 1,6	4,1	1,4	0,7 ; 3,0
Agglomération parisienne	287	14,9	1,4	0,9 ; 2,3	4,7	2,1	1,0 ; 4,5
Revenu (1^{er} quintile) *							
Non (réf.)	1 397	11,1	1		3,3	1	
Oui	487	16,1	1,4*	1,0 ; 1,9	4,8	1,3	0,8 ; 2,1
PCS							
Autres	139	14,1	1,0	0,5 ; 2,0	1,8	0,3*	0,1 ; 1,0
Cadres (réf.)	283	11,1	1		5,1	1	
Prof. intermédiaires	454	11,0	1,0	0,6 ; 1,6	2,8	0,4*	0,2 ; 0,9
Employés	522	14,6	1,2	0,7 ; 1,9	4,3	0,5	0,3 ; 1,1
Ouvriers	486	12,0	1,1	0,7 ; 1,9	3,7	0,6	0,3 ; 1,2
IMC							
Sous-poids	133	12,6	1,0	0,5 ; 1,7	6,4	1,3	0,6 ; 3,0
Normal (réf.)	1 359	12,2	1		3,1	1	
Surpoids	265	11,7	1,2	0,8 ; 1,8	5,7	1,7	0,9 ; 3,1
Obésité	127	17,5	1,5	0,9 ; 2,5	2,8	0,9	0,3 ; 2,4
Détresse psychologique **							
Pas de détresse psychologique (réf.)							
Pas de détresse psychologique (réf.)	1 692	11,4	1		3,1	1	
Détresse psychologique	192	22,6	2,1***	1,5 ; 3,1	9,0	2,8***	1,6 ; 4,8

a. Est modélisé le fait de déclarer « souvent » ce trouble.

b. Est modélisé le fait de déclarer « rarement » ou « souvent » ce trouble.

c. Significativité au test du χ^2 en bivarié, réalisé sur les données pondérées, aux seuils de * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

d. Significativité des ORa (odds-ratios) au test de Wald, aux seuils de * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

CONCLUSION

À la lumière de ces résultats, les situations de conduites alimentaires perturbées ne concernent qu'une petite minorité des jeunes et touchent en particulier des jeunes femmes. Il apparaît néanmoins crucial de porter une attention particulière à ceux présentant des

conduites alimentaires perturbées ou une insatisfaction de leur image corporelle, notamment parce que ces situations se révèlent très liées à des états de souffrance psychique. Elles sont, dans certains cas, renforcées par une situation sociale délicate.

Redouter de commencer ^{b...}			Manger en cachette ^a			Score ≥ 2		
% ^a	ORa ^b	IC	% ^a	ORa ^b	IC	% ^a	ORa ^b	IC
***						***		
6,5	1		3,5	1		3,8	1	
14,8	2,8***	2,0; 4,0	5,4	1,3	0,8; 2,1	9,2	2,4***	1,5; 3,7
***			*					
17,1	1		7,1	1		8,8	1	
6,6	0,4***	0,3; 0,6	3,5	0,4**	0,2; 0,7	5,1	0,6	0,4; 1,0
9,1	0,5***	0,3; 0,7	3,1	0,3***	0,1; 0,5	5,9	0,6	0,4; 1,0
*								
7,3	1		4,0	1		4,4	1	
9,4	1,1	0,7; 1,8	3,3	0,8	0,4; 1,5	5,2	1,3	0,7; 2,3
14,2	1,7*	1,1; 2,7	6,0	1,2	0,6; 2,3	8,5	1,7	0,9; 3,1
12,1	2,1**	1,3; 3,5	5,2	1,6	0,8; 3,3	8,7	2,7**	1,5; 5,0
*			*			**		
9,4	1		3,5	1		5,1	1	
13,7	1,2	0,9; 1,7	7,1	1,5	0,9; 2,5	9,9	1,5*	1,0; 2,3
*								
17,0	1,2	0,6; 2,3	5,6	2,3	0,8; 6,4	9,2	1,1	0,5; 2,4
9,7	1		3,3	1		6,0	1	
6,7	0,7	0,4; 1,2	4,2	1,8	0,7; 4,6	5,6	0,9	0,5; 1,7
10,5	0,9	0,6; 1,5	5,0	1,7	0,7; 4,3	7,0	0,9	0,5; 1,7
12,2	1,2	0,7; 2,0	4,5	1,8	0,7; 4,5	6,2	0,9	0,5; 1,8
*						*		
8,6	0,5	0,3; 1,1	6,4	1,2	0,5; 2,8	7,2	1,0	0,4; 2,1
9,1	1		3,5	1		5,0	1	
11,9	1,8**	1,2; 2,7	6,1	1,7	0,9; 3,4	8,7	2,0**	1,2; 3,3
25,3	3,6***	2,2; 5,8	9,1	3,4***	1,7; 6,7	16,2	3,4***	1,9; 6,1
***			**			**		
9,3	1		3,6	1		5,5	1	
23,0	2,5***	1,6; 3,8	12,0	3,6***	2,0; 6,3	15,7	2,7***	1,7; 4,3

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Comme dans le cas de l'anorexie mentale, les soins précoces et ambulatoires sont sans doute à privilégier pour la prise en charge, en s'appuyant sur la mise en œuvre d'une alliance thérapeutique incluant la famille, l'hospitalisation étant *a priori* à réserver aux formes les plus sévères. Il apparaît également important d'encourager la mise en place

d'actions éducatives sur la « désidéalisée-tion » de la minceur afin de limiter la diffusion d'un modèle dominant qui renforce les inégalités sociales. Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), une charte sur l'image du corps a par exemple été signée par divers professionnels de la mode, de la publicité et des médias en 2008, avec pour

objectif de promouvoir la diversité corporelle, de protéger la santé des populations (en particulier dans le monde du mannequinat) et de sensibiliser le public à l'utilisation de l'image du corps dans le but d'éviter les phénomènes de stigmatisation et de valorisation outrancière de la maigreur [25]. Ce projet ambitieux de transformation des représentations, pour

tous, ne doit pas occulter toutefois l'origine sociale des inégalités concernant le rapport au corps et à l'alimentation. Il ne saurait être complètement efficace si les jeunes n'ont pas accès de la même façon à une information satisfaisante sur l'hygiène alimentaire et à des conditions matérielles suffisantes pour pouvoir l'appliquer.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Casilli A. A., Tubaro P., Araya P., Ten years of Ana. Lessons from a transdisciplinary body of literature on online pro-eating disorder websites. *Social Sciences Informations*, mars 2012, vol. 51, n° 1 : p. 121-139.
- [2] Swanson S. A., Crow S. J., Le Grange D., Swendsen J., Merikangas K. R. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 2011, vol. 68, n° 7 : p. 714-723.
- [3] Keel P. K., Dorer D. J., Eddy K. T., Franko D., Charatan D. L., Herzog D. B. Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, février 2003, vol. 60, n° 2 : p. 179-183.
- [4] Nielsen S., Møller-Madsen S., Isager T., Jørgensen J., Pagsberg K., Theander S. Standardized mortality in eating disorders. A quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, vol. 44, n° 3-4 : p. 413-434.
- [5] Sullivan P. F. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, n° 7 : p. 1073-1074.
- [6] Hoek H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, juillet 2006, vol. 19, n° 4 : p. 389-394.
- [7] Preti A., Rocchi M. B., Sisti D., Camboni M. V., Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, vol. 124, n° 1 : p. 6-17.
- [8] de Saint Pol T. *Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Le lien social, 2010 : 222 p.
- [9] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition Revised*. Washington : American Psychiatric Association, 2000 : 943 p.
- [10] Berg K. C., Stiles-Shields E. C., Swanson S. A., Peterson C. B., Lebow J., Le Grange D. Diagnostic concordance of the interview and questionnaire versions of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, novembre 2012, vol. 55, n° 7 : p. 850-855.
- [11] Preti A., de Girolamo G., Vilagut G., Alonso J., de Graaf R., Bruffaerts R., Demyttenaere K., Pinto-Meza A., Haro J. M., Morosini P., ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries : results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatry Research*, 2009, vol. 43, n° 14 : p. 1125-1132.
- [12] Hudson J. I., Hiripi E., Pope H. G. Jr, Kessler R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 2007, vol. 61, n° 3 : p. 348-358.
- [13] Jouret B., Dupuy M., Beck F. Image de soi et poids. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F., dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : p. 115-124.
- [14] Darmon M. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris : La Découverte, 2003 : 349 p.
- [15] Escalon H., Beck F. Jeunes et alimentation : des comportements sexués, évoluant avec l'âge et socialement marqués. *Agora*, 2013, n° 63 : p. 113-127.
- [16] Hubert A. dir. Corps de femmes sous influence. Questionner les normes. *Cahiers de l'OCHA*, 2004, n° 10 : 141 p.
- [17] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Santé, Mode de vie et Usages de drogues à 18 ans : ESCAPAD 2001*. Saint-Denis : OFDT, 2002 : 200 p.
- [18] Legleye S., Beck F., Spilka S., Chau N. A simple correction of BMI based on gender and body shape perception in an adolescent sample. *BMC Medical Research Methodology* [à paraître].
- [19] Dauphinot V., Wolff H., Naudin F., Guéguen R., Sermet C., Gaspoz J. M., Kossovsky M. P. New obesity body mass index threshold for self-reported data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, vol. 63, n° 2 : p. 128-132.
- [20] Cole T. J., Flegal K. M., Nicholls D., Jackson A. A. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey. *BMJ*, 2007, n° 335 : p. 194.
- [21] Laure P., Binsinger C., Ambard M.-F., Gir S. Perception de la corpulence, régime alimentaire, estime de soi et anxiété chez les préadolescents. *Cahiers de nutrition et de diététique*, septembre 2005, vol. 40, n° 4 : p. 195-201.

- [22] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*. Paris : Anses, novembre 2010 : 160 p.
- [23] Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology : a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, septembre 2002, vol. 133, n° 5 : p. 825-848.
- [24] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [25] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Charte d'engagement volontaire sur l'image du corps*. Paris : ministère délégué à la Santé, avril 2008 : 4 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_imageducorps_signe.pdf
-



L'essentiel

Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans

Selon les données du Baromètre santé 2010, 0,9 % des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Ces données positionnent ainsi cette tranche d'âge comme la plus concernée, en particulier pour les femmes. Cette proportion apparaît relativement stable depuis 2000. À l'échelle de la vie entière, 5,0 % des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide.

Les facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois sont, pour les jeunes hommes, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ou d'autres types de violences au cours des douze derniers mois. Parmi les jeunes femmes, les violences subies sont également liées aux tentatives de suicide, auxquelles s'ajoutent des facteurs sociodémographiques, tels qu'un jeune âge (15-19 ans) ou un bas niveau de revenu, qui semblent avoir relativement plus de poids chez les femmes que chez les hommes.

Concernant les pensées suicidaires, 3,4 % des 15-30 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. À la différence des tentatives de suicide, c'est entre 46 et 60 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (4,4 % chez les hommes et 5,6 % chez les femmes). Les jeunes femmes sont en proportion plus

nombreuses (4,0 %) que les jeunes hommes (2,8 %) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes ou les plus élevées (4,0 % des femmes de 61-75 ans contre 1,9 % des hommes de la même tranche d'âge).

Si les facteurs associés aux pensées suicidaires sont relativement similaires à ceux observés sur les tentatives de suicide (en particulier le fait d'avoir subi des violences), il existe néanmoins quelques spécificités. Le fait de vivre seul (OR = 1,4), ainsi que, chez les femmes, un bas niveau de revenu et la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,7) sont associés positivement aux pensées suicidaires, y compris après contrôle des effets de structure.

La consommation d'alcool à risque et, pour les hommes seulement, le chômage, s'avèrent également associés à la survenue de pensées suicidaires, mais ces liens ne restent pas significatifs après contrôle des effets de structure. Par ailleurs, au sein de la classe des 15-30 ans, la survenue des pensées suicidaires, contrairement aux tentatives de suicide, ne semble pas différente en fonction de l'âge.

Parmi les jeunes ayant pensé à se suicider, 68 % déclarent qu'ils ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre, cette proportion n'étant pas significativement différente selon le

sexe, l'âge ou la situation professionnelle. Quant à ceux ayant déclaré une tentative de suicide, 23 % ont rapporté qu'ils étaient « vraiment décidés à mourir » (contre 34 % parmi les 31-75 ans), 17 % qu'ils « souhaitaient mourir, [tout en sachant] que le moyen n'était pas le plus efficace » et 60 % que leur tentative de suicide était plutôt « un appel à l'aide ».

Concernant la prise en charge, près d'un jeune suicidant sur deux (46 %) est allé à l'hôpital suite à sa dernière tentative de suicide. Parmi ces derniers, huit sur dix ont été hospitalisés. Globalement, 49 % des jeunes suicidants déclarent avoir été suivis par un médecin ou un psychologue après leur dernière tentative de suicide. Toutefois, 38 % n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé. Ces chiffres montrent la nécessité de la sensibilisation de la population à ce problème et l'intérêt du dépistage du risque suicidaire lors des consultations médicales. En effet, pour l'OMS, les médecins généralistes représentent un élément clé dans le dépistage et la prise en charge des personnes à risque suicidaire. Une tentative de suicide chez un adolescent ne doit jamais être banalisée, elle doit conduire à une triple évaluation somatique, psychologique et sociale, et tout jeune ayant fait une tentative de suicide devrait être conduit aux urgences de l'hôpital.

Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans

FRANÇOIS BECK
ROMAIN GUIGNARD
MATHILDE HUSKY
ENGUERRAND DU ROSCOËT
THOMAS SAÏAS
GRÉGORY MICHEL
CHRISTINE CHAN CHEE

INTRODUCTION

Chaque année, le suicide entraîne la mort d'environ un million de personnes dans le monde, ce chiffre étant en hausse constante depuis plusieurs décennies [1]. Selon les données d'Eurostat, la France se situe parmi les pays d'Europe occidentale à forte mortalité par suicide, après la Finlande, les trois pays baltes, la Hongrie, la Belgique et la Slovénie. En France, le nombre de suicides et de tentatives de suicide reste en effet particulièrement préoccupant avec, chaque année, environ 10 500 décès et plus de 200 000 personnes qui font une tentative de suicide, ces tentatives donnant lieu à environ 90 000 hospitalisations dans des établissements de courte durée, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

De plus, le nombre de décès par suicide serait sous-estimé d'environ 10 à 20 % du fait d'un défaut de déclaration, de l'existence de suicides « cachés » ou dont l'intentionnalité de l'acte n'est pas clairement établie, ces décès étant déclarés comme intoxications

ou accidents ou encore inscrits comme décès indéterminés [2-4].

En France, le nombre de décès par suicide dans la population générale, après avoir connu une augmentation importante, a baissé entre le début des années 1990 et les années 2000, avant de se stabiliser sur la dernière décennie. Cette tendance est également observée parmi les jeunes adultes. Au-delà de la médiatisation récente de la question du suicide des enfants [5], le suicide des jeunes reste une préoccupation de santé publique majeure. En effet, bien que ce soit chez les personnes âgées que les taux de suicide soient les plus élevés, le suicide constitue la seconde cause de mortalité des 15-30 ans selon les données du CépiDc de l'Inserm, et les tentatives de suicide une des principales causes d'hospitalisation des jeunes femmes vers 30 ans hors maternité [6].

Le nombre de tentatives de suicide obtenu par les statistiques sanitaires est estimé à

partir de l'activité hospitalière, mais toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à un passage aux urgences et encore moins à une hospitalisation en médecine ou en chirurgie. Une partie des suicidants (entre 15 % et 20 %) sont directement dirigés vers un service psychiatrique après leur passage aux urgences [7] et n'entrent pas dans l'estimation des 90 000 hospitalisations pour tentatives de suicide en médecine somatique.

Dans la mesure où les tentatives de suicide ne sont comptabilisées que lorsque leur auteur (ou suicidant) a été hospitalisé ou est passé par les services des urgences d'un hôpital, celles ne donnant pas lieu à un recours aux soins n'apparaissent pas dans les bases de données médico-administratives. Par ailleurs, les données collectées dans ces bases rendent peu compte des facteurs associés et des conditions socio-économiques de ces patients.

Le Baromètre santé 2010 permet de recueillir des informations approfondies sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide par le biais d'enquêtes déclaratives en population générale. Il permet de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire, d'étudier les facteurs qui y sont associés ainsi que d'investiguer la question du lien existant entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli en population adulte [8] comme adolescente [9, 10]. Les données du Baromètre santé constituent ainsi un complément indispensable à la surveillance médicale et administrative des actes suicidaires enregistrés dans les hôpitaux. Il permet notamment de suivre les indicateurs disponibles sur le phénomène dans des populations considérées comme prioritaires pour la prévention du suicide telles que les adolescents et jeunes adultes.

RÉSULTATS

TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE

Parmi les 15-30 ans, 5,0 % (n = 315) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, plus souvent les femmes (7,3 %) que les hommes (2,7 %, $p < 0,001$). Cette proportion est relativement stable depuis 2000 (5,6 % en 2000, 4,9 % en 2005). La proportion d'individus déclarant avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie apparaît maximale entre 31 et 60 ans [figure 1].

Au sein de la population des 15-30 ans, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent plus fréquentes parmi les jeunes de 26-30 ans : 6,0 % contre 4,9 % des 20-25 ans et 4,0 % des 15-19 ans ($p < 0,05$), mais cela est principalement dû à un effet de stock [figure 2]. Parmi les jeunes ayant déclaré une tentative de suicide, 67 % déclarent une seule tentative de suicide,

19 % déclarent avoir fait deux tentatives de suicide et 14 % plus de deux.

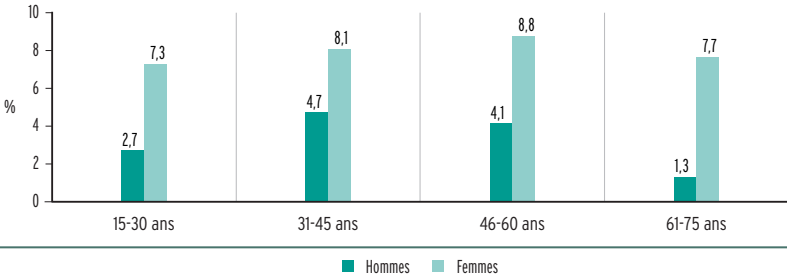
On peut ici souligner les importantes différences liées au genre : la proportion de tentatives de suicide augmente peu avec l'âge pour les filles, tandis qu'il double pour les garçons (de 1,4 % parmi les 15-19 ans à 3,1 % parmi les 20-25 ans) [figure 2]. Ainsi, l'écart selon le genre qui est très important pour les 15-19 ans (4 fois plus de tentatives parmi les filles) diminue pour les 20-30 ans (2 fois plus). On retrouve cette tendance sur les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois.

TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois est de 0,9 %

FIGURE 1

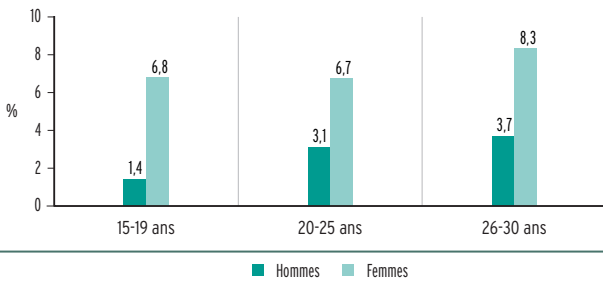
Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 2

Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

($n = 52$) parmi les 15-30 ans, plus souvent les femmes (1,3 %) que les hommes (0,5 %, $p < 0,01$). Cette proportion est stable depuis 2000 (1,1 % en 2000, 0,7 % en 2005, écarts non significatifs¹). Sur l'ensemble de la population, les jeunes de 15-30 ans sont les plus nombreux à déclarer une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes [figure 3]. Les taux les plus élevés sont observés chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans [figure 4].

Le fait d'être une femme se trouve associé aux tentatives de suicide, mais il faut noter

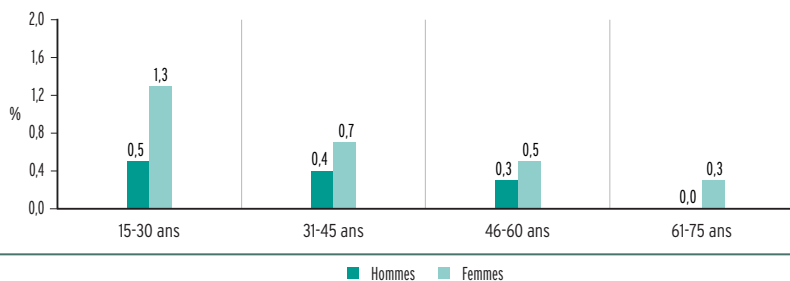
que ce lien est atténué par le contrôle des autres variables du modèle (âge, situation professionnelle, revenu par UC, fait de vivre seul, violences subies dans les douze derniers mois hors violences sexuelles, violences sexuelles au cours de la vie, tabagisme quotidien, consommation à risque d'alcool).

Parmi les facteurs mesurés [tableau 1], ceux associés à la survenue d'une tentative de suicide au cours des douze derniers

1. Le module suicide n'était posé qu'aux détenteurs de ligne fixe en 2005. La différence entre 2005 et 2010 n'est pas significative, que l'on considère l'ensemble de l'échantillon (0,9 %) ou seulement les détenteurs de ligne fixe en 2010 (0,7 %).

FIGURE 3

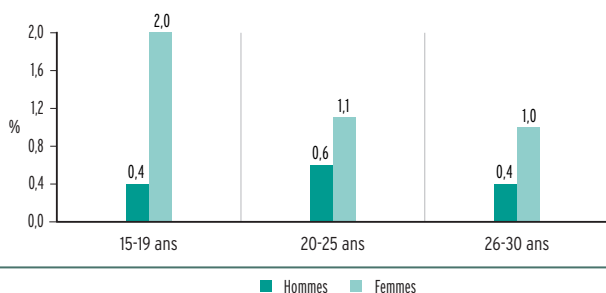
Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 4

Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

mois chez les jeunes hommes et par ordre d'importance sont : le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie (OR = 6,8) ou des violences (hors violences sexuelles) au cours des douze derniers mois (OR = 4,9). Aucune des variables sociodémographiques n'apparaît liée à la survenue d'une tentative de suicide chez les hommes.

Parmi les jeunes femmes, les facteurs sociodémographiques semblent avoir relativement plus de poids, même si les violences subies (violences sexuelles au cours de la vie (OR = 3,3) et violences autres que sexuelles subies au cours des douze derniers mois (OR = 2,1))

sont également liées à la tentative de suicide. Un bas niveau de revenu (1^{er} tercile) se révèle associé chez elles à un risque plus élevé de tentative de suicide. Enfin, contrairement à ce qui est observé sur les 15-75 ans [11], le tabagisme n'apparaît pas lié à la survenue d'une tentative de suicide, alors que la consommation d'alcool à risque chronique (au sens du test Audit-C) [12] des jeunes femmes l'est (4,7 % contre 1,1 % parmi les consommatrices d'alcool sans risque et 1,2 % parmi les non-consommatrices, $p < 0,05$), même si ce lien disparaît après contrôle des effets de structure dans le modèle.

TABLEAU I

Facteurs associés aux tentatives de suicide dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

	Effectif	Ensemble (N = 5942)			Hommes (N = 2 828)			Femmes (N = 3 114)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe **										
Homme (réf.)	2 861	0,5	1							
Femme	3 136	1,3	1,9	1,0; 3,6						
Âge										
15-19 ans	1 579	1,2	3,7*	1,4; 9,9	0,4	0,9	0,1; 6,2	2,0	5,8**	1,8; 18,5
20-25 ans	2 273	0,8	1,3	0,6; 2,9	0,6	1,3	0,3; 5,3	1,1	1,2	0,5; 3,2
26-30 ans (réf.)	2 145	0,7	1		0,4	1		1,0	1	
Situation professionnelle										
Travail (réf.)	2 863	0,6	1		0,5	1		0,8	1	
Études	2 276	1,0	0,7	0,3; 1,7	0,5	1,2	0,3; 5,2	1,4	0,6	0,2; 1,7
Chômage/inactif	850	1,4	1,1	0,5; 2,7	0,4	1,0	0,2; 5,4	2,2	1,1	0,4; 3,2
Revenu par UC * * *										
Moins de 1 100 euros (réf.)	2 294	1,4	1		0,6	1		2,1	1	
1 100 à moins de 1 800 euros	1 930	0,5	0,4*	0,2; 0,9	0,5	0,5	0,1; 2,0	0,5	0,3*	0,1; 0,9
1 800 euros et plus	1 181	0,7	0,5	0,2; 1,2	0,4	0,5	0,1; 2,4	1,0	0,5	0,2; 1,5
Manquant	592	0,5	0,3	0,1; 1,1	0,3	0,6	0,1; 4,7	0,6	0,3	0,1; 1,2
Vit seul										
Non (réf.)	4 722	0,8	1		0,4	1		1,2	1	
Oui	1 275	1,6	1,1	0,5; 2,4	1,0	1,0	0,3; 3,7	2,2	1,1	0,4; 2,8
Violences subies au cours des 12 mois hors violences sexuelles *** **										
Non (réf.)	4 069	0,5	1		0,2	1		0,9	1	
Oui	1 927	1,7	2,6**	1,5; 4,7	1,1	4,9**	1,5; 16,0	2,3	2,1*	1,0; 4,1
Violences sexuelles au cours de la vie *** **										
Non (réf.)	5 539	0,7	1		0,4	1		1,0	1	
Oui	455	3,9	3,7***	1,9; 7,2	4,5	6,8**	1,7; 27,4	3,7	3,3**	1,5; 7,0
Fumeur quotidien										
Non (réf.)	3 797	0,8	1		0,5	1		1,0	1	
Oui	2 168	1,1	1,1	0,6; 2,0	0,4	0,6	0,2; 2,1	2,0	1,4	0,7; 2,9
Consommation d'alcool (Audit-C) *										
Non-buveur (réf.)	963	0,9	1		0,4	1		1,2	1	
Sans risque	2 069	0,8	1,0	0,4; 2,5	0,4	0,7	0,1; 4,1	1,1	1,2	0,4; 3,1
À risque ponctuel	2 338	0,8	1,1	0,4; 2,6	0,5	0,9	0,2; 4,6	1,1	1,0	0,3; 2,9
À risque chronique	616	1,5	1,4	0,5; 4,3	0,5	0,5	0,1; 4,5	4,7	2,0	0,5; 7,7

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques). Entre parenthèses figurent les effectifs.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

CIRCONSTANCES DES TENTATIVES DE SUICIDE

Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant déclaré une tentative de suicide, 23 % déclarent qu'ils étaient « vraiment décidé[s] à mourir et [que] c'est seulement par chance qu'[ils ont] survécu », 17 % qu'ils « souhaitaient mourir » tout en sachant que « le moyen n'était pas le plus efficace », et 60 % déclarent que leur tentative de suicide était un « appel à l'aide », mais qu'ils n'avaient pas « l'intention de mourir ». Ces proportions ne sont pas significativement différentes selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle des jeunes ayant répondu à l'enquête [tableau II]. En revanche, les 31-75 ans sont plus nombreux à déclarer qu'ils étaient vraiment décidés à mourir (34 %).

Concernant les raisons évoquées comme étant à l'origine de la tentative de suicide parmi les 15-30 ans, les raisons familiales prédominent (citées par 61 % des suicidants), devant les raisons sentimentales (49 %), « d'autres raisons »² (33 %), les raisons professionnelles (11 %) et enfin les raisons de santé (8 %). Les femmes déclarent plus souvent des raisons familiales (67 %) que les hommes (45 %, $p < 0,01$) [tableau III].

RECOURS AU SOIN APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE

À la suite de la dernière tentative de suicide, près d'un jeune suicidant sur deux (46 %) est allé à l'hôpital, sans différence significative selon le sexe, mais moins fréquemment chez les plus jeunes (29 % des 15-19 ans vs 52 % des 21-30 ans, $p < 0,01$). Parmi ces derniers, 8 sur 10 – soit plus du tiers (37 %) des suicidants – ont été hospitalisés pendant au moins une nuit, sans différence significative selon le sexe ou l'âge. Après leur tentative, 49 % ont été suivis par un médecin ou un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute et 73 % en ont parlé à une autre personne. Le recours à un hôpital en raison d'une tentative de suicide concerne ainsi 2,3 % de l'ensemble des 15-30 ans. Les médecins, psychiatres, psychologues ou psychothérapeutes sont consultés pour leur part par 2,5 % des 15-30 ans. Il convient toutefois de noter que près de 4 jeunes suicidants sur 10 (38 %) n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé après leur dernière tentative.

La cartographie des tentatives de suicide au cours de la vie montre une France au sein

2. Il n'était pas demandé aux suicidants de préciser la raison de leur dernière tentative de suicide quand ils répondaient positivement à la modalité « autre raison ».

TABLEAU II

Degré d'intention de mourir lors de la dernière tentative de suicide parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)

	15-19 ans (n = 71)	20-25 ans (n = 125)	26-30 ans (n = 116)
Vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu	23	26	19
Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace	20	18	15
Votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir	57	56	66

TABLEAU III

Raisons invoquées pour la dernière tentative de suicide parmi les 15-30 ans en 2010 (n = 315 ; en pourcentage)^a

	Effectif	Professionnelles	Sentimentales	Familiales	Santé	Autre raison
Ensemble	315	11	49	61	8	33
Sexe		ns	ns	**	ns	ns
Hommes	80	10	56	45	13	34
Femmes	235	12	46	67	7	32
Âge		*	ns	ns	ns	ns
15-19 ans	71	6	54	64	2	29
20-25 ans	125	7	40	68	12	35
26-30 ans	119	18	53	51	10	34
Situation professionnelle		ns	ns	ns	ns	ns
Travail	142	10	43	58	7	32
Chômage	57	17	59	63	9	31
Études	99	9	48	64	10	31
Autres inactifs	17	10	49	50	11	66

a. Les pourcentages sont à prendre comme des ordres de grandeur vu les faibles effectifs. Plusieurs réponses étaient possibles.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

de laquelle aucune région ne se distingue significativement des autres [figure 5]. Néanmoins, les proportions de suicidants vont de 2 % en Alsace à 7 à 8 % dans la plupart des régions de l'ouest et du centre de la France. Ces différences dans la prévalence des suicidants se révèlent assez cohérentes avec les données des décès par suicide, qui identifient la Bretagne parmi les régions les plus touchées, et avec celles d'hospitalisations en population générale, qui indiquent des taux supérieurs parmi les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire [7].

PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Parmi les 15-30 ans, 3,4 % (n = 207) déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, plus souvent les jeunes femmes (4,0 %) que les jeunes hommes (2,8 %, p < 0,05). C'est entre 46 et 60 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (4,4 % pour les hommes et 5,6 % pour les femmes) [figure 6]. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes et les plus élevées (4,0 % des femmes de 61-75 ans contre 1,9 % des hommes de la même tranche d'âge). Chez les 15-30 ans, les jeunes femmes sont les plus nombreuses à avoir pensé au suicide parmi les 15-19 ans, alors que cette prévalence augmente avec l'âge parmi les jeunes hommes [figure 7].

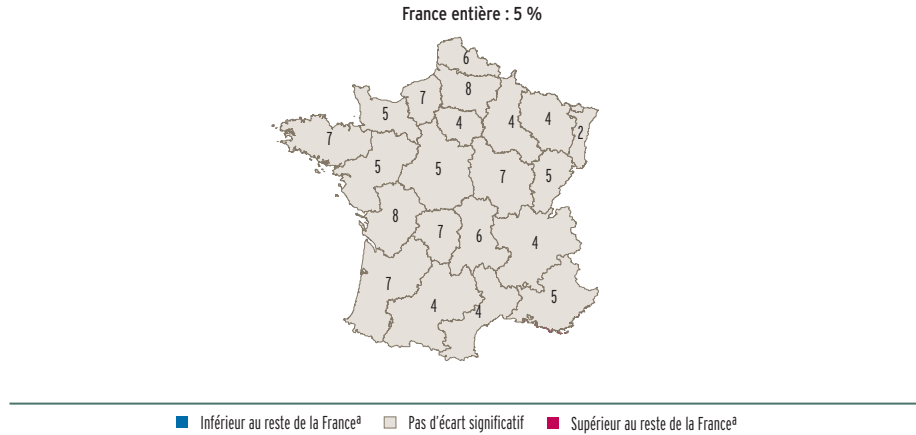
Il est difficile de comparer ces données avec celles du Baromètre santé 2005, dans la mesure où la question posée était alors moins spécifique. En 2005, les personnes

Ensemble 15-30 ans (n = 312)	31-45 ans (n = 466)	46-60 ans (n = 502)	61-75 ans (n = 261)
23	28	37	39
17	12	9	9
60	60	54	52

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 5

Pourcentage de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-30 ans en 2010 par région, comparé au taux standardisé du reste de la France



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

étaient interrogées sur le fait d'avoir « pensé au suicide » (tandis que la question en 2010 précise « pensé à vous suicider »), ce qui concernait 6 % de la population âgée de 15 à 30 ans.

Si les facteurs associés aux pensées suicidaires sont relativement similaires à ceux observés sur les tentatives de suicide (en particulier le fait d'avoir subi des violences), il existe néanmoins quelques spécificités [tableau IV]. Le fait de vivre seul (OR = 1,4), ainsi que, chez les femmes, un bas niveau de revenu et la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,7) sont associés aux pensées suicidaires, y compris après contrôle des effets de structure. Chez les hommes comme chez les femmes, la consommation à risque d'alcool et, pour les hommes seulement, le chômage, s'avèrent également associés à la survenue de pensées suicidaires, mais ces

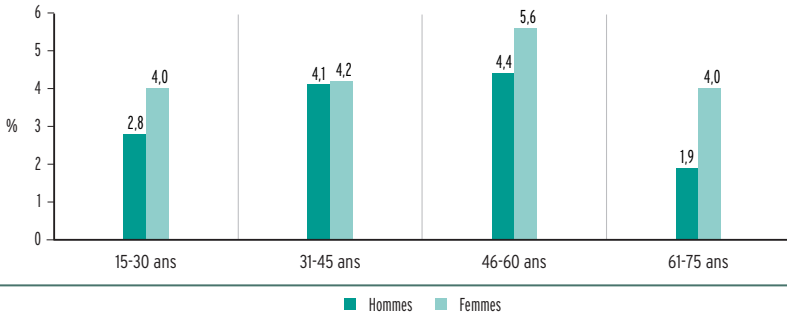
liens ne sont plus significatifs après contrôle des effets de structure dans le modèle. En revanche, les classes d'âge ne semblent pas significativement associées avec les pensées suicidaires.

Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant pensé à se suicider, 68 % déclarent qu'ils ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre (73 % parmi les 31-75 ans, écart non significatif), les hommes (73 %) autant que les femmes (65 %, écart non significatif, $p = 0,3$). Cette proportion n'est pas significativement différente selon l'âge ou la situation professionnelle.

Plus de la moitié (54 %) des 15-30 ans ayant pensé à se suicider déclarent qu'ils en ont parlé à quelqu'un (48 % des 31-75 ans, écart non significatif), sans différence significative selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle. Soulignons ici que

FIGURE 6

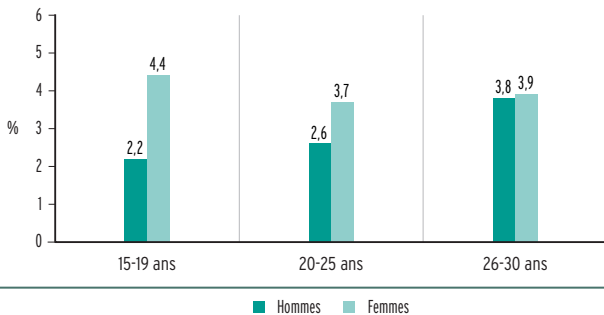
Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 7

Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

l'absence d'écart significatif observée ne doit pas être interprétée hâtivement, pouvant être due à la faiblesse des effectifs.

Parmi les raisons proposées, la « vie personnelle » apparaît comme une raison majeure des pensées suicidaires (citée par 91 % des jeunes concernés), suivie par la scolarité parmi les étudiants ou personnes scolarisés (38 %), la situation profession-

nelle parmi les actifs (24 %) et enfin la santé ou la maladie (4 %), plus fréquemment invoquée parmi les inactifs (21 %)³ [tableau V].

3. Cette répartition tient compte du recodage des réponses ouvertes à la question « Était-ce plutôt en rapport avec autre chose ? ». La santé ou la maladie n'était pas directement proposée aux répondants.

TABLEAU IV

Facteurs associés aux pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

	Effectif	Ensemble (n = 5 948)			Hommes (n = 2 828)			Femmes (n = 3 120)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe *										
Homme (réf.)	2 861	2,8	1							
Femme	3 142	4,0	1,4	1,0; 1,9						
Âge										
15-19 ans	1 580	3,3	1,1	0,6; 1,8	2,2	0,7	0,3; 1,7	4,4	1,5	0,7; 2,8
20-25 ans	2 274	3,1	0,8	0,5; 1,1	2,6	0,7	0,4; 1,2	3,7	0,8	0,5; 1,3
26-30 ans (réf.)	2 149	3,8	1		3,8	1		3,9	1	
Situation professionnelle *										
Travail (réf.)	2 866	3,4	1		2,9	1		4,0	1	
Études	2 276	2,9	1,0	0,6; 1,6	2,1	1,2	0,6; 2,4	3,8	0,9	0,5; 1,6
Chômage/inactif	853	4,5	1,3	0,9; 2,0	4,8	1,9	1,0; 3,5	4,2	1,0	0,6; 1,8
Revenu par UC **										
Moins de 1100 euros (réf.)	2 296	4,0	1		2,9	1		5,1	1	
1100 à moins de 1800 euros	1 931	4,0	0,8	0,6; 1,2	4,0	1,2	0,7; 2,1	4,0	0,7	0,4; 1,1
1800 euros et plus	1 183	2,3	0,5*	0,3; 0,9	2,0	0,6	0,3; 1,3	2,6	0,5*	0,3; 1,0
Manquant	593	1,3	0,4*	0,2; 0,9	0,8	0,5	0,2; 1,8	1,6	0,4*	0,2; 0,9
Vit seul **										
Non (réf.)	4 725	3,1	1		2,4	1		3,8	1	
Oui	1 278	5,1	1,4*	1,0; 2,0	5,1	1,3	0,8; 2,2	5,2	1,3	0,8; 2,1
Violences subies au cours des 12 mois hors violences sexuelles ***										
Non (réf.)	4 073	1,7	1		1,8	1		1,7	1	
Oui	1 929	6,9	3,1***	2,3; 4,2	5,0	2,0**	1,3; 3,2	8,8	4,1***	2,8; 6,1
Violences sexuelles au cours de la vie ***										
Non (réf.)	5 543	2,9	1		2,3	1		3,6	1	
Oui	457	9,8	2,4***	1,7; 3,5	22,3	7,2***	3,8; 13,6	6,8	1,7*	1,1; 2,6
Fumeur quotidien ***										
Non (réf.)	3 799	2,4	1		2,0	1		2,7	1	
Oui	2 172	5,1	1,7***	1,2; 2,3	4,1	1,6	0,9; 2,6	6,4	1,7**	1,2; 2,6
Consommation d'alcool (Audit-C) **										
Non-buveur (réf.)	963	1,9	1		1,1	1		2,4	1	
Sans risque	2 072	2,9	1,1	0,7; 1,9	1,7	1,2	0,4; 3,9	3,6	1,1	0,6; 1,9
À risque ponctuel	2 339	4,6	1,6	1,0; 2,6	3,9	2,3	0,8; 6,6	5,7	1,3	0,8; 2,4
À risque chronique	618	3,3	1,2	0,7; 2,3	3,0	1,6	0,5; 5,1	4,3	1,0	0,4; 2,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques). Entre parenthèses figurent les effectifs.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Raisons invoquées pour les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010 (n = 207) en pourcentage^a

	Situation professionnelle (si actif)		Scolarité (si étudiant)		Vie personnelle		Santé, maladie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble	125	24	71	38	207	91	207	4
Sexe	ns		ns		ns		ns	
Hommes	56	24	22	41	81	90	81	8
Femmes	69	25	49	36	126	91	126	2
Âge	ns		ns		ns		*	
15-19 ans	7	0	41	42	50	91	50	0
20-25 ans	45	23	29	30	74	94	74	10
26-30 ans	73	30	1	–	83	87	83	2
Situation professionnelle	*		ns		ns		*	
Travail	94	31		–	94	90	94	3
Chômage	31	9		–	31	88	31	11
Études		–	71	38	71	92	71	1
Autres inactifs		–		–	11	94	11	21

a. Les pourcentages sont à prendre comme des ordres de grandeur vu les faibles effectifs. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

DISCUSSION

Cinq pour cent de la population âgée de 15-30 ans résidant en France métropolitaine déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, avec une différence significative selon le genre (7,3 % des femmes contre 2,7 % des hommes). Au cours des douze derniers mois, 0,9 % des jeunes déclarent avoir fait une tentative (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes), et 3,4 % (4,0 % des femmes et 2,8 % des hommes) avoir présenté des idées suicidaires. Toutefois, dans le cadre d'une étude rétrospective telle que le Baromètre santé, nous ne pouvons pas exclure l'existence possible de biais de mémorisation et de déclaration, qui ont pu entraîner une sous-estimation de ces taux déclarés, en particulier dans ce cas imposant la remémoration d'un événement douloureux.

Les différences entre hommes et femmes mises en évidence ici sont en accord avec

les nombreuses observations de la prévalence plus élevée des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire chez les femmes, tandis que le taux de mortalité par suicide est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes [4, 13, 14]. La différence dans la mortalité par suicide selon le genre s'expliquerait en partie par les méthodes suicidaires utilisées, qui sont plus souvent létales chez l'homme, qui privilégie la pendaison et les armes à feu, tandis que les femmes ont plus souvent recours à l'intoxication médicamenteuse [7]. En ce qui concerne la différence des taux de tentatives de suicide selon le genre, des hypothèses explicatives impliqueraient notamment l'appréhension différentielle des modes d'expression de la souffrance psychique, de l'accès aux soins psychologiques, du soutien social et des rôles traditionnels [15]. Cependant, le lien entre la tentative

de suicide et le fait d'être une femme est atténué par le contrôle des autres variables de notre modèle (telles que l'âge, la situation professionnelle, le revenu, le fait de vivre seul, les violences, le tabagisme quotidien, la consommation à risque d'alcool), au point même de devenir non significatif. Cette disparition du lien pourrait être interprétée comme le signe que le caractère féminin de la tentative de suicide relèverait en grande partie de facteurs socio-économiques ou liés au parcours de vie. D'après une revue récente de la littérature, dans toutes les études, les tentatives de suicide augmentent rapidement au moment de la puberté et cette augmentation est nettement plus importante parmi les jeunes filles que parmi les jeunes hommes. Les explications avancées pour une fréquence importante des tentatives de suicide à ces âges seraient l'émergence d'une période particulièrement vulnérable du développement neuropsychique, avec une augmentation concomitante de troubles émotionnels et de prise de risque, les adolescents et jeunes adultes étant particulièrement sensibles à l'ostracisme, à l'image négative qu'ils pensent renvoyer et au stress engendré par d'éventuelles difficultés sociales, scolaires et professionnelles. Chez les jeunes, les tentatives de suicide seraient par ailleurs liées à l'introduction de l'activité sexuelle, à l'existence de symptômes dépressifs et d'abus d'alcool [16].

Pour plus d'un tiers des répondants, la tentative de suicide a été faite avec une intention de se donner la mort. Dans notre échantillon, 46 % des jeunes suicidants sont allés à l'hôpital et 49 % ont été suivis par un médecin ou un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute. Ces chiffres sont relativement similaires à ceux observés sur les adolescents et jeunes adultes dans la littérature internationale [14]. Des travaux nord-américains récents montrent par ailleurs que plus de la moitié des adolescents suici-

dants suivaient un traitement psychiatrique avant leur tentative [17]. En parallèle, la proportion élevée de jeunes qui déclarent ne pas avoir eu réellement l'intention de mourir (60 % des tentatives de suicide) pourrait évoquer une revendication existentielle et un appel à l'aide [18-21]. Toutefois, quelle que soit la raison invoquée *a posteriori* de l'acte suicidaire, les recommandations en France [22, 23] sont claires et indiquent qu'une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée et doit conduire à une triple évaluation somatique, psychologique et sociale. Tout jeune ayant fait une tentative de suicide doit être conduit aux urgences de l'hôpital afin de débiter cette évaluation et une prise en charge adéquate.

En ce qui concerne les disparités géographiques observées, bien que les prévalences de tentatives de suicide déclarées ne soient pas significativement différentes selon la région, il est intéressant de noter que ces tendances régionales sont proches des différences régionales des hospitalisations pour TS et des décès par suicide. En effet, nous retrouvons le contraste Nord-Ouest *vs* Sud-Est avec un phénomène suicidaire plus marqué dans les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France. Ces observations illustrent le lien entre tentatives de suicide et décès par suicide, par conséquent elles plaident également en faveur du développement d'actions de prévention du suicide.

Les premiers travaux de sociologie sur le suicide d'Émile Durkheim à la fin du XIX^e siècle, prolongés par ceux de Maurice Halbwachs dans les années 1930, ont montré que les variations des taux de suicide étaient dépendantes du degré d'intégration des individus dans leur milieu social, expliquant ainsi le suicide en termes de régulation et de cohésion sociales [24]. Plus qu'un déterminisme social, ces auteurs insistent

surtout sur la prise en compte de dimensions sociales dans la compréhension de ce geste, qui paraît, de prime abord, relever du libre arbitre.

Les facteurs de risque des tentatives de suicide et pensées suicidaires mis en évidence parmi les 15-30 ans dans le Baromètre santé 2010 sont avant tout les événements de vie traumatiques, tels que les violences subies lorsqu'elles sont récentes, ainsi que les violences sexuelles au cours de la vie. L'isolement social et la précarité sociale, qui apparaissent comme des facteurs de risque importants sur l'ensemble de la population [11], se révèlent relativement moins liés aux tentatives et pensées suicidaires parmi les jeunes. Il est possible que ces facteurs pèsent de façon moins lourde au cours de la jeunesse qu'aux âges plus avancés de la vie, lorsque les perspectives d'une évolution favorable sont compromises.

Les données présentées dans cet ouvrage examinent certains facteurs de risque et non l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la survenue d'actes suicidaires. Notamment, une tentative de suicide antérieure, une détresse psychologique importante, ou encore la présence de dépression, d'anxiété, ou encore de trouble lié à la consommation de substances augmentent le risque de tentative de suicide [14, 25]. Il convient ici de rappeler que le Baromètre santé de l'Inpes a vocation à fournir des données de cadrage quantitatives, et d'isoler certains facteurs de risque, mais pas forcément à expliquer le détail des mécanismes d'un phénomène aussi complexe que le risque suicidaire.

Une proportion importante (46 %) des 15-30 ans ayant pensé à se suicider ont déclaré n'en avoir parlé à personne et l'enquête a été donc l'occasion pour eux de verbaliser cet événement. L'expression d'un souvenir dramatique pouvant dès lors générer une situation délicate, les enquêteurs du Baromètre santé avaient

été préparés à de telles circonstances et pouvaient, le cas échéant, renvoyer ces personnes sur des numéros de lignes spécialisées sur le suicide.

Une attention spécifique doit être portée à certaines populations particulièrement vulnérables au risque suicidaire, comme les personnes ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle [26], les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, les proches de victimes de suicide, ou encore les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques. Des instruments de repérage ou de dépistage⁴ efficaces existent [10, 27]. Ils permettent notamment l'expression plus fréquente des pensées suicidaires ou des tentatives que lors d'un entretien sans grille structurée [28], même si la concordance avec le diagnostic posé par des cliniciens ne s'avère pas toujours optimale [27]. En termes d'actions de prévention, l'OMS a identifié de grandes catégories d'interventions efficaces telles que la restriction d'accès aux moyens létaux (notamment substances toxiques et armes à feu) ; le repérage et la prise en charge précoce des personnes souffrant de troubles psychiatriques ; l'amélioration de l'accès aux services sanitaires et sociaux ; ou encore un traitement distancié et responsable du suicide par les médias [1]. Les médecins généralistes et pédiatres se trouvent dans une position clé pour repérer les jeunes à risque de suicide et proposer un dépistage du risque suicidaire à un grand nombre de jeunes [14].

Une revue récente des interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide, considérant la réduction des suicides accomplis, des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires, a permis de conclure que quatre approches préventives

4. Le dépistage fait référence à l'utilisation de grilles et questionnaires généralement administrés par un professionnel. Le repérage est la reconnaissance des signes de détresse ou signes avant-coureurs du suicide.

au moins ont démontré leur intérêt sur des populations jeunes (moins de 25 ans) [29]. Il s'agit de la formation d'adultes susceptibles d'intervenir dans le cadre scolaire (repérage des jeunes les plus à risque et prise en charge au sein même de l'établissement) avec éventuellement des cours pédagogiques à destination des élèves sur les signes et les moyens de faire face à la dépression et au suicide; des lignes d'appel et de soutien pour les personnes en état de souffrance psychologique; du maintien d'un contact initié par les équipes hospitalières avec les jeunes sortis des urgences suite à une tentative de suicide ainsi que de la continuité de la prise en charge (notamment psychothérapeutique) à la sortie de l'hôpital.

Des efforts de prévention sont également possibles en amont de l'apparition des états

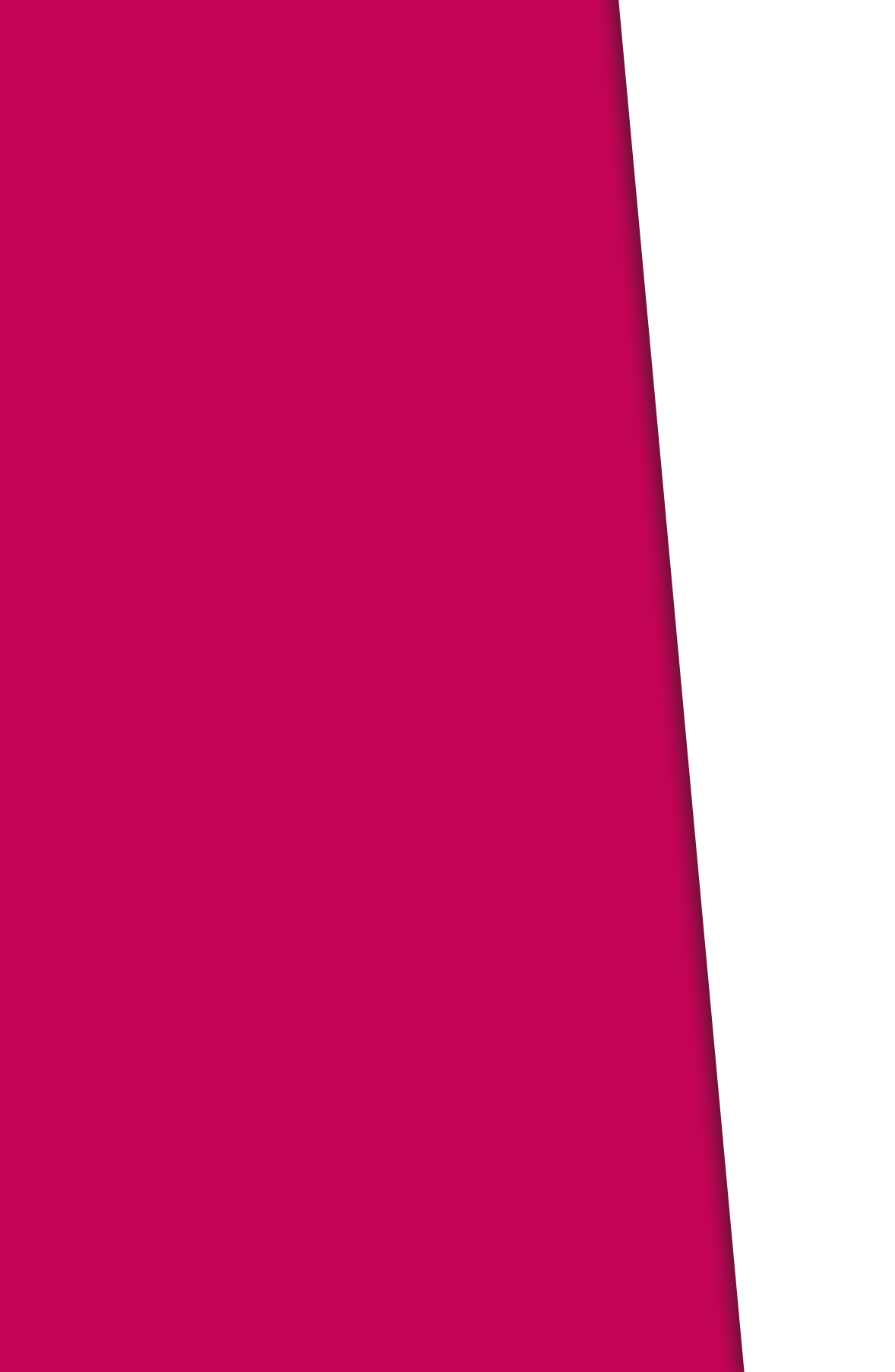
de mal-être, dans une logique de promotion de la santé mentale. Si ces programmes sont principalement développés en Amérique du Nord, des initiatives récentes menées en partenariat avec l'Inpes tentent de les adapter, de les implanter et de les évaluer sur le territoire français. Il s'agit essentiellement d'actions visant à développer les compétences psychosociales chez l'enfant (estime de soi, compétences de communication, sens critique, gestion des émotions...) et à soutenir et développer les compétences parentales (encadrement, communication, gestion des conflits...). Par ailleurs, l'Inpes mène d'autres actions plus ciblées, telles que des actions de lutte contre l'homophobie, qui constitue un facteur de risque suicidaire majeur pour les personnes qui en sont victimes [26].

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] World Health Organization. *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Genève : World Health Organization, 2012 : 26 p. En ligne : www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/index.html
- [2] Jouglé E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossollin F., Le Toulec A., Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2002, vol. 50, n° 1 : p. 49-62.
- [3] Chappert J.-L., Pequignot F., Pavillon G., Jouglé E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et Impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention*. Paris : Drees, série Études, 2003 : 45 p.
- [4] Aouba A., Pequignot F., Camelin L., Jouglé E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 497-500.
- [5] Cyrulnik B. *Quand un enfant se donne « la mort »*. Paris : Odile Jacob, 2011 : 155 p.
- [6] Philippe A. Épidémiologie du suicide. *La Revue du praticien*, 2011, vol. 61, n° 2 : p. 175-183.
- [7] Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 492-496.
- [8] Kessler R. C., Borges G., Walters E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, vol. 56, n° 7 : p. 617-626.
- [9] Hawton K., Arensman E., Wasserman D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology Community Health*, 1998, vol. 52, n° 3 : p. 191-194.
- [10] Pettit J. W., Garza M. J., Grover K. E., Schatte D. J., Morgan S. T., Harper A., Saunders A. E. Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. *Depression and Anxiety*, 2009, vol. 26, n° 8 : p. 769-774.
- [11] Beck F., Guignard R., Du Roscoët E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 488-492.
- [12] Bush K., Kivlahan D. R., McDonell M. B., Fihn S. D., Bradley K. A. The Audit Alcohol Consumption Questions (Audit-C) : an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 1998, n° 158 : p. 1789-1795.
- [13] Chan Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, 2011, n° 6 : p. S13-S30.
- [14] Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide : epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric Drugs*, 2003, vol. 5, n° 4 : p. 243-265.

- [15] Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking : 1990-2003. *Psychiatric Services*, 2007, vol. 58, n° 5 : p. 642-651.
- [16] Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 2012, vol. 379, n° 9834 : p. 2373-2382.
- [17] Nock M. K., Green J. G., Hwang I., McLaughlin K. A., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., Kessler R. C. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents : results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 2013, n° 9 : p. 1-11.
- [18] Pommereau X. *L'Adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, 1996 : 238 p.
- [19] Haim A. *Les Suicides d'adolescents*. Paris : Payot, 1969 : 303 p.
- [20] Alvin P. *L'Envie de mourir, l'Envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants*. Paris : Doin, 2009 : 246 p.
- [21] Alvin P. Les adolescents ont besoin d'être écoutés, mais cela ne suffit pas : il faut s'engager. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2012, n° 422 : p. 7-9. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-422.pdf
- [22] Anaes. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*. Paris : Anaes, 1998 : 44 p.
- [23] Fédération française de psychiatrie, Anaes. *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : Conférence de consensus de l'Anaes, 2000 : 31 p.
- [24] Baudelot C., Establet R. *Durkheim et le Suicide*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Philosophies, 1990 : 128 p.
- [25] Harris E. C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1997, n° 170 : p. 205-228.
- [26] Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 110 p.
- [27] Holli M. M., Pelkonen M., Karlsson L., Tuisku V., Kiviruusu O., Ruuttu T., Marttunen M. Detecting suicidality among adolescent outpatients : evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*, 31/12/2008, n° 8 : p. 97.
- [28] Klimes-Dougan B. Screening for suicidal ideation in children and adolescents : methodological considerations. *Journal of Adolescence*. 1998, vol. 21, n° 4 : p. 435-444.
- [29] Du Roscoät E., Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2012, n° 422 : p. 41-42. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-422.pdf



L'essentiel

Le sommeil des 15-30 ans

Dans la population française, les troubles du sommeil les plus fréquents sont l'insomnie et la somnolence. L'insomnie chronique touche 15,8 % des 15-85 ans, entraînant une grande consommation d'hypnotiques et autres sédatifs, 10 % des Français prennent quotidiennement un traitement pour dormir, et la somnolence diurne excessive affecterait plus de 2 millions de personnes.

Les 15-30 ans déclarent en moyenne un temps de sommeil effectif de 7 h 26, qui s'avère sensiblement plus long pour les femmes que pour les hommes (7 h 37 vs 7 h 15). Ce temps de sommeil est caractérisé par une heure moyenne de coucher à 23 h 27, un temps moyen de 28 minutes pour s'endormir, et un réveil à 7 h 20. Avec une déclaration d'un temps moyen de sommeil nécessaire de 7 h 52, près d'un quart des jeunes de 15-30 ans apparaissent ainsi en dette de sommeil (23,2 %), cette proportion correspondant à une différence entre temps de sommeil effectif et nécessaire supérieure à 90 minutes.

Au-delà du simple indicateur du temps de sommeil, sa qualité est appréciée par différents autres indicateurs : problèmes de sommeil récents (au cours des huit derniers jours), satisfaction perçue à l'égard de son sommeil, insomnie chronique, somnolence diurne, prise de produit pour aider à dormir. Les 15-30 ans sont ainsi 12,6 % à déclarer avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, 17,4 % sont insatisfaits de leur sommeil, 14,2 % se trouvent en insomnie chronique et 8,4 % régulièrement somnolents la journée.

Selon les différents troubles du sommeil analysés, les facteurs sociodémographiques associés se révèlent légèrement différents. La dette de sommeil, après ajustement sur le sexe et sur l'âge, se révèle associée positivement au fait de vivre avec au moins un de ses parents, ainsi qu'à une situation financière jugée difficile, et négativement au fait de vivre en milieu rural et d'être au chômage ou en inactivité. L'insomnie chronique apparaît quant à elle associée au sexe et à une situation financière jugée difficile. Enfin, la somnolence diurne régulière n'est liée à aucune variable sociodémographique, mais en revanche nettement plus fréquente parmi les personnes en dette de sommeil.

Alors que les troubles du sommeil touchent toute la population, la prise de produits pour aider à dormir apparaît de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge. Ils sont également plus souvent consommés par les femmes, en cohérence avec des fréquences plus grandes de troubles du sommeil déclarés. Au sein des 15-30 ans, la prise de médicaments évolue fortement puisqu'elle double entre les 15-19 ans et les 26-30 ans, pour les hommes comme pour les femmes. Les produits les plus fréquemment pris par les personnes de ces âges sont, dans l'ordre : les hypnotiques et somnifères (28,9 %), les autres produits, les anxiolytiques (20,8 %) et les produits relevant de la phytothérapie (19,1 %).

L'insomnie (définie selon les critères cliniques de classification internationale) touche 14,2 % des 15-30 ans, plus souvent les jeunes femmes

(19,4 % vs 8,9 % des hommes), et sa prévalence augmente également avec l'âge, passant de 11,8 % pour les 15-19 ans, à 15,0 % pour les 20-25 ans et 15,5 % pour les 26-30 ans.

Nos résultats sur les 15-30 ans confirment la tendance à la baisse du temps de sommeil effectif lors du passage à l'âge adulte, avec une perte de plus de 20 minutes en moyenne entre les 15-19 ans et les 26-30 ans. Il y aurait donc une baisse continue du temps de sommeil dans ces tranches d'âge, pourtant considérées comme essentielles pour l'apprentissage, l'acquisition des connaissances, l'équilibre physique et psychologique. Dans la mesure où l'heure de lever est souvent imposée, c'est l'heure de coucher qui apparaît déterminante dans la réduction du temps de sommeil et son décalage qui permet d'ailleurs d'expliquer la différence de temps de sommeil observée entre les sexes. Une des explications de cette baisse du temps de sommeil serait une augmentation de la durée d'activités vespérales rentrant en compétition avec la durée de sommeil en retardant l'heure d'endormissement : télévision, ordinateur, téléphone portable ou tablette équipés d'Internet...

Cette analyse confirme, dans la droite logique des résultats obtenus chez les collégiens, que le temps de sommeil des jeunes adultes est trop fréquemment réduit, les exposant à une dette de sommeil, à une réduction de leur vigilance diurne et aux complications potentielles associées à un sommeil de trop courte durée.

Le sommeil des 15-30 ans

JEAN-BAPTISTE RICHARD
FRANÇOIS BECK
DAMIEN LÉGER

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental du sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre physique et psychologique des individus à tous les âges de la vie [1-4]. Il constitue un important facteur de protection de l'état de santé. Le sommeil est d'abord indispensable pour la conservation d'énergie, la récupération neuronale et la plasticité cérébrale. Il joue aussi un rôle dans le métabolisme cardiovasculaire, respiratoire, immunologique et dans la thermorégulation, qui contribue à permettre le fonctionnement optimal du corps au cours de la journée. Il est aussi essentiel à la croissance *via* l'hormone de croissance, qui est sécrétée spécifiquement au cours du sommeil lent profond. À côté de ces fonctions métaboliques, le sommeil est aussi un facteur essentiel de la cognition et de l'émotion, y compris l'apprentissage et la consolidation de la mémoire mais aussi le contrôle émotionnel et l'équilibre de l'humeur. À l'inverse, les troubles du sommeil chroniques (présents depuis

au moins quelques mois) peuvent avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, et de ce fait sur l'ensemble de la vie sociale, professionnelle, telles que l'absentéisme ou les accidents de la route et du travail liés à la somnolence [5-7], ou scolaire chez les enfants [8]. Le risque accidentel lié à la somnolence est notamment le plus critique [9], mais un sommeil de mauvaise qualité peut aussi déséquilibrer un état psychique déjà fragile, voire contribuer au risque suicidaire [10]. Un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, mais un manque chronique est susceptible de favoriser, entre autres pathologies, l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement [11]. Des études récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie [12].

Dans la population française, les troubles du sommeil les plus fréquents sont l'insomnie et la somnolence. L'insomnie

chronique touche 15,8 % des 15-85 ans, entraînant une grande consommation d'hypnotiques et autres sédatifs, 10 % des Français prennent quotidiennement un traitement pour dormir [13], et la somnolence diurne excessive affecterait plus de 2 millions de personnes [14, 15].

Une diminution du temps de sommeil quotidien a par ailleurs été observée chez les adultes dans les pays industrialisés, avec notamment un taux élevé de courts dormeurs (avec un temps de sommeil inférieur à 6 heures) [16]. Cette privation de sommeil est en partie volontaire et liée à la mise en compétition du sommeil avec de plus en plus de loisirs accessibles à la maison, voire dans la chambre à coucher : télévision, Internet, téléphone mobile, lecteurs audio et vidéo. Elle est en partie involontaire, en lien avec les horaires de travail ou de cours chez les plus jeunes, l'augmentation du temps de transport chez tous, le travail à horaires décalés parmi les

actifs occupés. Or il a été montré qu'un temps de sommeil inférieur à 6 heures par 24 heures était, chez l'adulte, significativement associé à une surmortalité [12].

La qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Or cette synchronisation se trouve perturbée par les retards des horaires de coucher pendant la semaine, et par un décalage de parfois plusieurs heures des horaires de coucher et de lever le week-end. Ce décalage, qui prend parfois des formes extrêmes, appelées « retard de phase », provoque à court terme un sommeil de moins bonne qualité car non synchronisé aux autres rythmes biologiques, comme celui de la température interne. À moyen ou long terme, il peut être responsable d'une dette chronique de sommeil. En effet, dans les premiers jours de la semaine, les jeunes n'ont plus envie de dormir le soir mais doivent se réveiller tôt le matin pour

MÉTHODE

Le sommeil des Français a fait l'objet d'un module spécifique au sein de l'enquête Baromètre santé 2010. Différents indicateurs ont été utilisés pour quantifier le sommeil et pour estimer les troubles associés :

- temps moyen de sommeil (hors vacances et week-end) : calculé à partir de l'heure d'extinction de la lampe, de l'heure de réveil, et du temps d'endormissement ;
- temps de sommeil jugé nécessaire pour être en forme le lendemain ;
- sujet en dette de sommeil : celui dont le temps moyen de sommeil est inférieur d'au moins 1h30 au temps de sommeil jugé nécessaire ;
- problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours : « un peu », « beaucoup » ; question appartenant à l'échelle de qualité de vie de Duke [17] ;
- satisfaction perçue du sommeil : « satisfait », « ni satisfait ni insatisfait », « insatisfait » ;
- prise d'un produit quel qu'il soit pour aider à dormir ;
- somnolence diurne : « jamais », « rarement », « régulièrement », « souvent » ;
- insomnie chronique : présence d'au moins un trouble du sommeil (troubles d'endormissement, troubles de maintien du sommeil, réveil précoce, sommeil non récupérateur), à une fréquence d'au moins trois nuits par semaine et depuis au moins un mois, avec un retentissement fonctionnel diurne (vie sociale, professionnelle, capacité de mémoire...) [18].

Les questions relatives au temps de sommeil des individus ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, et celles relatives à la satisfaction du sommeil, à la prise de produit pour dormir, à la somnolence diurne et à l'insomnie n'ont été posées qu'à un tiers de l'échantillon tiré aléatoirement, soit 8 782 personnes âgées de 15 à 85 ans.

les cours, réduisant ainsi leur durée de sommeil.

Il apparaît ainsi particulièrement important d'assurer une surveillance épidémiologique des comportements de la population en matière de sommeil. L'étude des adolescents et des jeunes adultes apparaît d'autant plus essentielle qu'ils sont particulièrement sollicités et plus enclins que d'autres catégories d'âges aux activités d'éveil tardives rentrant en compétition avec la qualité et la quantité du sommeil. Si les enquêtes françaises en population générale comportant une ou des questions sur les troubles du sommeil sont nombreuses [19], permettant parfois de suivre des évolutions [13], les enquêtes représentatives s'appuyant sur des outils permettant de mesurer de

façon fiable l'insomnie selon les critères définis par l'American Academy of Sleep Medicine sont plus rares [9]. Un module complet sur le sommeil, construit en collaboration avec l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV), a été incorporé au questionnaire du Baromètre santé 2010 de l'Inpes, enquête en population générale.

L'objectif de ce chapitre est, d'une part, de quantifier le temps de sommeil et la prévalence des différents troubles du sommeil dans la population des 15-30 ans et d'explorer les facteurs sociodémographiques associés à ces problèmes; d'autre part, dans la mesure où le module sur le sommeil a été posé à l'ensemble de l'échantillon, de comparer la quantité et la qualité du sommeil des 15-30 ans à celles des autres âges de la vie.

RÉSULTATS

TEMPS DE SOMMEIL

Les 15-30 ans déclarent en moyenne un temps de sommeil effectif de 7 h 26, qui s'avère sensiblement plus long pour les femmes que pour les hommes (7 h 37 vs 7 h 15). Ce temps de sommeil est caractérisé par une heure moyenne de coucher à 23 h 27, un temps moyen de 28 minutes pour s'endormir, et un réveil à 7 h 20. Avec une déclaration d'un temps moyen de sommeil nécessaire de 7 h 52, près d'un quart des jeunes de 15-30 ans apparaissent ainsi en dette de sommeil (23,2 %), cette proportion correspondant à une différence entre temps de sommeil effectif et nécessaire supérieure à 90 minutes.

Alors que ni l'heure de réveil, ni le temps d'endormissement ne s'avèrent différer entre hommes et femmes, l'heure de coucher de ces premiers apparaît plus tardive de 24 minutes (23 h 39 vs 23 h 15). Par ailleurs, le temps de sommeil jugé nécessaire apparaît plus court de 29 minutes parmi les hommes, et la dette de sommeil

concerne légèrement plus les femmes (24,7 % vs 21,7 % des hommes; $p < 0,05$).

Au sein des 15-30 ans, le temps de sommeil effectif diminue de plus de 20 minutes entre les 15-19 ans et les 26-30 ans, la cause principale provenant d'une heure de coucher de plus en plus tardive, le temps d'endormissement apparaissant relativement stable, voire diminuant légèrement, et l'heure de réveil demeurant constante, à l'exception des 20-25 ans, qui semblent décaler leur heure de coucher comme leur heure de réveil d'environ 25 minutes en moyenne.

Par rapport au reste de la population, les 15-30 ans se distinguent par un temps de sommeil plus long, qu'il soit effectif ou nécessaire, et des heures de coucher comme de réveil plus tardives. Malgré cela, ils sont les plus nombreux à se trouver en dette de sommeil, la proportion de personnes concernées ayant tendance à diminuer progressivement au fil des âges pour toucher une personne sur dix au-delà de 60 ans [tableau I].

TABLEAU I

**Description des déclarations relatives au temps de sommeil
 parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge et le sexe**

	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71-75 ans
Ensemble												
Temps moyen de sommeil	7h37	7h27	7h15	7h26	7h04	7h02	7h17	7h17	7h17	7h17	7h17	7h17
Heure de coucher	23h04	23h41	23h31	23h27	23h13	23h00	23h03	23h03	23h03	23h03	23h03	23h03
Heure de réveil	7h10	7h36	7h12	7h20	6h40	6h27	6h48	6h48	6h48	6h48	6h48	6h48
Temps d'endormissement	29 min	29 min	26 min	28 min	23 min	23 min	26 min	26 min	26 min	26 min	26 min	26 min
Temps moyen de sommeil nécessaire	8h24	7h45	7h31	7h52	7h23	7h12	7h13	7h13	7h13	7h13	7h13	7h13
Dettes de sommeil (%)	30,3	21,3	18,4	23,2	16,7	14,0	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1
Hommes												
Temps moyen de sommeil	7h31	7h14	7h21	7h15	6h52	6h57	7h21	7h21	7h21	7h21	7h21	7h21
Heure de coucher	23h13	23h52	23h49	23h39	23h23	23h01	23h02	23h02	23h02	23h02	23h02	23h02
Heure de réveil	7h10	7h34	7h14	7h20	6h38	6h21	6h44	6h44	6h44	6h44	6h44	6h44
Temps d'endormissement	27 min	29 min	24 min	27 min	22 min	20 min	21 min	21 min	21 min	21 min	21 min	21 min
Temps moyen de sommeil nécessaire	8h12	7h30	7h14	7h38	7h03	7h00	7h09	7h09	7h09	7h09	7h09	7h09
Dettes de sommeil (%)	27,8	20,4	16,8	21,7	13,3	11,7	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6
Femmes												
Temps moyen de sommeil	7h43	7h39	7h28	7h37	7h15	7h06	7h15	7h15	7h15	7h15	7h15	7h15
Heure de coucher	22h55	23h30	23h15	23h15	23h03	23h00	23h04	23h04	23h04	23h04	23h04	23h04
Heure de réveil	7h10	7h39	7h10	7h21	6h43	6h33	6h52	6h52	6h52	6h52	6h52	6h52
Temps d'endormissement	32 min	29 min	27 min	29 min	24 min	26 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min	30 min
Temps moyen de sommeil nécessaire	8h37	7h59	7h47	8h07	7h43	7h23	7h15	7h15	7h15	7h15	7h15	7h15
Dettes de sommeil (%)	32,8	22,1	20	24,7	19,9	16,2	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

PROBLÈMES LIÉS AU SOMMEIL

Au-delà du simple indicateur du temps de sommeil, sa qualité est appréciée par différents autres indicateurs : problèmes de sommeils récents (au cours des huit derniers jours), satisfaction perçue à l'égard de son sommeil, insomnie chronique, somnolence diurne, prise de produit pour aider à dormir [tableau II]. L'analyse par âge au sein des 15-75 ans ne met pas en évidence de classes d'âge particulièrement concernées par les troubles du sommeil, même si les 15-19 ans déclarent moins fréquemment des problèmes récents ou des problèmes récurrents. Les 15-30 ans sont ainsi 12,6 %

à déclarer avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, 17,4 % sont insatisfaits de leur sommeil, 14,2 % déclarent être en insomnie chronique et 8,4 % être régulièrement somnolents la journée.

Si l'âge ne joue pas dans la déclaration des troubles liés au sommeil, les femmes sont en revanche plus nombreuses que les hommes, et ce quel que soit l'âge, à se plaindre de tels troubles. Parmi les 15-30 ans, 15,9 % d'entre elles déclarent avoir eu beaucoup de problèmes au cours des huit derniers jours (9,3 % des hommes), 19,4 % sont touchées par une insomnie chronique, soit deux fois plus que les hommes (8,9 %), 21,7 %

TABLEAU II

Fréquences des problèmes liés au sommeil parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	15-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans
Ensemble							
Troubles du sommeil 8 jours (un peu ou beaucoup)	39,7	44,8	44,8	43,2	46,9	51,2	49,4
Troubles du sommeil 8 jours (beaucoup)	9,1	13,4	15,2	12,6	13,5	15,4	14,5
Insomnie chronique	11,8	15,0	15,5	14,2	15,9	18,5	14,4
Insatisfait du sommeil	17,1	17,8	17,1	17,4	19,7	20,8	14,8
Somnolence diurne régulière	7,8	9,6	7,5	8,4	6,2	6,9	9,0
Hommes							
Troubles du sommeil 8 jours (un peu ou beaucoup)	31,3	35,4	38,8	35,2	41,1	42,8	41,3
Troubles du sommeil 8 jours (beaucoup)	6,9	9,4	11,7	9,3	10,0	11,0	9,1
Insomnie chronique	2,9	10,8	12,8	8,9	14,4	15,3	9,2
Insatisfait du sommeil	12,9	11,7	14,9	13,1	19,7	19,0	9,1
Somnolence diurne régulière	5,3	7,3	7,3	6,7	4,5	6,8	7,8
Femmes							
Troubles du sommeil 8 jours (un peu ou beaucoup)	48,5	54,0	50,6	51,2	52,5	59,3	56,5
Troubles du sommeil 8 jours (beaucoup)	11,3	17,3	18,5	15,9	16,8	19,6	19,2
Insomnie chronique	21,1	19,1	18,1	19,4	17,4	21,5	18,8
Insatisfait du sommeil	21,6	23,8	19,2	21,7	19,6	22,6	19,7
Somnolence diurne régulière	10,4	11,9	7,7	10,1	7,9	7,1	9,9

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

ne sont pas satisfaites de leur sommeil (13,1 % des hommes) et 10,1 % souffrent de somnolences diurnes régulières (6,7 % des hommes).

FACTEURS ASSOCIÉS AUX PROBLÈMES DE SOMMEIL

Selon les différents troubles du sommeil analysés, les facteurs sociodémographiques associés se révèlent légèrement différents. La dette de sommeil, après ajustement sur le sexe et sur l'âge, se révèle associée positivement au fait de vivre avec au moins un de ses parents, ainsi qu'à une situation financière jugée difficile, et négative-

ment au fait de vivre en milieu rural et d'être au chômage ou en inactivité. L'insomnie chronique apparaît quant à elle associée au sexe et à une situation financière jugée difficile (OR = 2,8 entre les personnes pour lesquelles « ça va » et celles pour lesquelles « c'est difficile » ; $p < 0,001$). Enfin, la somnolence diurne régulière n'est liée à aucune variable sociodémographique, mais en revanche nettement plus fréquente parmi les personnes en dette de sommeil (16,3 % vs 6,1 % chez celles sans dette de sommeil ; OR = 3,2 ; $p < 0,001$) [tableau III].

En termes d'évolution, la question portant sur les problèmes de sommeil récents a été posée depuis 2000 dans l'enquête Baromètre

santé. Parmi les 15-30 ans, comme dans le reste de la population, la déclaration de tels troubles apparaît constante dans le temps : 12,4 % des 15-30 ans rapportaient beaucoup de problèmes au cours des huit derniers jours en 2000, 12,0 % en 2005, 12,6 % en 2010.

LES PRODUITS POUR AIDER À DORMIR

Alors que les troubles du sommeil touchent tous les âges, la prise de produits pour aider à dormir apparaît de plus en plus fréquente

avec l'avancée en âge : 11,4 % des 15-30 ans, 14,0 % des 31-45 ans et environ un quart des plus âgés en prennent. Ils sont également plus souvent consommés par les femmes, en cohérence avec des fréquences plus grandes de troubles du sommeil déclarés. Au sein des 15-30 ans, la prise de tels produits évolue fortement puisqu'elle double entre les 15-19 ans (7,1 %) et les 26-30 ans (13,9 %), pour les hommes comme pour les femmes.

Les produits ont été regroupés en six grandes catégories : hypnotiques/somnifères, anxiolytiques, autres psychotropes

TABLEAU III

Résultats de 3 régressions logistiques pour expliquer différents problèmes de sommeil : somnolence diurne régulière, insomnie chronique, dette de sommeil, parmi les 15-30 ans en 2010

	Somnolence diurne			Insomnie chronique			En dette de sommeil		
	%	ORa	IC	%	ORa	IC	%	ORa	IC
Sexe	*			***			*		
Homme (réf.)	6,9	1		9,1	1		21,6	1	
Femme	10,2	1,3	0,9; 1,9	19,4	2,0***	1,5; 2,7	24,5	1,2**	1,1; 1,4
Âge							***		
15-19 ans	7,9	0,8	0,5; 1,4	11,9	0,6	0,4; 1,0	30,2	1,5***	1,2; 1,8
20-25 ans (réf.)	9,9	1		15,2	1		21,3	1	
26-30 ans	7,7	0,9	0,6; 1,4	15,5	1,1	0,8; 1,5	18,3	0,9	0,7; 1,0
Vit avec un parent							***		
Non (réf.)	9,7	1		16,1	1		19,0	1	
Oui	7,6	0,8	0,5; 1,2	12,6	1,1	0,8; 1,7	26,7	1,2*	1,0; 1,5
Taille d'agglomération							**		
Rural (réf.)	7,7	1		12,3	1		18,6	1	
2 000 à 200 000 habitants	8,1	1,0	0,6; 1,6	12,3	0,9	0,6; 1,3	24,0	1,3***	1,1; 1,6
200 000 habitants et plus	9,7	1,0	0,6; 1,7	16,1	1,1	0,8; 1,7	23,3	1,2	1,0; 1,5
Agglo parisienne	9,1	1,2	0,7; 2,1	17,6	1,4	0,9; 2,1	26,0	1,6***	1,3; 2,0
Situation financière perçue				***			***		
Ça va (réf.)	7,9	1		10,5	1		20,9	1	
C'est juste	8,9	1,2	0,8; 1,8	15,6	1,6**	1,2; 2,2	25,9	1,5***	1,3; 1,7
C'est difficile	11,4	1,3	0,8; 2,2	30,6	2,8***	1,9; 4,0	29,1	2,0***	1,7; 2,5
Situation professionnelle							***		
Travaille (réf.)	7,6	1		14,6	1		19,9	1	
Étudiant	8,9	1,4	0,8; 2,3	13,0	1,1	0,7; 1,6	28,0	1,1	0,9; 1,4
Au chômage/inactif	10,2	1,5	0,9; 2,5	16,9	1,1	0,8; 1,6	18,5	0,7**	0,6; 0,9
En dette de sommeil				***					
Non (réf.)	6,1	1							
Oui	16,3	3,2***	2,3; 4,5						

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

(antidépresseurs, neuroleptiques), phytothérapie, homéopathie, autres. Cette dernière catégorie, très hétérogène, inclut par exemple (du plus cité au moins cité) : médicaments sans précision, cannabis, antalgique, antiépileptique, décontractant, alcool...

Les produits les plus fréquemment pris par les 15-30 ans sont, dans l'ordre : les hypnotiques et somnifères (28,9 %), les autres produits (25,2 %), les anxiolytiques (20,8 %) et les produits relevant de la phytothérapie (19,1 %). Les jeunes hommes se distinguent

des jeunes femmes par un recours plus fréquent aux hypnotiques (38,1 % vs 23,5 %) et moins fréquent à la phytothérapie (8,2 % vs 25,6 %) et à l'homéopathie (3,3 % vs 12,1 %).

Relativement aux personnes plus âgées, les 15-30 ans se distinguent par un recours plus rare aux hypnotiques ainsi qu'aux anxiolytiques (28,9 % et 20,8 % vs 44,0 % et 29,2 % parmi les 31-75 ans). Ils présentent en revanche une plus grande déclaration d'« autres produits », dont la moitié correspond à l'usage de cannabis à ces âges [tableau IV].

TABLEAU IV

Prise des différents produits pour aider à dormir, par âge et par sexe, parmi les 15-75 ans en 2010 (en pourcentage)

	15-19 ans	20-25 ans	26-30 ans	15-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans	31-75 ans
Ensemble								
Prise d'un produit pour dormir	7,1	12,8	13,9	11,4	14,0	22,3	23,4	19,4
Hypnotique/somnifère	31,3	25,0	32,1	28,9	41,5	44,1	46,2	44,0
Anxiolytique	19,4	15,4	27,3	20,8	28,2	26,0	34,4	29,2
Autre psychotrope	0,0	2,4	6,7	3,6	6,6	6,1	4,9	5,8
Phytothérapie	14,7	25,3	14,6	19,1	17,8	16,6	12,6	15,7
Homéopathie	13,4	8,1	7,2	8,8	9,1	8,5	4,9	7,6
Autre	36,3	25,9	18,9	25,2	11,5	11,9	6,1	10,0
NSP	10,4	9,7	9,9	9,9	5,0	6,3	3,8	5,2
Hommes								
Prise d'un produit pour dormir	4,7	10,5	10,0	8,5	10,7	15,6	14,9	13,6
Hypnotique/somnifère	52,9	31,4	39,5	38,1	44,3	44,7	49,8	46,0
Anxiolytique	22,6	19,7	27,2	23,0	29,1	23,9	24,6	25,7
Autre psychotrope	0,0	0,0	9,5	3,5	5,1	7,6	5,5	6,3
Phytothérapie	7,6	8,9	7,7	8,2	9,2	9,3	7,0	8,7
Homéopathie	14,2	0,0	2,2	3,3	4,1	1,4	1,1	2,1
Autre	30,1	44,3	21,5	33,4	16,0	16,6	8,9	14,3
NSP	0,0	7,1	7,8	5,9	7,8	11,7	5,4	8,8
Femmes								
Prise d'un produit pour dormir	9,6	15,1	17,7	14,3	17,0	28,8	30,6	24,9
Hypnotique/somnifère	20,2	20,7	28,0	23,5	39,7	43,7	44,7	43,0
Anxiolytique	17,8	12,5	27,4	19,5	27,6	27,1	38,5	31,0
Autre psychotrope	0,0	4,0	5,1	3,6	7,5	5,3	4,6	5,6
Phytothérapie	18,3	36,4	18,4	25,6	23,0	20,4	15,0	19,3
Homéopathie	13,0	13,6	10,1	12,1	12,2	12,2	6,5	10,3
Autre	39,5	13,5	17,4	20,3	8,7	9,4	5,0	7,8
NSP	15,7	11,5	11,4	12,3	3,3	3,5	3,2	3,3

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Notons enfin que, parmi les 15-75 ans, 42,3 % des insomniaques prennent des produits pour aider à dormir, 45,6 % des femmes et 36,8 % des hommes, alors qu'ils ne sont que 28,9 % parmi les 15-30 ans.

L'écart est particulièrement visible parmi les femmes, dont la part d'insomniaques prenant des produits passe de 27,7 % parmi les 15-30 ans à 51,9 % après ces âges (de 31,6 % à 38,1 % pour les hommes).

DISCUSSION

TEMPS DE SOMMEIL ET DETTE DE SOMMEIL

Notre étude montre que le temps de sommeil moyen des jeunes français est particulièrement court : 7 h 26. Ce temps est en moyenne significativement plus court chez les hommes (7 h 15) que chez les femmes (7 h 37). En France, selon l'Insee, le temps de sommeil aurait chuté, en vingt-cinq ans, de 18 minutes parmi les 15 ans et plus, mais cette chute atteindrait 50 minutes chez les adolescents (avec un temps moyen de sommeil évalué à 7 h 39 chez les 15-18 ans). Cette baisse du temps de sommeil s'accompagne d'une hausse du temps passé devant la télévision pendant la nuit et, pour les plus jeunes, d'une hausse du temps passé devant un écran [20]. Ce lien entre temps de sommeil et activités vespérales a par ailleurs été souligné dans les observations récentes du sommeil des collégiens : ceux qui déclarent regarder la télévision le soir, utiliser un ordinateur ou plus encore ceux disposant d'un téléphone portable équipé d'Internet ont un temps de sommeil plus court [21], ces activités ayant parfois lieu à l'insu des parents [22]. Nos résultats sur les 15-30 ans confirment la tendance à la baisse du temps de sommeil effectif lors du passage à l'âge adulte, avec une perte de plus de 20 minutes en moyenne entre les 15-19 ans et les 26-30 ans. Il y aurait donc une baisse continue du temps de sommeil dans ces tranches d'âge pourtant considérées comme essentielles pour l'appren-

tissage, l'acquisition des connaissances, l'équilibre physique et psychologique.

Dans la mesure où l'heure de lever est souvent imposée, c'est l'heure de coucher qui apparaît déterminante dans la réduction du temps de sommeil, et son décalage qui permet d'ailleurs d'expliquer la différence de temps de sommeil observée entre les sexes. Les actions de prévention et d'éducation de santé des jeunes pourrait donc utilement porter sur l'heure de coucher, en donnant des limites claires à ne pas dépasser.

Les résultats que nous trouvons sur la haute prévalence de la « dette de sommeil » dans la tranche d'âge 15-19 ans (30,2 % ; OR = 1,5) montrent combien cette privation est plus fréquente dans cette tranche d'âge. D'autres facteurs influencent significativement la dette de sommeil : le fait de vivre chez ses parents, le fait d'être étudiant, de mauvaises conditions économiques, la vie dans des villes de grande taille ou dans la région parisienne. Cette privation de sommeil est associée à un sommeil de trop courte durée (inférieur à 7 heures pour les adolescents). Or il a été bien démontré que dormir moins de 7 heures par nuit chez l'adolescent ou 6 heures par nuit pour les adultes peut être associé à une augmentation du risque d'obésité, de diabète de type 2, de risque cardiovasculaire, d'accidents de la circulation [12]. Les résultats de l'étude HBSC menée en 2010 auprès de collégiens montraient que le pourcentage de « petits dormeurs » (c'est-à-dire dormant

moins de 7 heures par nuit) augmente aussi avec l'avancée dans le collège, passant de 4,5 % des élèves de 6^e à 20,7 % de ceux de 3^e, soit près de 1 jeune sur 5 de ce dernier niveau [21].

Parmi les limites de cette étude, soulignons toutefois la difficulté pour le répondant à estimer un temps moyen de sommeil dans un questionnaire où semaine et week-end ne sont pas distingués (la précision était « le plus souvent »). En outre, le temps de sieste n'est pas considéré dans le calcul du temps de sommeil quotidien, ce qui est une faiblesse de l'indicateur, même si la sieste concerne plus les personnes âgées que les 15-30 ans.

TROUBLES DU SOMMEIL

Cette analyse montre également que les troubles du sommeil et l'insomnie sont très fréquents parmi les adolescents et les jeunes adultes, et représentent ainsi une vraie préoccupation de santé pour cette population.

L'insomnie (définie selon les critères cliniques de classification internationale) touche 14,2 % de la tranche d'âge 15-30 ans. Les jeunes femmes sont significativement plus insomniaques (19,4 % vs 8,9 % des hommes) et sa prévalence augmente avec l'âge, passant par exemple de 11,8 % pour les 15-19 ans à 15,0 % pour les 20-25 ans et 15,5 % pour les 26-30 ans. Il est habituel de trouver une prévalence plus élevée chez les femmes [5, 17]. Plusieurs facteurs explicatifs ont été proposés : les femmes peuvent avoir plus de facilité à parler de leur problème de sommeil ; ces troubles peuvent être associés à un taux de dépression plus élevé chez les femmes que chez les hommes ; le cycle menstruel pourrait aussi contribuer à l'insomnie. Nous n'avons pas ici les éléments pour expliquer simplement cette différence, mais elle ne semble pas liée à des horaires de sommeil, aussi réguliers

chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes dans notre étude, avec un temps de sommeil moyen qui s'avère même légèrement supérieur chez les femmes.

La proportion élevée de jeunes adultes (11,4 % des 15-30 ans, 28,9 % parmi les insomniaques) ayant recours à un médicament ou à une autre substance pour dormir nous semble préoccupante compte tenu de la tranche d'âge. En effet, dans la population générale française, ce sont aussi environ 50 % des insomniaques qui ont recours aux hypnotiques mais dans un contexte de vieillissement et de comorbidités associées qui peuvent faire comprendre cette prise médicamenteuse. Le besoin d'un recours aux médicaments signe la sévérité globale de ces symptômes dans notre groupe et l'absence claire d'autres propositions thérapeutiques. Le recours au cannabis pour dormir concerne 12 % des jeunes insomniaques et 17 % des jeunes hommes. La prise de produits pour aider à dormir apparaît plus fréquente parmi les femmes, ce qui est en cohérence avec des fréquences plus grandes de troubles du sommeil déclarés mais aussi avec un recours plus courant aux médicaments psychotropes en général, tel que relevé dans le Baromètre santé 2010 [23].

La plainte de somnolence diurne régulière apparaît fréquente puisqu'elle concerne 8,4 % de la tranche d'âge et plus spécifiquement les 20-25 ans, qui sont 9,6 % à s'en plaindre. Cette proportion est compatible avec celles habituellement retrouvées en population générale (entre 6 et 22 %) lorsqu'on interroge sur la survenue de somnolence habituelle au cours de la journée [24]. La somnolence apparaît ici très spécifiquement liée à la dette de sommeil (OR = 3,2). Ce résultat nous semble très important en termes de prévention en raison du risque majeur d'accidents de circulation liés à la somnolence et qui touche en particulier les jeunes adultes en France.

CONCLUSION


Cette analyse confirme, dans la droite logique des résultats obtenus chez les collégiens [25], que le temps de sommeil des jeunes adultes est trop fréquemment réduit, les exposant à une dette de sommeil, à une réduction de leur vigilance diurne et aux complications potentielles associées à un sommeil de trop courte durée. Les plaintes d'insomnie et de somnolence sont préoccupantes, en particulier chez les jeunes femmes. Comme le souligne le rapport

Giordanella sur le sommeil de 2006 [14] : « Sachant qu'à des degrés divers toute la population est concernée par la question du sommeil, que les pathologies sont nombreuses et graves, que le repérage voire un dépistage précoce sont possibles dans de nombreux cas, que les réponses comportementales comme les thérapeutiques justement dispensées sont susceptibles d'apporter de grands bénéfices en santé, le sommeil prend sa place parmi les questions de santé d'aujourd'hui. »

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Maquet P. The role of sleep in learning and memory. *Science*, 2001, vol. 294, n° 5544 : p. 1048-1052.
- [2] Siegel J. M. Sleep viewed as a state of adaptive inactivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 2009, n° 10 : p. 747-753.
- [3] Walker M. P. The role of sleep in cognition and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2009, n° 1156 : p. 168-197.
- [4] Diekelmann S., Born J. The memory function of sleep. *Nature Reviews Neuroscience*, 2010, vol. 11, n° 2 : p. 114-126.
- [5] Léger D., Guilleminault C., Bader G., Levy E., Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 2002, vol. 25, n° 6 : p. 625-629.
- [6] Godet-Cayre V., Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Dinot J., Massuel M., Léger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*, 2006, vol. 29, n° 2 : p. 179-184.
- [7] Léger D., Massuel M., Metlaine A., SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep*, 2006, vol. 29, n° 2 : p. 171.
- [8] Bailly D., Bailly-Lambin I., Querleu D., Beuscart R., Collinet C. Le sommeil des adolescents et ses troubles : une enquête en milieu scolaire. *L'Encéphale*, 2004, vol. 30, n° 4 : p. 352-359.
- [9] Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Delahaye C., Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 2000, vol. 9, n° 1 : p. 35-42.
- [10] Vignau J., Bailly D., Duhamel A., Vervaecke P., Beuscart R., Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1997, vol. 21, n° 5 : p. 343-350.
- [11] State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consensus State Sci Statements*, 2005, vol. 22, n° 2 : p. 1-30.
- [12] Gallicchio L., Kalesan B. Sleep duration and mortality : a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 148-158.
- [13] Beck F., Léon C., Léger D. Les troubles du sommeil en population générale. *Médecine/Science*, 2009, n° 25 : p. 201-206.
- [14] Giordanella J.-P. dir. *Rapport sur le thème du sommeil*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 396 p.
- [15] Beck F., Richard J.-B., 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. *BEH*, 2012, n° 44-45 : p. 497-501.
- [16] Léger D., Roscoat E., Bayon V., Guignard R., Pâquereau J., Beck F. Short sleep in young adults : insomnia or sleep debt ? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1004 young adults from France. *Sleep Medicine*, mai 2011, vol. 12, n° 5 : p. 454-462.
- [17] Parkerson G. R., Broadhead W. E., Tse C. K. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 1990, vol. 28, n° 11 : p. 1056-1072.
- [18] Edinger J. D., Bonnet M. H., Bootzin R. R., Doghramji K., Dorsey C. M., Espie C. A., et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia : report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 2004, vol. 27, n° 8 : p. 1567-1596.
- [19] Chan-Chee C., Bayon V., Bloch J., Beck F., Giordanella J.-P., Léger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2011, vol. 59, n° 6 : p. 1-14.
- [20] Ricroch L. En 25 ans, le temps passé à dormir la nuit a diminué de 18 minutes. In : Insee. France, portrait social. Paris : Insee, 2012 : 272 p.
- [21] Léger D., Richard J.-B., Godeau E., Beck F. Sommeil. In : Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La Santé des collégiens en France/2010*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : p. 139-146.

- [22] Venn S., Arber S. Conflicting sleep demands : parents and young people in UK households. In : Brunt L., Steger B., dir. *Worlds of Sleep : Investigations into the Dormant Third of our Lives*. Berlin : Frank & Timme, 2008 : p. 105-109.
- [23] Beck F., Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2012, n° 421 : p. 43-45.
- [24] Ohayon M. M. From wakefulness to excessive sleepiness : what we know and still need to know. *Sleep Medicine Reviews*, 2008, vol. 12, n° 2 : p. 129-141.
- [25] Léger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students. *PLoS ONE*, 2012, vol. 7, n° 10. En ligne : www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0045204
- 



Des constats à l'action

STÉPHANIE PIN

La bonne voire très bonne santé des jeunes, telle qu'elle apparaît à la lecture du Baromètre santé, peut paraître en apparent décalage avec le ciblage récurrent de cette population dans les politiques de santé : un Plan Santé des Jeunes leur a été consacré, ils sont considérés comme public prioritaire par le Plan Cancer, le Plan nutrition santé, le Plan suicide, et le précédent plan de lutte contre les addictions de la Mildt. La jeunesse était par ailleurs au cœur de la campagne du président de la République ; et le Comité interministériel de la Jeunesse a récemment publié un rapport sur la « nouvelle politique de la jeunesse » qui propose 22 priorités pour lutter contre les inégalités entre les jeunes et leur permettre d'améliorer leur autonomie et leur bien-être [1]. Cette préoccupation récurrente s'explique par deux raisons majeures : tout d'abord intervenir auprès de cette population permet de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé ou l'installation de comportements défavorables à la santé ; agir ensuite le plus précocement possible s'inscrit dans une stratégie

de réduction ou de limitation des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, ce constat général de bonne santé, s'il est encourageant et rassurant, s'il fait contrepoids aux indicateurs inquiétants concernant le décrochage scolaire, l'employabilité et la pauvreté, masque des situations de vulnérabilités qu'il convient de ne pas négliger et qui pointent à la lecture de chacun des chapitres. Ces situations, si elles ne sont pas connues, perçues et prévenues, pourraient entraîner une péjoration de l'état de santé, un accroissement des désavantages et des inégalités sociales de santé. Le Baromètre santé permet d'appréhender différents cycles de vie – ici la jeunesse – et de mettre en évidence tant les enjeux et les principaux problèmes sur lesquels intervenir que les points d'appui pour mettre en œuvre une stratégie positive de promotion de la santé. Il offre la possibilité d'étayer les programmes ou les actions de prévention, de développer des stratégies appropriées et

fournit des résultats inestimables et complémentaires aux approches sociologiques de la jeunesse [2].

De façon globale, ce qui frappe d'abord, ce sont les différences prégnantes au sein même de cette catégorie d'âge. La jeunesse ne recouvre pas une catégorie uniforme, mais il existe différentes jeunesses et plusieurs critères pèsent sur les comportements de santé et le recours aux soins des jeunes de 15 à 30 ans. Une enquête transversale permet de caractériser ces différentes jeunesses à défaut d'en saisir la dynamique. L'âge et surtout le sexe apparaissent comme des variables discriminantes importantes pour la totalité des comportements de santé abordés dans les différents chapitres de cet ouvrage. Une approche mêlant le genre et l'appréhension de la santé et des comportements de santé semble particulièrement adaptée ; les jeunes filles tendent ainsi à se déclarer en moins bonne santé que les jeunes garçons, à davantage souffrir de problèmes de santé mentale ou de troubles du sommeil, mais consomment moins de substances licites ou illicites que les jeunes garçons et présentent des habitudes alimentaires globalement plus favorables à leur santé. Ces différences traduisent certainement des représentations de la santé spécifiques et des attitudes genrées à l'égard de la santé qu'il convient de ne pas négliger quand l'on intervient auprès de ces publics [3]. En termes d'âge, la période de 15-19 ans se distingue aussi et apparaît comme une période charnière dans l'expérimentation de plusieurs conduites à risque ; c'est également la période de la vie au cours de laquelle la qualité de vie apparaît, dans sa dimension psychique, comme la plus mauvaise.

Le médecin généraliste apparaît comme un référent pour la santé des adolescents, dans la détection et la prévention de différents comportements à risque. Plus que le spécialiste ou d'autres professionnels de santé, il est le premier interlocuteur du

jeune garçon ou de la jeune fille, même si la fréquence de consultation n'est pas très élevée. Ce constat est particulièrement vrai pour les problèmes de santé mentale ou pour le choix d'une contraception, qui ne donnent pas lieu systématiquement à une consultation de spécialiste. Ce résultat est sans doute à mettre en regard avec les inégalités sociales et territoriales, les spécialistes (gynécologues, psychiatres) étant inégalement répartis sur le territoire [4, 5]. De toutes les manières, la question de la relation entre l'adolescent ou le jeune adulte et le médecin généraliste revêt une importance toute particulière.

Les inégalités sociales apparaissent enfin déjà comme bien implantées : sur plusieurs comportements de santé, les auteurs des chapitres ont noté des différences significatives en fonction du niveau de diplôme, de la perception de la situation financière, ou en fonction du statut d'activité du jeune interrogé. Deux profils paraissent ainsi particulièrement vulnérables en termes de santé et de comportements de santé, celui de chômeur, mais aussi celui d'étudiant. Ils se traduisent par des comportements de santé plus fréquemment défavorables, notamment en ce qui concerne l'usage de substances, licites ou illicites. Cette situation sociale défavorable pour certains jeunes avait été pointée par l'Observatoire de la Jeunesse en 2012 [6] dont certaines données sont reprises dans le rapport du Comité interministériel de la jeunesse et permettent de souligner l'ampleur du phénomène et l'importance des résultats du Baromètre santé pour une meilleure appréhension des inégalités sociales de santé : en 2000, 19,9 % des 18-25 ans étaient considérés comme pauvres, ils étaient 22,5 % en 2009. Par ailleurs, les moins de 30 ans représentaient 50 % des personnes pauvres.

De façon plus spécifique et sans passer en revue les différents chapitres, quelques résultats méritent d'être soulignés. En termes de

santé mentale, il est frappant de constater la stabilité du taux de pensées suicidaires (3 % en 2010) et de tentatives de suicide (1 %) chez les jeunes qui par ailleurs, ne sont pas tous pris en charge par des professionnels de santé. De la même manière, les troubles du sommeil concernent plus d'un jeune sur dix, et la prise de médicaments hypnotiques double entre 15-19 ans et 20-25 ans. Bien informés sur d'autres thèmes de santé, les jeunes interrogés se déclarent bien moins informés sur la dépression, ce qui incite à la promotion des espaces d'information dédiés aux adolescents, comme les Maisons des adolescents ou les espaces santé jeunes. Les troubles des conduites alimentaires restent minoritaires mais concernent principalement les jeunes filles. La prévention des troubles mentaux auprès des jeunes est encore peu développée en France, mais le Plan Suicide pointe cette population parmi les populations cibles [7]. Le recours à l'aide à distance est une action efficace en termes de prévention du mal-être et du suicide, stratégie largement investie par l'Inpes qui soutient Fil Santé Jeunes et plusieurs autres lignes téléphoniques de prévention du mal-être. Peu de preuves sont disponibles quant aux interventions efficaces de prévention du suicide chez les jeunes, où les résultats des évaluations d'actions sont contradictoires à l'instar des programmes proposés en milieu scolaire qui ont, pour certains, même abouti à des résultats négatifs [8].

Les jeunes de 15 à 30 ans constituent la tranche d'âge où la fréquence de consommation du tabac est la plus élevée; ce pourcentage a augmenté entre 2005 et 2010. Le pourcentage de fumeurs quotidiens augmente rapidement avec l'âge doublant presque entre 15-19 ans et 20-25 ans. Cela met en évidence l'intérêt d'agir en amont sur l'expérimentation du tabac au moyen de programmes de renforcement des compétences psychosociales ou sur l'installa-

tion dans la consommation régulière de tabac. Ce dernier type d'approche a montré des preuves d'efficacité variables selon les contextes, mais permet de saisir les jeunes au moment de leur expérimentation ou de leur installation dans l'usage du produit. Les programmes en milieu scolaire, avec ou sans volet communautaire, se sont parfois révélés efficaces. Et il ne faut pas négliger l'arsenal législatif et réglementaire, dont l'interdiction de vente aux mineurs, par lequel les auteurs du chapitre du Baromètre santé Jeunes expliquent en partie le recul de l'âge d'initiation au tabagisme entre 2005 et 2010 [9, 10].

Le Baromètre santé de l'Inpes pointe une nette augmentation des consommations à risque en matière d'alcool, surtout pour les femmes et pour les étudiants. Si la consommation régulière de cannabis reste stable, elle figure parmi les plus importantes d'Europe. Et surtout, elle coexiste de plus en plus avec la consommation d'autres substances licites qui s'installe durant la transition entre l'adolescence et l'âge adulte pour culminer entre 20 et 25 ans. Les interventions efficaces en matière d'alcool ou de drogues illicites varient selon que l'on s'adresse à des non consommateurs ou à des consommateurs à risque. Pour la première cible, les interventions communautaires, proposant ou non des actions de communication médiatiques (brochures, messages télévisés ou radio, affichage), semblent à privilégier : elles consistent en une mobilisation de la communauté, y compris des parents et des pairs, pour limiter l'expérimentation du produit. Les interventions en milieu scolaire sont une autre forme d'intervention ayant donné des preuves d'efficacité. Pour la seconde cible, les consommateurs à risque, les interventions sont souvent multi-composantes et proposent un volet « parent », un volet « enseignant ». Certaines interventions sur ordinateur semblent également

prometteuses ou efficaces pour diminuer la consommation ou limiter les risques [9, 10].

Si le taux de couverture contraceptive est important parmi les 15-30 ans, on constate des disparités importantes en fonction du statut sociodémographique. L'utilisation de la pilule reste importante, même si l'on voit poindre de nouvelles méthodes contraceptives, résultat partiel des campagnes menées par l'Inpes sur la diversité contraceptive. Le taux de grossesses non prévues parmi les femmes de moins de 30 ans sexuellement actives reste élevé, de l'ordre de 12 %. Ces résultats incitent à poursuivre la stratégie engagée de promotion des méthodes contraceptives d'une part en cherchant des stratégies permettant de promouvoir leur bon usage et d'autre part en adoptant une approche par le gradient social. L'évaluation récente d'une brochure d'information éditée par l'Inpes et destinée aux adolescents sur la sexualité, intitulée *Questions d'ado*, a été réalisée dans ce sens, en intégrant des profils divers de jeunes, afin d'adapter ce document au plus grand nombre.

Ces informations globales ou spécifiques permettent de cibler les actions et interventions de prévention et d'éducation pour la santé. À la lecture de cet ouvrage, une approche intersectorielle et multidimensionnelle semble nécessaire. Il s'agit d'adopter une perspective écologique, considérant le jeune garçon ou jeune fille au centre, intervenant sur différents niveaux de son environnement plus ou moins proche [11]. Une panoplie d'interventions ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres contextes culturels et parfois en France : programmes d'éducation pour la santé, éducation par les pairs, marketing social, mobilisation communautaire, renforcement législatif, actions environnementales. Pour être efficaces, ces interventions doivent être adaptées à un public spécifique et ne peuvent s'adresser, on le voit bien au travers des résultats, aux jeunes de façon indifférenciée.

Une approche en milieu scolaire est parfois suggérée [9]. L'Inpes s'est par exemple engagé dans une démarche de soutien et de valorisation d'un programme de promotion de l'activité physique auprès des collégiens (Icaps) [12] ou en soutenant les écoles qui s'engagent dans une démarche de type *Écoles promotrices en santé*. Des outils spécifiques pour le milieu scolaire sont également disponibles pour agir sur l'alimentation et l'activité physique ou pour prévenir le tabagisme chez les jeunes.

Le rôle pivot du médecin généraliste a aussi conduit l'Inpes à élaborer un outil d'intervention sur la santé des adolescents, *Entre Nous*, qui propose aux professionnels de santé (en particulier médecins, sages-femmes et pharmaciens) une approche basée non pas sur des thématiques mais sur une population. Cette approche permet de tenir compte du caractère généraliste de la pratique en officine et en médecine générale, de conduire à une prise en charge moins morcelée et/ou partielle de la personne et de ne pas démultiplier à l'infini des documents et outils thématiques. Son objectif principal est de permettre d'initier et de mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé dont la pertinence et l'intérêt ont pu être démontrés grâce à une expérimentation dite « approche populationnelle » [13, 14] en médecine générale et pharmacie. Cette expérimentation a conclu notamment que les adolescents ont un rapport à la santé spécifique : ils consultent peu et se sentent peu concernés par des problèmes de santé. Ils sont donc difficiles à atteindre ou à intégrer dans une démarche éducative. Ils sont dans l'exigence d'une réponse immédiate, qui soit facilement accessible (dans des lieux ouverts et sans rendez-vous) et « à la carte », c'est-à-dire très adaptée à leur situation propre car ils ne parviennent pas toujours à s'approprier. Les professionnels sont généralement peu

à l'aise avec les adolescents et ils ne savent pas facilement se situer dans la relation. Ils sont très intéressés par des supports à la relation les aidant à construire les entretiens avec eux.

Enfin, le Baromètre santé montre le poids grandissant d'Internet dans la recherche d'information santé. Ce résultat est à mettre en parallèle avec le niveau de preuve croissant sur l'intérêt des nouvelles technologies pour la promotion de la santé : plusieurs revues de la littérature ont montré que ces interventions pouvaient réduire efficacement la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances, pouvaient significativement réduire les troubles anxieux et plus largement favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé [15]. L'Internet est un média déjà fortement investi par l'Inpes, qui gère différents sites thématiques (onsexprime.fr, manger-bouger.fr, www.choisirscontraception.fr, tabac-info-service.fr). Les campagnes web sont régulières en direction des jeunes, de plus en plus interactives pour utiliser toutes les fonctionnalités de ce média. La dernière campagne *Puceaux* sur la sexualité des adolescents mêlait site internet (onsexprime.fr), série de feuilletons humoristiques, page facebook, chaîne YouTube, l'ensemble du dispositif étant animé par un *commu-*

nity manager; d'autres voies sont actuellement exploitées, comme celles des « *serious games* », des applications pour smartphone ou pour tablettes numériques. Avec le souci constant que ce moyen n'aggrave pas les inégalités sociales déjà ancrées dans cette population et qu'elle s'accompagne d'une politique de labellisation des contenus.

L'Inpes plus largement dédiée en 2013 un programme stratégique pluriannuel prioritaire à la santé des jeunes qui est décliné en trois axes. Tout d'abord, il s'agit de développer l'éducation pour la santé et de créer des environnements favorables à la santé afin d'augmenter les compétences psychosociales des jeunes. Un autre axe est consacré à la diminution de l'expérimentation et de la consommation régulière de substances psychoactives chez les jeunes; enfin, la promotion de la santé sexuelle et affective constitue le troisième volet, consacré à la promotion de la contraception, à la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et à la lutte contre les discriminations. Les résultats du Baromètre santé Jeunes de l'Inpes nous ouvrent des pistes de réflexion et d'actions et nous espérons qu'ils essaieront auprès des différents acteurs concernés par la santé des jeunes, à commencer par les jeunes eux-mêmes.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] Comité interministériel de la jeunesse. *Priorité Jeunesse*. Paris : Comité interministériel de la jeunesse, 2013 : 80 p. En ligne : www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/CIJ_Rapport_21_fevrier_2013.pdf
- [2] Galland O. *Sociologie de la jeunesse*. Paris : Armand Colin, 2011 : 256 p.
- [3] Cousteaux A.-S. *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales* [thèse]. Paris : Institut d'Études Politiques de Paris, 2011 : 566 p.
- [4] Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*, août 2009, n° 145. En ligne : www.irides.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf
- [5] Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Insee Première, octobre 2012, n° 1418. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1418/ip1418.pdf
- [6] Observatoire de la Jeunesse solidaire. *Jeunes et inégalités : le grand défi 2012*. Paris : Observatoire de la jeunesse solidaire, 2012 : 20 p. En ligne : www.afev.fr/communication/Observatoire/2012/Afev_Rapport_Observatoire2012.pdf
- [7] Ministère de la Justice et des Libertés, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie

associative, ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Solidarité et de la Cohésion sociale. *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*. Septembre 2011. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf

- [8] Du Roscoât E., Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2012, n° 422 : p. 4-6.
- [9] Bantuelle M., Demeulemeester R. *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Éditions Inpes, coll. Référentiels, 2008 : 134 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf
- [10] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Santé des enfants et des adolescents. Proposition pour la préserver*. Paris : Inserm, 2009 : 211p. En ligne : www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives
- [11] Renaud L., Lafontaine, G. *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal (Canada) : Edition Partage, 2011 : 36 p. En ligne : refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- [12] Rostan F., Simon C., Ulmer Z. *Promouvoir l'activité physique des jeunes : élaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint-Denis : éditions Inpes, coll. La Santé en action, 2011 : 190 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf
- [13] Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 3 : p. 471-485
- [14] Karrer M., Buttet P., Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Santé publique*, 2008, vol.20, n° 1 : p. 69-80.
- [15] Nguyen-Thanh V., Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : synthèse de littérature. *La Santé de l'Homme*, nov-déc 2012, n° 422 : p. 20-22.



ANNEXES

Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire du Baromètre santé 2010 est présenté ici dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs ainsi que les filtres des questions.

Pour la structure de l'échantillon, se référer au tableau II du chapitre « Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 », page 39.

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

Thème

Question

◆ *Condition de la question*

★ Directives de l'enquêteur

1 choix 1

2 choix 2

... ...

n choix n

■ Item 1

■ Item 2

■ ...

■ Item n

Les items apparaissant dans le questionnaire entre crochets ne sont pas lus par les enquêteurs.

→ *Remarque*

Renseignement signalétique	279
Perceptions de santé, sentiment d'information - SE1	282
Santé et travail - SE2	283
Qualité de vie - QP	284
Téléphonie santé - QP	285
Internet et santé - SE1 - ssech 1	285
Vaccinations - SE3	286
Maladies infectieuses - SE3	289
Virus respiratoires - SE3 - ssech 2	289
Conduite alimentaire - SE2	291
Tabac - QP	291
Tabac - SE3 - ssech 1	293
Alcool - QP	295
Alcool - SE2	297
Santé mentale - SE2	298
Médicaments psychotropes et psychothérapies - SE2	301
Suicide - QP	302
Sexualité contraception - QP	303
Sexualité contraception - SE3	306
Sexualité contraception - QP (suite)	307
Dépistages/Problèmes urinaires - SE3 (suite)	307
Sexualité contraception - QP (suite)	309
Drogues illicites - QP	309
Drogues illicites - SE2	313
Jeu pathologique - QP	314
Qualité de vie - SE1	315
Santé mentale - QP	316
Événements de vie/violence subie - QP	316
Sommeil - QP	318
Sommeil - SE2	318
Maladie chronique - QP	319
Maladie chronique - SE1	319
Handicap - QP	320
Handicap - SE1	321
Alzheimer - SE1 - ssech 2	321
Accidents - SE1	322
Douleur - SE3 - ssech 1	324
Caractéristiques - QP	325

- Note : 1. La commune de résidence est recueillie, mais seule la catégorie d'agglomération est finalement conservée
- 2. La nationalité est recueillie, mais, pour les personnes nées à l'étranger, il est effectué un regroupement par continent. L'Afrique est elle-même découpée en Maghreb et Afrique hors Maghreb.

Contact

Bonjour, je vous appelle de la part de l'Inpes, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, pour une étude scientifique de santé publique. Cette étude a pour objectif de mieux connaître les comportements de santé des personnes résidant en France et doit permettre d'orienter les programmes nationaux de prévention. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Avez-vous quelques instants à m'accorder ?

- ★ Si l'interviewé demande, cela va durer environ 5 minutes pour sélectionner la personne qui répondra à l'étude
- ★ Demander à parler au chef de famille ou à son conjoint
- ★ Si une personne hors foyer (ex : aide soignante) indique qu'il n'y a aucune personne de 15 à 85 ans dans le foyer, coder « Hors étude » et expliquer le cas dans la question sur le motif du hors étude.

Identification du ménage

◆ *Si ligne fixe*

C41 Là où je vous appelle, est-ce bien la résidence principale de votre foyer ?

- ★ Si besoin, « il s'agit de la résidence où vous habitez le plus souvent »
- ★ Avant d'enregistrer un « non », relancer par « Là où je vous appelle, est-ce la résidence où vous habitez le plus souvent ? »

- 1 Oui, résidence principale du foyer
- 2 Non, résidence secondaire du foyer

◆ *Si mobile*

C42 Dans votre résidence principale y a-t-il une ligne de téléphone fixe, sur laquelle vous pouvez recevoir des appels ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP] = > Stop contact

◆ *Si mobile ayant une ligne de téléphone fixe, sur laquelle il peut appeler (1 à la question précédente)*

C42b Votre résidence principale est-elle joignable par un numéro commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05 ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Refus] = > Stop contact
- 4 [NSP] = > Stop contact

RS_DEP Quel est le numéro du département dans lequel vous résidez ?

Présentation

Comme 30 000 autres logements en France, votre logement a été sélectionné au hasard pour participer à cette étude sur les comportements de santé.

Une seule personne de votre foyer peut participer à l'étude et va être tirée au sort. Pour cela, je vais vous poser quelques questions sur la composition de votre foyer, afin de sélectionner la personne qui pourra participer à cette enquête.

Composition du foyer et sélection

CF1 Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

- ★ En cas de doute : si une personne a plusieurs domiciles, on prend celui que la personne considère comme son domicile principal, à défaut celui dans lequel la personne réside le plus souvent.
- ★ Si plus de 19 personnes dans le foyer coder 19

◆ *Si 1 seule personne*

Quel est votre prénom ?

◆ *Si plusieurs personnes*

En commençant par vous, quel est le prénom de chacune des personnes qui composent votre foyer ?

CF4 Quel est le SEXE de XXX ?

- 1 Homme
- 2 Femme

RS5CF5 Quel est l'âge de XXX ?

Sélection aléatoire de l'individu - méthode Kish

Présentation et acceptation de l'étude

Bonjour, je vous appelle de la part de l'Inpes, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, pour une étude scientifique de santé publique. Cette étude a pour objectif de mieux connaître les comportements de santé des personnes résidant en France et doit permettre d'orienter les programmes nationaux de prévention en matière de santé. Une personne de votre foyer a été tirée au sort et c'est vous « Prénom » qui avez été sélectionné. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

★ Si l'interviewé demande, cela va durer environ 25 minutes. Rappel : une seule personne du foyer peut participer à l'étude et est tirée au sort.

Introduction

Des sujets sur votre vie et sur votre santé vont être abordés tout au long du questionnaire, nous souhaitons que vous puissiez y répondre le plus librement possible, sans être gêné ou influencé par votre entourage. Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

- ★ Si l'interviewé ne peut pas s'isoler :
- ★ 1^{er} cas : « Je ne peux pas, mais je n'ai pas de problème pour répondre. » Continuez l'interview.
- ★ 2nd cas : « Je ne peux pas pour le moment, je souhaite un RDV. » Retournez à la question précédente et prendre un RDV au moment où il pourra s'isoler et préciser le cas dans la zone commentaires.
- ★ Il est très important que la personne réponde seule, c'est-à-dire qu'elle ne se fasse pas aider dans ses réponses.

Renseignement signalétique

RS1 Sexe de l'interviewé

- 1 Homme
- 2 Femme

RS2 Quel est votre âge ?

- ★ Vous m'avez dit avoir XX ans. Est-ce correct ? (si 1 seule personne)
- ★ Noter en clair, il s'agit de l'âge révolu

◆ Si 15-18 ans

RS3 Quel est votre mois de naissance ?

RS4 Quelle est votre année de naissance ?

RS5 Pour chaque personne qui habite chez vous, dites-moi de qui il s'agit ? Est-il/elle...

★ Énumérer si nécessaire

- 1 Votre père
- 2 Votre mère
- 3 Votre beau-père
- 4 Votre belle-mère
- 5 Votre frère ou demi-frère
- 6 Votre sœur ou demi-sœur
- 7 Votre grand-père
- 8 Votre grand-mère
- 9 Votre conjoint (épouse ou mari)/petit ami/fiancé/concubin/copagnon
- 10 Votre fils ou beau-fils
- 11 Votre fille ou belle-fille
- 12 Votre petit-fils
- 13 Votre petite-fille
- 14 Un ou une ami(e)
- 15 Autre (Préciser)
- 16 [NSP]

RS5I Parmi les personnes qui habitent chez vous, qui est le chef de famille (personne de référence) ?

- ★ Cochez le prénom du chef de famille
- ★ À utiliser si la personne ne sait pas déterminer le chef de famille « Il s'agit de la personne ayant le plus haut revenu dans le foyer »

RS6 Actuellement, quel est votre statut matrimonial légal ?

- ★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête
- ★ Si « marié » répondu spontanément, relancer sur les items 1 à 3
- ★ Si « célibataire » ou « union libre »

ou « concubinage » répondu spontanément, coder directement

- 1 Marié(e) pour la première fois
- 2 Remarié(e) après un divorce
- 3 Remarié(e) après un veuvage
- 4 Célibataire (y compris union libre et concubinage)
- 5 Veuf(ve)
- 6 Divorcé(e)
- 7 Pacsé(e)
- 8 [Ne veut pas dire]

Profession interviewé

◆ Si < 16 ans, on pose seulement les items 12 à 16

SIT1 Quelle est votre situation actuelle ? (si < 16 ans)

Quelle est actuellement votre situation professionnelle (si G 16 ans)

- ★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête
 - ★ Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps
 - ★ S'il s'agit d'un étudiant qui travaille et qui hésite entre ces 2 activités, coder « étudiant »
- 1 Actif travaillant actuellement
 - 2 Actif en congé maladie de 6 mois à 3 ans (si < 65 ans)
 - 3 Actif en congé maternité (si femme < 54 ans et > 17 ans)
 - 4 Actif en congé parental (si < 65 ans)
 - 5 Actif en congé de formation (si < 65 ans)
 - 6 Apprenti(e) sous contrat ou en stage rémunéré (si < 65 ans)
 - 7 Retraité(e) (si > 40 ans)
 - 8 Préretraité(e) (si > 40 ans)
 - 9 Chômeur (inscrit(e) ou non à l'ANPE) (si < 65 ans)
 - 10 Femme ou homme au foyer
 - 11 Inactif avec pension d'invalidité
 - 12 Étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré (si < 65 ans)
 - 13 Enfant non scolarisé (si < = 18 ans)
 - 14 Autre situation (congés longue durée...)
 - 15 [NSP]
 - 16 [refus]

→ Par la suite, nous nommerons « actif occupé » les items 1 à 6

◆ Si actif occupé

SIT2 Travaillez-vous...

- 1 ...à temps plein ?
- 2 ...à temps partiel ?
- 3 ...autre ?

◆ Si actif occupé à temps partiel

SIT3 Est-ce un temps partiel...

- 1 ...du fait de votre employeur ?
- 2 ...ou de votre propre initiative ?
- 3 [du fait de mes études]
- 4 [NSP]
- 5 [pour raison de santé]

◆ Si actif occupé à temps partiel

SIT4 Quelle part, en pourcentage, représente votre temps partiel ?

◆ Si actif occupé sauf apprentis

SIT5 Quel type de contrat avez-vous ?

- ★ Si plusieurs contrats, prendre celui qui prend le plus de temps
 - ★ Énumérer
- 1 Un contrat à durée déterminée (CDD)
 - 2 Un contrat à durée indéterminée (CDI)
 - 3 Un contrat d'intérim
 - 4 Vous travaillez à votre compte (y compris profession libérale) ou en freelance
 - 5 Vous avez un autre type de contrat (préciser)
 - 6 [Apprentissage/contrat d'apprentissage]
 - 7 [Association/bénévolat]
 - 8 [Chèque-emploi service]
 - 9 [Contrat de qualification]
 - 10 [Fonctionnaire]
 - 11 [Profession libérale]
 - 12 [Stage]
 - 13 [Aucun contrat]
 - 14 [NSP]

◆ Si autre type de contrat

Préciser autre contrat

- ★ Ne pas citer
- 1 Apprentissage/Contrat d'apprentissage
 - 2 Association/Bénévolat
 - 3 Chèque-emploi service
 - 4 Contrat de qualification
 - 5 Fonctionnaire
 - 6 Profession libérale
 - 7 Stage
 - 8 Autre contrat (préciser)
 - 9 [Aucun contrat]
 - 10 [NSP]

◆ Si étudiant

SIT6 Travaillez-vous ne serait-ce que de temps en temps ?

- ★ Énumérer
- 1 Oui, mais seulement pendant les vacances scolaires
 - 2 Oui, y compris en dehors des vacances scolaires
 - 3 Non

◆ *Si travaille y compris en dehors des vacances scolaires*

SIT7 Travaillez-vous...

- 1 ...au moins à mi-temps, au moins 6 mois par an ?
- 2 ...régulièrement mais moins qu'à mi-temps ou moins de 6 mois par an ?
- 3 ...occasionnellement ?
- 4 ...autre ?

◆ *Si étudiant ou apprenti*

SIT8 Dans quelle classe êtes-vous ?

- ★ Énumérer si nécessaire – une seule réponse possible
 - ★ Si vous avez deux inscriptions à l'université ou si vous êtes inscrit (e) à l'université tout en étant élève d'une école, décrivez ici votre formation principale
 - ★ Pour les étudiants n'ayant pas encore les résultats de la 2^e session, prendre la classe de l'année dernière
- 1 CM1
 - 2 CM2
 - 3 6^e
 - 4 6^e SEGPA
 - 5 5^e
 - 6 5^e SEGPA
 - 7 CAP 1^{re} année
 - 8 CAP 2^e année
 - 9 CAP 3^e année
 - 10 BEP 1^{re} année
 - 11 BEP 2^e année
 - 12 4^e
 - 13 4^e Technologique
 - 14 3^e
 - 15 3^e Technologique
 - 16 2nde générale
 - 17 2nde technologique
 - 18 1^{re} générale
 - 19 1^{re} technologique
 - 20 Terminale enseignement général
 - 21 Terminale enseignement technique
 - 22 Terminale enseignement professionnel (en une seule année)
 - 23 Terminale enseignement professionnel (1^{re} année)
 - 24 Terminale enseignement professionnel (2^e année)
 - 25 Bac + 1 (1^{re} année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa...)
 - 26 Bac + 2 (2^e année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa...)
 - 27 Bac + 3 (3^e année de Licence, d'études médicales, école supérieure, IUP ou 1^{re} année d'école d'ingénieur...)
 - 28 Bac + 4 (1^{re} année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 2^e année d'école d'ingénieur...)

- 29 Bac + 5 et plus (2^e année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 3^e année d'école d'ingénieur...)
- 30 Bac + 6 et plus (Thèse de doctorat, HDR, post doc, MBA, école supérieure ou internat en médecine...)
- 31 Autre (préciser)
- 32 [NSP]

◆ *Si étudiant ou apprenti et de BAC +1 à BAC +6*

SIT9 Êtes-vous... ?

- ★ Citer, en n'allant pas au bout de la liste si nécessaire
 - ★ Une seule réponse possible
- 1 En classe préparatoire aux grandes écoles (Lettres sup, Math sup, HEC...)
 - 2 En BTS
 - 3 En IUT
 - 4 En IUP
 - 5 À l'Université, faculté ou UFR (unité de formation et de recherche)
 - 6 En École d'ingénieur
 - 7 En École de commerce et de gestion
 - 8 Dans un autre type d'établissement
 - 9 [IUFM]
 - 10 [NSP]

◆ *Si étudiant ou apprenti et de BAC +1 à BAC +6*

SIT10 Quelle est la filière du diplôme ou du cursus que vous préparez ?

- ★ Citer, en n'allant pas au bout de la liste si nécessaire. Une seule réponse possible
- 1 Sciences (mathématiques, physique, informatique, biologie, biochimie...)
 - 2 Lettres et Sciences Humaines (langues, histoire, géographie, psychologie, sociologie...)
 - 3 Droit
 - 4 Sciences économiques et gestion, Administration économique et sociale (AES)
 - 5 Sciences du sport (STAPS)
 - 6 Médicale (pharmacie, médecine, odontologie...)
 - 7 Arts et spectacles
 - 8 Autre (préciser)

◆ *Si étudiant ou apprenti*

SIT11 Avez-vous déjà redoublé ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si étudiant ou apprenti ayant déjà redoublé*

SIT12 Combien de fois ?

◆ *Si étudiant ou apprenti ayant déjà redoublé*

SIT13 Quelle classe avez-vous redoublé ?

(En premier, si plusieurs fois)

★ Énumérer si nécessaire – une seule réponse possible

- 1 CP
- 2 CE1
- 3 CE2
- 4 CM1
- 5 CM2
- 6 6^e
- 7 6^e SEGPA
- 8 5^e
- 9 5^e SEGPA
- 10 CAP 1^{re} année
- 11 CAP 2^e année
- 12 CAP 3^e année
- 13 BEP 1^{re} année
- 14 BEP 2^e année
- 15 4^e
- 16 4^e Technologique
- 17 3^e
- 18 3^e Technologique
- 19 2nde générale
- 20 2nde technologique
- 21 1^{re} générale
- 22 1^{re} technologique
- 23 Terminale enseignement général
- 24 Terminale enseignement technique
- 25 Terminale enseignement professionnel (en une seule année)
- 26 Terminale enseignement professionnel (1^{re} année)
- 27 Terminale enseignement professionnel (2^e année)
- 28 Bac + 1 (1^{re} année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa...)
- 29 Bac + 2 (2^e année de Licence, d'IUT, de BTS, d'études médicales, prépa...)
- 30 Bac + 3 (3^e année de Licence, d'études médicales, école supérieure, IUP ou 1^{re} année d'école d'ingénieur...)
- 31 Bac + 4 (1^{re} année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 2^e année d'école d'ingénieur...)
- 32 Bac + 5 et plus (2^e année de master, d'IUFM, école supérieure, IUP ou 3^e année d'école d'ingénieur...)
- 33 Bac + 6 et plus (Thèse de doctorat, HDR, post-doc, MBA, école supérieure ou internat en médecine...)
- 34 Autre (préciser)
- 35 [NSP]

◆ *Si actif occupé (sauf apprenti), retraité, préretraité ou chômeur*

SIT14 Depuis combien de temps êtes-vous « au chômage » / « retraité » / « préretraité » / « dans votre emploi actuel » ?

Nous allons maintenant parler de votre santé.

◆ *Si femme de 15 à 50 ans*

SIT17 Êtes-vous enceinte ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si femme enceinte de 15 à 50 ans*

SIT18 Depuis quand savez-vous que vous êtes enceinte ?

SIT19 Quel est votre poids/Quel était votre poids avant grossesse ?

★ Si l'interviewée hésite, rappelez que le questionnaire est anonyme

SIT20 Quelle est votre taille ?

Perceptions de santé, sentiment d'information – SE1

PSI Parmi ces différents risques et maladies, dites-moi si vous les craignez, pour vous même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

★ Si l'interviewé répond « un peu », relancer par « peu » ou « pas mal »

- 1 Pas du tout
- 2 Peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup
- 5 [NSP]
- 6 [Dit spontanément avoir la maladie] → *Ordre aléatoire*
 - Les accidents de la circulation
 - Les maladies dues à l'alcool
 - Le cancer
 - Les maladies cardiaques
 - Les accidents de la vie domestique, à la maison ou autour
 - Les maladies dues au tabac
 - La maladie d'Alzheimer

- Les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués
 - Les nouvelles épidémies
 - Une maladie professionnelle
- ◆ *Si maladie professionnelle crainte pas mal ou beaucoup*

PS1qo **Quelle maladie professionnelle craignez-vous pour vous-même ?**

PS2 **Avez-vous, vous personnellement, le sentiment d'être informé sur les grands thèmes de santé suivants ?**

- 1 Très bien
 - 2 Plutôt bien
 - 3 Plutôt mal
 - 4 Très mal informé
 - 5 [NSP]
- *Ordre aléatoire des items 1 à 10*

- L'alcool
- Le tabac
- Le cannabis
- Les risques de santé liés à l'environnement
- Les maladies professionnelles
- Les vaccinations
- Le cancer
- La maladie d'Alzheimer
- Les nouvelles épidémies
- La dépression
- La contraception
- Les infections sexuellement transmissibles, en dehors du sida
- Le sida

PS3 **Selon vous, à partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous**

- 1 qu'une femme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ?
- 2 qu'un homme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ?

Santé et travail - SE2

◆ *Bloc de questions posé si actif occupé ou étudiant travaillant au moins à mi-temps, ou 6 mois par an (SIT7)*

Parlons maintenant de votre travail.

ST11 **Quelle est votre durée de transport domicile-travail, aller-retour ?**

- ★ Énumérer
- ★ Si travail à domicile, coder « moins de 1 h »

★ *Relance si besoin : « Quelle est en moyenne votre durée de transport domicile-travail, aller-retour ? »*

- 1 Moins de 1 h
- 2 1 à 2 H
- 3 Plus de 2 H
- 4 [Déplacement trop fréquent pour donner une réponse (ex. VRP)]
- 5 [NSP]

ST12 **Effectuez-vous un travail de nuit, c'est-à-dire entre minuit et 5 heures ?**

★ Énumérer

- 1 Oui, au moins 50 nuits par an
- 2 Oui, moins de 50 nuits par an
- 3 Non
- 4 [NSP]

ST13 **Effectuez-vous actuellement un travail posté ou des horaires alternants (par équipe, brigades, roulements) ?**

★ *Si besoin : « un travail posté correspond à un travail organisé en équipes successives, qui se relaient en permanence aux mêmes postes de travail »*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

ST14 **En moyenne, combien d'heures de travail effectuez-vous réellement par semaine ?**

★ *Il s'agit bien de la durée effective et non de la « durée officielle » de travail hebdomadaire*
★ *Si NSP, coder 99*

◆ *Si NSP en ST14*

ST14b **En moyenne, combien d'heures de travail effectuez-vous réellement par semaine ?**

★ *Il s'agit bien de la durée effective et non de la « durée officielle » de travail hebdomadaire*

- 1 35 h ou moins
- 2 De plus de 35 h à moins de 48 h
- 3 48 h ou plus
- 4 [NSP]

ST16 **Disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos au cours d'une semaine ?**

★ Énumérer

- 1 Oui
- 2 Non, pas toujours
- 3 Non, jamais
- 4 [NSP]

ST17 **Votre travail exige-t-il des postures pénibles ou fatigantes à la longue (station**

debout prolongée, accroupi, bras en l'air, port de charges lourdes...)?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

ST18 Une erreur dans le travail peut-elle entraîner des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

ST19 Diriez-vous...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Travail seul] pour les items 3 et 4
- 5 [Non concerné] pour l'item 6
- ... qu'il vous est souvent difficile de respecter les objectifs ou les délais imposés dans votre travail ?
- ... que votre travail vous permet souvent de prendre des décisions par vous-même ?
- ... qu'au travail, vous bénéficiez d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles ?
- ... que les collègues avec qui vous travaillez vous manifestent de l'intérêt ?
- ... que votre sécurité d'emploi est menacée ?
- ... que dans votre travail, vous vivez souvent des situations de tension avec le public, les clients, les usagers ?
- ... que dans votre travail, vous disposez des moyens de faire un travail de qualité ?

ST110 Diriez-vous de votre travail...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ... qu'il est fatigant nerveusement ?
- ... qu'il est fatigant physiquement ?
- ... qu'il vous empêche souvent de dormir ?

ST111 Comment ont évolué vos conditions de travail...

★ Si l'enquêté est en congé (maladie, formation, maternité...), relancer « avant votre congé »

★ Énumérer

- 1 Elles se sont dégradées
- 2 Elles sont restées à peu près identiques
- 3 Elles se sont améliorées
- 4 [Non concerné, n'avait encore jamais travaillé à cette époque-là]
- 5 [NSP]
- ... par rapport à il y a 5 ans ?
- ... par rapport à il y a 1 an ?

ST112 Ces douze derniers mois, votre travail a-t-il eu des effets négatifs sur...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas répondre]
- 5 [Non concerné]
- ... votre vie familiale ?
- ... votre vie amoureuse ou vie de couple ?

ST113 Comment ont évolué votre vie affective et/ou votre situation familiale...

★ Énumérer

- 1 Elles se sont dégradées
- 2 Elles sont restées à peu près identiques
- 3 Elles se sont améliorées
- 4 [NSP]
- ... par rapport à il y a 5 ans ?
- ... par rapport à il y a 1 an ?

Qualité de vie - QP

QV11 Voici maintenant des propositions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si cela est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou si cela n'est pas votre cas.

★ Lire la modalité puis « Dites-moi si cela est tout à fait, à peu près, ou pas votre cas ? »

★ Si l'interviewé indique qu'il est quelqu'un de facile à vivre et qu'il y a une incohérence dans sa réponse. Relancer en disant : Je dis bien : « Je ne suis PAS quelqu'un de facile à vivre »

- 1 Tout à fait votre cas
- 2 À peu près votre cas
- 3 Cela n'est pas votre cas
- 4 [NSP]
- Je me trouve bien comme je suis
- Je ne suis PAS quelqu'un de facile à vivre
- Au fond, je suis bien portant (au niveau de la santé et non du poids)
- Je me décourage trop facilement
- J'ai du mal à me concentrer
- Je suis content(e) de ma vie de famille
- Je suis à l'aise avec les autres

QV12 Diriez-vous qu'aujourd'hui...

★ Énumérer

★ Relance pour l'item 1 « Avez-vous une incapacité physique même ponctuelle vous empêchant de monter un étage ? »

- 1 Pas du tout

- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 [NSP]
- ... vous auriez du mal à monter un étage à pied ?
- ... vous auriez du mal à courir une centaine de mètres ?

QV13 Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours...

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 [NSP]
- ... vous avez eu des problèmes de sommeil ?
- ... vous avez eu des douleurs quelque part ?
- ... vous avez eu l'impression d'être fatigué(e) ?
- ... vous avez été triste ou déprimé(e) ?
- ... vous avez été tendu(e) ou nerveux(se) ?
- ... vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école ? (si < 18 ans)
- ... vous avez rencontré des gens de votre famille ou des amis au cours de conversations ou de visites ?
★ Si besoin : cela inclut les conversations téléphoniques avec de la famille ou des amis (si > 17 ans)
- ... vous avez eu des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées) ?

QV14 Est-ce qu'au cours des 8 derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé ?

- ★ Attention le oui et le non sont inversés
- 1 Non
 - 2 Oui
 - 3 [NSP]

◆ Si a fait un séjour

QV14b Cela a duré...

- 1 ... de 1 à 4 jours ?
- 2 ... de 5 à 7 jours ?
- 3 [NSP]

Téléphonie santé - QP

Changeons de sujet.

TS1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous appelé une ligne téléphonique

d'information sur la santé, ou une ligne téléphonique de soutien et d'écoute ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si a appelé une ligne

TS2a Quel était le nom de cette ligne ?

★ Ne rien Suggérer - Plusieurs réponses possibles

- 1 Accompagner la fin de vie
- 2 Asthme et allergies info service
- 3 Cancer info service
- 4 Datis (Drogues Alcool Tabac Info Service)
- 5 Drogues info service
- 6 Écoute alcool
- 7 Écoute cannabis
- 8 Fil Santé Jeunes
- 9 Hépatites info service
- 10 Lignes d'urgence médicale (Samu, SOS médecins, 15)
- 11 Maladies rares info service
- 12 Médecin de famille/sécurité sociale/mutuelle
- 13 Phare enfants parents
- 14 Planning familial
- 15 Sida info service
- 16 SOS amitié
- 17 SOS diabète
- 18 SOS joueurs
- 19 SOS suicide phénix
- 20 Suicide écoute
- 21 Tabac info service
- 22 Autres. Préciser :
- 23 [NSP]

Internet et santé - SE1 - ssech 1

IS1 Vous arrive-t-il d'utiliser Internet ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si utilise Internet

IS2 Depuis combien de temps utilisez-vous Internet ?

★ Citer si nécessaire

★ Si « 1 an », coder « de 1 an à moins de 3 ans »

- 1 Moins de 6 mois
- 2 Entre 6 et 12 mois
- 3 De 1 an à moins de 3 ans
- 4 De 3 ans à moins de 6 ans

- 5 Depuis 6 ans ou plus
6 [NSP]

◆ *Si utilise Internet*

IS3 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé ?

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*

IS4 Combien de fois par semaine, par mois ou par an (avez-vous utilisé Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé, au cours des 12 derniers mois) ?

◆ *Si utilise Internet et si n'a pas cherché d'infos au cours des 12 derniers mois*

IS5 Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas cherché d'informations liées à la santé sur Internet ?

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
- Vous êtes suffisamment informé autrement (sans passer par Internet)
 - Ce type d'informations ne vous intéresse pas
 - Vous pensez qu'il vaut mieux aller voir un médecin pour toutes ces questions
 - Vous vous méfiez de l'information diffusée sur Internet
 - Vous n'y avez jamais pensé

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*

IS6 Vous arrive-t-il de chercher des informations de santé sur Internet...

- 1 Très souvent
2 Assez souvent
3 Rarement
4 Jamais
5 [NSP]
- ... au lieu d'aller chez le médecin ?
 - ... avant d'aller consulter un médecin ?
 - ... après une consultation médicale ?
 - ... sans lien avec une consultation médicale ?

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*

IS7 D'une façon générale, est-ce que les informations et les conseils que vous avez

trouvés sur Internet ont changé la façon dont vous vous occupez de votre santé ?

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

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*

IS8 Et, est-ce que cela vous a conduit à aller chez le médecin...

- 1 ... plus souvent
2 ... moins souvent
3 ... aussi souvent, ça n'a rien changé
4 [NSP]

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*
→ *Sur 2500 personnes sélectionnées aléatoirement*

IS9a La dernière fois, sur quels thèmes avez-vous consulté des informations de santé sur Internet ?

★ Ne rien suggérer, noter mot à mot.
Relance « La dernière fois, sur quels autres thèmes avez-vous consulté des informations de santé sur Internet ? »

◆ *Si utilise Internet et si a cherché des infos au cours des 12 derniers mois*

IS9b Selon vous, l'information que vous obtenez est-elle crédible ?

- 1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout crédible
5 [NSP]

◆ *Si âge < 80 ans*

Vaccinations - SE3

Changeons de sujet.

VA1 Êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

- 1 Très
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout favorable
5 [NSP]

VA2 Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

- 1 Oui, vous en êtes sûr
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non, certainement pas
- 5 [NSP]

VA3 En quelle année a eu lieu votre dernière vaccination ?

- ★ Si n'a jamais été vacciné, coder 8888.
- ★ « Pas de relance sur NSP » : l'interviewé ne doit pas aller chercher son carnet de santé ou demander à ses parents, à son épouse...
- ★ Si l'interviewé parle de « rappel », il s'agit bien d'une vaccination.

◆ Si NSP à l'année de dernière vaccination

VA4 Était-ce...

- 1 ... il y a moins de 5 ans ?
- 2 ... de 5 à moins de 10 ans ?
- 3 ... de 10 à moins de 15 ans ?
- 4 ... il y a 15 ans ou plus ?
- 5 [NSP]

◆ Si a déjà été vacciné = Si VA3 différent de « jamais été vacciné » (filtrer si VA3 = 8888)

VA6 Quelle était cette dernière vaccination ?

- ★ Ne rien suggérer - Plusieurs réponses possibles
- ★ Ne pas relancer, y compris sur le « NSP » : l'interviewé ne doit pas aller chercher son carnet de santé ou demander à ses parents, à son épouse...
- ★ Si l'interviewé parle de « rappel », il s'agit bien d'une vaccination.

◆ Si a déjà été vacciné

VA7 Qui a décidé ou vous a conseillé de faire cette dernière/ces dernières vaccinations ?

- ★ Ne rien suggérer
- 1 Vous-même
 - 2 Médecin/médecin traitant/médecin de famille/médecin généraliste
 - 3 Médecin scolaire/universitaire ou l'infirmière de santé scolaire/universitaire
 - 4 Médecin du travail
 - 5 Médecin de l'armée
 - 6 Parents/père/mère
 - 7 Conjoint/époux/concubin
 - 8 Amis/relations
 - 9 Autres (préciser)
 - 10 [Nsp]

VA8a Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Oui, à toutes les vaccinations en général]

◆ Si défavorable à certaines vaccinations

VA8 Lesquelles ?

- ★ Ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles
- ★ Relance autant que nécessaire : « À quelles autres vaccinations êtes-vous défavorable en particulier ? »
- ★ Si « grippe », relancer par « la grippe A ou la grippe saisonnière ? »

◆ Pour chaque enfant de moins de 16 ans

VA9 Avez-vous déjà fait vacciner XXX contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (vaccination ROR) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Pour l'enfant le plus jeune non vacciné

VA10 Pour quelle principale raison votre enfant XXX n'a pas été vacciné contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ?

- ★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible
- 1 Le médecin ne vous l'a pas proposé
 - 2 Le médecin a contre-indiqué le vaccin ROR car il était trop jeune
 - 3 Le médecin a contre-indiqué le vaccin ROR pour cet enfant pour raison médicale
 - 4 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez refusé
 - 5 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez oublié de la faire
 - 6 Vous n'avez pas vu de médecin pour cette question
 - 7 Pour une autre raison (préciser)
 - 8 [NSP]

◆ Si autre raison

VA10qo Préciser quelle est cette autre raison :

◆ Pour l'enfant le plus jeune non vacciné

VA11 Aujourd'hui, si un médecin vous proposait cette vaccination pour XXX accepteriez-vous de le faire vacciner ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si non***VA12 Vous refusez le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour XXX, quelle est la raison principale ?**

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 Vous êtes opposé(e) aux vaccinations
- 2 Vous craignez des complications suite au vaccin
- 3 Il y a trop de vaccins à faire
- 4 Ces trois maladies (rougeole, oreillons, rubéole) sont bénignes
- 5 Ces trois maladies n'existent pratiquement plus
- 6 Ces maladies sont utiles car elles favorisent l'immunité naturelle de l'enfant
- 7 Autre raison (préciser)
- 8 [NSP]

◆ *Si autre raison***VA12qo Préciser autre raison :**◆ *Si n'a pas répondu « Hépatite B » en dernière vaccination et si < 65 ans et si a déjà été vacciné***VA13 Êtes-vous vacciné contre l'hépatite B ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si n'a pas répondu « Hépatite B » en dernière vaccination et si est vacciné contre l'Hépatite B et < 65 ans***VA13b Avez-vous fait ce vaccin...**

- 1 ...il y a moins de 5 ans ?
- 2 ...entre 5 et 10 ans ?
- 3 ...il y a plus de 10 ans ?
- 4 [Ne se rappelle plus du tout la date]
- 5 [NSP]

◆ *Pour chaque enfant de moins de 16 ans***VA14 Avez-vous déjà fait vacciner XXX contre l'hépatite B ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Pour l'enfant le plus jeune non vacciné.***VA15a Pour quelle principale raison votre enfant XXX n'a pas été vacciné contre l'hépatite B ?**

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 Le médecin ne vous l'a pas proposé
- 2 Le médecin a contre-indiqué le vaccin pour cet enfant

- 3 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez refusé
- 4 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez oublié de la faire
- 5 Vous n'avez pas vu de médecin pour cette question
- 6 Autre raison (préciser)
- 7 [NSP]

◆ *Pour l'enfant le plus jeune non vacciné***VA16 Aujourd'hui, si un médecin vous proposait cette vaccination pour XXX, accepteriez-vous de le faire vacciner ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si non***VA17 Vous refusez le vaccin contre l'hépatite B pour XXX, quelle est la raison principale ?**

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 Vous êtes opposé(e) aux vaccinations
- 2 Vous craignez des complications suite au vaccin
- 3 Il y a trop de vaccins à faire
- 4 Cette maladie est bénigne
- 5 Cette maladie n'est pas fréquente
- 6 Votre enfant est trop jeune
- 7 Autre raison. Préciser :
- 8 [NSP]

◆ *Si « n'accepterait pas la vaccination contre l'hépatite B »***VA18 Si cette vaccination était obligatoire, feriez-vous vacciner XXX ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si n'a pas répondu grippe saisonnière ou sans précision en dernière vaccination en 2008 et si a déjà été vacciné***VA19 Vous êtes vous fait vacciner contre la grippe en 2008, je dis bien en 2008 ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si n'est pas vacciné contre la grippe en 2008 et si > 64 ans***VA20 Pourquoi n'avez-vous pas été vacciné ? Est-ce parce que...**

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 ... vous êtes trop jeune ?

- 2 ... vous n'attrapez jamais la grippe ?
- 3 ... ce vaccin n'est pas remboursé ?
- 4 ... ce vaccin n'est pas efficace ?
- 5 ... vous avez oublié, vous n'avez pas le temps ?
- 6 ... la grippe est une maladie bénigne ?
- 7 ... vous ne voulez pas vous faire vacciner trop souvent ?
- 8 [NSP]

◆ *Si âge < 80 ans*

Maladies infectieuses - SE3

MI1 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, plusieurs fois
- 4 [NSP]

◆ *Si a effectué un test au moins 1 fois*

MI2 Dans quelles circonstances avez-vous effectué ce test/le dernier test de dépistage de l'hépatite C ?

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 Lors d'un examen de santé, bilan de santé, don de sang, bilan pré-transfusionnel
- 2 Lors d'une grossesse (si femme)
- 3 Parce que vous présentiez des symptômes
- 4 Parce que vous présentiez des risques comme l'usage de drogues
- 5 Dans d'autres circonstances (préciser)
- 6 [aucune circonstance]
- 7 [décidé moi-même]

◆ *Si a effectué un test au moins 1 fois*

MI3 Votre dernier test de dépistage de l'hépatite C a-t-il été réalisé...

- 1 ... il y a moins d'un an
- 2 ... entre 1 an et moins de 5 ans
- 3 ... il y a 5 ans ou plus
- 4 [NSP]

◆ *Si n'a jamais effectué de test de dépistage de l'hépatite C*

MI4 Un médecin vous l'a-t-il déjà proposé ?

- 1 Non
- 2 Oui, mais vous avez refusé
- 3 Oui, mais vous avez oublié
- 4 [NSP]

MI5 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite B ?

- 1 Non
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, plusieurs fois
- 4 [NSP]

◆ *Si a déjà effectué un test au moins 1 fois (si plusieurs, on parle du dernier test)*

MI6 Dans quelles circonstances avez-vous effectué ce test/le dernier test de dépistage de l'hépatite B ?

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

- 1 Lors d'un examen de santé, bilan de santé, don de sang, bilan pré-transfusionnel
- 2 Lors d'une grossesse (si femme)
- 3 Parce que vous présentiez des symptômes
- 4 Parce que vous présentiez des risques comme un usage de drogues, un séjour en zone à risques, des rapports sexuels non protégés,
- 5 Autres (préciser)
- 6 [aucune circonstance]
- 7 [décidé moi-même]

◆ *Si a déjà effectué un test au moins 1 fois*

MI7 Votre dernier test de dépistage de l'hépatite B a-t-il été réalisé...

- 1 ... il y a moins d'un an
- 2 ... entre 1 an et moins de 5 ans
- 3 ... il y a 5 ans ou plus
- 4 [NSP]

◆ *Si n'a jamais effectué de test de dépistage de l'hépatite B*

MI8 Un médecin vous l'a-t-il déjà proposé ?

- 1 Non
- 2 Oui, mais vous avez refusé
- 3 Oui, mais vous avez oublié
- 4 [NSP]

◆ *Si âge < 80 ans*

Virus respiratoires - SE3 - ssech 2

Nous allons maintenant parler de la grippe et des infections respiratoires

VR1 Dans chacune des situations suivantes

de votre vie quotidienne, dites-moi très franchement si vous vous lavez les mains...

★ Si la personne ne prend jamais les transports en commun, coder : non concerné

- 1 ... systématiquement ?
 - 2 ... souvent ?
 - 3 ... rarement ?
 - 4 ... jamais ?
 - 5 [Non concerné]
 - 6 [NSP]
- Avant de faire la cuisine
 - Après être allé aux toilettes
 - Après avoir pris les transports en commun
 - Avant de vous occuper d'un bébé de moins de 6 mois
 - Après vous être mouché

VR2 À votre avis, à partir de quel moment une personne infectée par la grippe devient contagieuse pour les autres ?

★ Si besoin, « on parle bien ici de toutes les sortes de gripes »

★ Énumérer tous les items, une seule réponse possible

→ *Ordre aléatoire*

- 1 Lorsqu'elle a de la fièvre
- 2 Lorsqu'elle se met à tousser
- 3 Dès le début, même si elle n'a pas encore de symptômes
- 4 Une fois que la maladie est bien installée
- 5 À un autre moment. Préciser :
- 6 [NSP]

VR3 À votre avis, le virus de la grippe se transmet-il...

★ Si besoin, « on parle bien ici de toutes les sortes de gripes »

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- *Ordre aléatoire*
- ... par la toux, les postillons ?
 - ... par l'air ?
 - ... par voie sexuelle ?
 - ... par les mains, la peau ?
 - ... par les aliments, les boissons ?

VR5 Que faites-vous, vous personnellement, pour éviter les infections respiratoires épidémiques de l'hiver comme la grippe, une bronchite, une rhinopharyngite ?

★ Ne rien suggérer – plusieurs réponses possibles

★ Une seule relance : « Que faites-vous d'autre pour éviter les infections respiratoires épidémiques de l'hiver ? »

★ Ne pas relancer si « ne fait rien de particulier »

- 1 Se faire vacciner
- 2 Se couvrir/s'habiller chaudement
- 3 Éviter de prendre froid/rester chez soi pour ne pas attraper froid, se tenir au chaud, éviter les courants d'air
- 4 Éviter les malades
- 5 Prendre des vitamines, de l'homéopathie, un traitement préventif/utiliser des huiles essentielles/tisanes, miel
- 6 Éviter les lieux publics, les lieux à risques
- 7 Hygiène de vie (alimentation équilibrée, saine, pratique d'activité physique, éviter de fumer)
- 8 Porter un masque
- 9 Se laver les mains/utilisation solution hydro-alcoolique
- 10 Éviter les contacts physiques, éviter de s'embrasser
- 11 Hygiène de la maison, tenir sa maison propre, aérer les pièces
- 12 Autres (préciser)
- 13 [Rien de particulier]
- 14 [NSP]
- 15 [Non concerné : n'a jamais d'infection respiratoire]

◆ *Si Autres*

VR5qo Préciser autre :

◆ *Si [Non concerné : n'a jamais d'infection respiratoire] en VR5*

VR6 En général, lorsque vous avez une infection respiratoire de l'hiver comme la grippe...

★ Si l'interviewé répond « ça dépend » relancer par « en général »

- 1 Systématiquement
 - 2 Souvent
 - 3 Rarement
 - 4 Jamais
 - 5 [Non concerné]
 - 6 [NSP]
- ... vous restez à votre domicile ?
 - ... vous continuez à aller travailler ?
(si **actif occupé ou étudiant**)
 - ... vous continuez à aller chez des amis, des parents ?
 - ... vous continuez à embrasser les bébés ?
 - ... vous continuez à fréquenter les lieux publics (cinéma, restaurant...) ?
 - ... vous continuez à prendre les transports en commun ? (**filtrer si non concerné à la question VR1**)

VR7 Certaines personnes portent un masque lorsqu'elles sont grippées afin de ne pas transmettre à d'autres leurs virus. Vous, si vous étiez grippé, seriez-vous prêt...

★ Énumérer

- 1 Oui, certainement
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non certainement pas
- 5 [Non concerné : vit seul] (si item 1)
- 6 [Non concerné : ne sort jamais] (si item 2)
- 7 [NSP]
- ... à porter un masque chez vous pour ne pas contaminer votre entourage : enfants, parents, conjoints ?
- ... à porter un masque pour aller faire vos courses, voir des amis ou vous rendre au travail pour ne pas contaminer les autres ?

◆ Si au moins un Non pour porter un masque (si VR7 item 1 ou item 2 = non, probablement pas ou non, certainement pas)

VR9i Pour quelles raisons refuseriez-vous de porter un masque chez vous ? (si VR7-1 = Non et Vr7-2 = Oui) OU Pour quelles raisons refuseriez-vous de porter un masque ?

- ★ À poser en oui/non
- ★ Si vous n'avez coché aucun item à la fin de l'énumération des items, dire : « Pour quelle autre raison refuseriez-vous de porter un masque ? »
- 1 Vous avez peur d'être ridicule
 - 2 Vous pensez que c'est un peu exagéré pour une grippe
 - 3 Vous estimez que ce ne serait pas assez efficace
 - 4 Vous pensez que transmettre à d'autres vos virus n'est pas votre problème
 - 5 Vous ne savez pas où vous procurer ce genre de masque
 - 6 Vous ne souhaitez pas dépenser votre argent pour cela
 - 7 [Autre : précisez]
 - 8 [NSP]

◆ Si au moins un Non pour porter un masque à autre raison

VR9qo Autre raison

Conduite alimentaire - SE2

CA1 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé...

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Assez souvent
- 4 Très souvent
- 5 [NSP]
- 6 [Oui mais à cause d'un abus d'alcool] (si item 2)

- 7 [Non concerné : vit seul] (si item 4)
- 1 ... de manger énormément avec de la peine à vous arrêter ?
- 2 ... de vous faire vomir volontairement ?
- 3 ... de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter ?
- 4 ... de manger en cachette ?

Tabac - QP

Nous allons maintenant parler du tabac.

TA11 Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

★ Cela inclut la chicha et le narguilé

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Fumeur

TA12 Fumez-vous...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ... du tabac à rouler ?
- ... des cigarettes ?
- ... des cigarillos ?
- ... des cigares ?
- ... la pipe ?
- ... la chicha ou le narguilé (si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder Non) ?

◆ Si non fumeur (ou NSP)

TA13 Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

★ Si la personne dit qu'il a (déjà) fumé, coder Oui

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si non fumeur (ou NSP) et si a déjà essayé de fumer ou NSP

TA14 Avez-vous fumé...

- ★ Occasionnellement = quelle que soit la durée
- ★ Si la personne répond « occasionnellement et quotidiennement pendant moins de 6 mois », coder « quotidiennement pendant moins de 6 mois »
- ★ Si la personne répond « occasionnellement et quotidiennement pendant au moins 6 mois », coder « quotidiennement »

- pendant au moins 6 mois »
- 1 ... juste une ou deux fois pour essayer ?
 - 2 ... occasionnellement ?
 - 3 ... quotidiennement mais pendant moins de 6 mois ?
 - 4 ... quotidiennement pendant au moins six mois ?
 - 5 [Ne se souvient pas]

◆ *Si non fumeur (ou NSP) et si a déjà essayé de fumer (ou NSP) occasionnellement ou quotidiennement*

TA15 Fumiez-vous...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ... du tabac à rouler ?
- ... des cigarettes ?
- ... des cigarillos ?
- ... des cigares ?
- ... la pipe ?
- ... la chicha ou le narguilé (si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder Non) ?

◆ *Si fumeur*

TA16 Fumez-vous tous les jours ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si fume des cigarettes de tabac à rouler*

TA17 Combien de cigarettes roulées fumez-vous en moyenne ?

- ★ Si nécessaire, préciser « cigarette de tabac à rouler »
 - ★ Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
 - ★ Si « entre 10 et 15 », relancer par « approximativement ». Sinon, saisir 15
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine
 - 3 Par mois
 - 4 Par an
 - 5 [NSP]

◆ *Si fume des cigarettes*

TA18 Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ? (si ne fume pas de tabac à rouler) Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne, sans compter le tabac à rouler ? (si fume du tabac à rouler)

- ★ Si « entre 10 et 15 », relancer par « approximativement ». Sinon, saisir 15. Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine

- 3 Par mois
- 4 Par an
- 5 [NSP]

◆ *Si fume des cigarillos*

TA19 Combien de cigarillos fumez-vous en moyenne ?

- ★ Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
 - ★ Si « entre 10 et 15 », relancer par « approximativement ». Sinon, saisir 15
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine
 - 3 Par mois
 - 4 Par an
 - 5 [NSP]

◆ *Si fume des cigares*

TA110 Combien de cigares fumez-vous en moyenne ?

- ★ Si « entre 10 et 15 », relancer par « approximativement ». Sinon, saisir 15
 - ★ Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine
 - 3 Par mois
 - 4 Par an
 - 5 [NSP]

◆ *Si fume des pipes*

TA111 Combien de pipes fumez-vous en moyenne ?

- ★ Si « entre 10 et 15 », relancer par « approximativement ». Sinon, saisir 15
 - ★ Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine
 - 3 Par mois
 - 4 Par an
 - 5 [NSP]

◆ *Si fume la chicha*

TA112 Combien de fois fumez-vous la chicha, le narguilé, en moyenne ?

- ★ Si nécessaire, préciser par jour, par semaine, par mois ou par an
- 1 Par jour
 - 2 Par semaine
 - 3 Par mois
 - 4 Par an
 - 5 [Moins souvent qu'une fois par an]
 - 6 [NSP]

- ◆ *Si fume ou a fumé la chicha*
- TA113 **La dernière fois avez-vous fumé la chicha, le narguillé...**
 ★ Si la personne fume seule, mais entourée d'autres personnes dans un bar par exemple, coder Seul
- 1 ... seul ?
 - 2 ... avec d'autres personnes qui fumaient avec vous ?
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si fumeur et si somme de cigarettes manufacturées, roulées et de cigarillos est supérieure à 20 par semaine ou fumeur quotidien*
- TA114 **Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?**
- 1 Dans les 5 premières minutes
 - 2 Entre 6 et 30 minutes
 - 3 Entre 31 et 60 minutes
 - 4 Après 60 minutes
 - 5 Vous ne fumez pas le matin
 - 6 [NSP]
- ◆ *Si non fumeur, qui a déjà fumé quotidiennement pendant au moins 6 mois*
- TA115 **Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?**
 Réponses en jours, mois, années, [NSP]
- ◆ *Si fumeur quotidien*
- TA116 **Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si fumeur (sauf chichas exclusifs) et qui a déjà arrêté au moins 1 semaine*
- TA117 **À quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ?**
 Réponses en jours, semaines, mois, années, [NSP]
- ◆ *Si fumeur ou si non fumeur ayant déjà essayé de fumer*
- TA119 **À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?**
 ★ Si « 14-15 ans », relancer par « selon vous », puis prendre l'âge minimum déclaré
 ★ Si l'interviewé n'a jamais fumé de cigarette et qu'il fume uniquement des cigares, cigarillos et pipes, demander « À quel âge avez-vous fumé votre premier cigare, cigarillo, pipe ? »

- ◆ *Si NSP*
- TA120 **Était-ce plutôt...**
- 1 ... avant 15 ans ?
 - 2 ... entre 15 et 20 ans ?
 - 3 ... entre 21 et 30 ans ?
 - 4 ... après 30 ans ?
 - 5 [NSP]
- ◆ *Si fumeur quotidien ou ancien fumeur quotidien pendant au moins 6 mois*
- TA121 **À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?**
 ★ Si hésite sur « régulièrement », relancer par « À quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ? »
 ★ Si indique par exemple 13 ans et demi, saisir 13. Si l'interviewé donne une fourchette, relancer par « Selon vous ». Sinon, valider avec l'interviewé la saisie de l'âge minimum déclaré.
- ◆ *Si NSP*
- TA122 **Était-ce plutôt...**
- 1 ... avant 15 ans ?
 - 2 ... entre 15 et 20 ans ?
 - 3 ... entre 21 et 30 ans ?
 - 4 ... après 30 ans ?
 - 5 [NSP]
- ◆ *Si fumeur quotidien*
- TA123 **Quelle somme dépensez-vous en moyenne par jour, par semaine ou par mois pour votre consommation de tabac ?**
 ★ Si fume du tabac à rouler, si besoin : « Cela inclut l'achat du matériel pour rouler les cigarettes (filtres, feuilles) »
- ◆ *Si fumeur et si âge < 18 ans*
- TA124 **Au cours du dernier mois, avez-vous, vous-même, acheté des cigarettes ou du tabac ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si âge < 76 ans*
- Tabac - SE3 - ssech 1**
- ◆ *Si fumeur*
- TA21 **Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?**
- 1 Oui

- 2 Non
3 [NSP]

◆ Si fumeur ayant envie d'arrêter

TA23 Avez-vous le projet d'arrêter...

- 1 ... dans les mois à venir ?
2 ... dans les six prochains mois ?
3 ... dans les douze prochains mois ?
4 ... dans un avenir non déterminé ?
5 [NSP]

◆ Si fumeur ayant envie d'arrêter avant les 12 prochains mois

TA24 Envisagez-vous d'arrêter de fumer seul ou avec l'aide d'un médecin ?

- 1 Seul
2 Avec l'aide d'un médecin
3 [Avec l'aide d'un autre professionnel de santé]
4 [Avec l'aide de quelqu'un d'autre]
5 [NSP]

◆ Si fumeur ayant envie d'arrêter avant les 12 prochains mois

TA25 Avez-vous le projet d'arrêter de façon radicale (du jour au lendemain) ou en réduisant progressivement votre consommation ?

- 1 De façon radicale
2 En réduisant progressivement votre consommation
3 [NSP]

◆ Si fumeur ayant envie d'arrêter avant les 12 prochains mois

TA26 Par quel(s) moyen(s) envisagez-vous d'arrêter de fumer ?

- ★ Énumérer si nécessaire. Plusieurs réponses possibles
★ Si « autre », bien relancer pour coder « autre traitement » ou « autre moyen »
★ Relancer une fois : « Quel autre moyen envisagez-vous pour arrêter de fumer ? »
- 1 Psychothérapie ou soutien psychologique
2 Acupuncture
3 [Auriculothérapie]
4 Gomme à mâcher
5 Patch antitabac
6 Médicament sur ordonnance (Zyban, Champix)
7 Autres traitements (préciser)
8 Cigarette électronique
9 Autres moyens (préciser)
10 [Aucune aide extérieure]
11 [NSP]

◆ Si fumeur (sauf chichas exclusifs) qui a déjà arrêté au moins 1 semaine ou si ancien fumeur quotidien pendant 6 mois au moins

★ Si fumeur ayant déjà arrêté de fumer :
« Vous avez déclaré avoir déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine. »

TA27 Quelle est la principale raison qui vous a poussé à arrêter de fumer ? Quelle est la deuxième raison qui vous a poussé à arrêter de fumer ?

★ Énumérer

- 1 Votre santé
2 La santé de votre entourage (famille, ami, collègue...)
3 La lassitude
4 À la demande de votre entourage (famille, amis, collègues...)
5 À cause du prix du tabac
6 À cause de l'interdiction de fumer dans les lieux publics
7 À cause d'un événement particulier (préciser)
8 Pour une autre raison (préciser)
9 [Aucune raison particulière]
10 [NSP]
11 [Aucune autre raison]

◆ Si fumeur qui a déjà arrêté au moins 1 semaine ou si ancien fumeur quotidien pendant au moins 6 mois

TA28 Est-ce que les publicités contre le tabac ont eu une influence sur votre décision d'arrêter de fumer ?

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

TA211 Y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile ? (si non-fumeur) Y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile vous y compris ? (si fumeur)

- 1 Oui, régulièrement
2 Oui, de temps en temps
3 Non, rarement
4 Non, jamais
5 [NSP]

TA212 Voici des opinions que l'on peut entendre à propos du tabac. Pour chacune des opinions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

- 1 Tout à fait
2 Plutôt

- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]
- Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe
- Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac
- À l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur
- Il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs

◆ *Si non fumeur*

- ★ Si l'interviewé répond qu'il n'est pas concerné, lui demander de se mettre en situation

- TA213.1 **Engageriez-vous une personne qui fume, pour s'occuper de vos enfants (si nécessaire, relancer « si vous en aviez ») ?**
- TA213.2 **Pensez-vous que fumer est un échec personnel ?**
- TA213.3 **Accepteriez-vous d'avoir un rendez-vous galant avec une personne qui fume ?**
- TA213.4 **Pensez-vous que les fumeurs sont un mauvais exemple pour la jeunesse ?**
- TA213.5 **Pensez-vous que les fumeurs se soucient assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée ?**
- 1 Oui, tout à fait
 - 2 Oui, plutôt
 - 3 Non, plutôt pas
 - 4 Non, pas du tout
 - 5 [non concerné]
 - 6 [NSP]

- TA214 **Pensez-vous que l'État devrait consacrer à la prévention au moins une partie des taxes prélevées sur les ventes d'alcool et de tabac ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [Nsp]

Alcool - QP

Parlons maintenant des boissons alcoolisées.

- AL11 **Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]

◆ *Si n'a jamais bu de boissons alcoolisées comme bière (ou NSP)*

- AL12 **Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]

◆ *Si buveur*

◆ *Si femme enceinte pour les questions AL13 à AL110 remplacer « au cours des 12 derniers mois » par « depuis que vous savez que vous êtes enceinte »*

- AL13 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu...**
- ★ Si « Jamais » cité spontanément, coder directement
- ★ Énumérer (puis « énumérer jusqu'à ce que l'on vous arrête » à partir de bière)
- 1 ... tous les jours ?
 - 2 ... quatre fois par semaine ou plus ?
 - 3 ... deux ou trois fois par semaine ?
 - 4 ... une fois par semaine ?
 - 5 ... deux à quatre fois par mois ?
 - 6 ... une fois par mois ou moins souvent ?
 - 7 ... jamais ?
 - 8 [NSP]
 - Du vin (blanc, rosé, rouge)
 - De la bière
 - Des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.)
 - D'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc.

◆ *Si buveur d'au moins une boisson (pas jamais)*

- AL14 **Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?**
- ★ Relance si hésitation, dire « le plus souvent, les jours où vous buvez de l'alcool »
- ★ Si hésitation entre 2 nombres de verres, prendre le plus élevé
- ★ Si une gorgée, coder 0.

◆ *Si buveur d'au moins une boisson (pas jamais)*

- AL15 **Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ?**
- 1 Jamais
 - 2 Moins d'une fois par mois
 - 3 Une fois par mois
 - 4 Une fois par semaine

- 5 Tous les jours ou presque
6 [NSP]
- ◆ *Si nombre de verres > 2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool ou si fréquence 6 verres ou plus > jamais pour les questions AL16 à AL110*
-
- AL16 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**
- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque
6 [NSP]
-
- AL17 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**
- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque
6 [NSP]
-
- AL18 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**
- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque
6 [NSP]
-
- AL19 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**
- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque
6 [NSP]
-
- AL110 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui c'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**
- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
4 Une fois par semaine
5 Chaque jour ou presque
6 [NSP]
- ◆ *Si buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées*
-
- AL111 Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**
- 1 Non
2 Oui
3 [NSP]
- ◆ *Si oui*
-
- AL111b Était-ce au cours des 12 derniers mois ?**
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
- ◆ *Si buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées*
-
- AL112 Est-ce qu'un ami ou un professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**
- ★ Si besoin : « autre que conjoint, parent, enfant... »
- 1 Non
2 Oui
3 [NSP]
- ◆ *Si oui*
-
- AL112b Était-ce au cours des 12 derniers mois ?**
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
- ◆ *Si buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées*
-
- AL115 Au cours de votre vie, avez-vous déjà été ivre ?**
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
- ◆ *Si a déjà été ivre et âge < 76 ans*
-
- AL116 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?**
- ◆ *Si a déjà été ivre et âge < 76 ans*
-
- AL117 À quel âge avez-vous été ivre pour la première fois au cours de votre vie ?**

◆ *Si ne sait pas à quel âge*

- AL118 **Était-ce...**
- 1 ... avant 12 ans ?
 - 2 ... à 12-13 ans ?
 - 3 ... à 14-15 ans ?
 - 4 ... à 16-17 ans ?
 - 5 ... à 18-19 ans ?
 - 6 ... à 20-25 ans ?
 - 7 ... à 26-34 ans ?
 - 8 ... plus tard ?
 - 9 [NSP]

Alcool - SE2

◆ *Si nombre de verres > 2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool ou si fréquence 6 verres ou plus > jamais pour les questions AL22 à AL 24 et AL28 à AL210*

- AL22 **Comment a évolué votre consommation d'alcool**
- ★ Si a arrêté ou a très peu consommé au cours de sa vie, coder « Elle a diminué »
- 1 Elle a augmenté
 - 2 Elle est restée stable
 - 3 Elle a diminué
 - 4 [NSP]
- ... par rapport à il y a 5 ans ?
 - ... par rapport à il y a un an ?

◆ *Si actif occupé ou chômeur*

- AL21 **Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé d'augmenter votre consommation d'alcool à cause de problèmes liés à votre emploi ou votre situation professionnelle ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]

- AL24 **Ces 12 derniers mois, votre consommation d'alcool a-t-elle eu des effets négatifs...**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]
- ... votre vie familiale ?
 - ... votre vie amoureuse ou vie de couple ?
 - ... votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi (filtrer si retraité) ?

◆ *Si actif occupé*

- AL27 **Pensez-vous que la consommation d'alcool**

au travail (repas, pauses, pots...) fait partie de la culture de votre milieu professionnel ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si actif occupé*

- AL28 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de l'alcool...**
- 1 Plusieurs fois par semaine
 - 2 Une fois par semaine
 - 3 Au moins une fois par mois
 - 4 Moins d'une fois par mois
 - 5 Jamais
 - 6 [NSP]
- ... lors de vos déjeuners de travail (déjeuners liés à l'activité de travail, déjeuners d'affaires...)?
 - ... au repas de midi pendant votre journée de travail (en dehors des déjeuners de travail)?
 - ... à la sortie du travail, entre collègues ?
 - ... dans votre temps de travail (hors repas et pots) ?

◆ *Si actif occupé*

- AL28q **Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé de l'alcool lors de pots en entreprises ?**

◆ *Si actif occupé et si a répondu au moins 1 pour l'item 1 et plus que jamais pour les autres items*

- AL29 **En général, lorsque vous buvez de l'alcool ..., combien de verres buvez-vous au total, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?**
- ★ En cas d'hésitation, relancer en disant : « le plus souvent, les jours où vous buvez de l'alcool à cette occasion ? »
- ★ Si hésitation entre 2 nombres de verres, prendre le plus élevé
- ... dans un pot en entreprise
 - ... dans un déjeuner de travail (déjeuner lié à l'activité de travail, déjeuner d'affaires...)
 - ... dans un repas de midi pendant votre journée de travail (en dehors des déjeuners de travail)
 - ... à la sortie du travail, entre collègues
 - ... dans votre temps de travail (hors repas et pots)

◆ *Si actif occupé*

- AL210 **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de boire de l'alcool avant d'aller travailler ?**
- ★ Énumérer
- 1 Jamais

- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

◆ *Si fumeur et si actif occupé ou chômage*

Revenons à votre consommation de tabac.

TA225 **Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé d'augmenter votre consommation de tabac à cause de problèmes liés à votre emploi ou votre situation professionnelle ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si fumeur*

TA226 **Comment a évolué votre consommation de tabac...**

★ Si a arrêté ou a très peu consommé au cours de sa vie, coder « Elle a diminué »

- 1 Elle a augmenté
 - 2 Elle est restée stable
 - 3 Elle a diminué
- ... par rapport à il y a 5 ans ?
- ... par rapport à il y a un an ?

Santé mentale - SE2

Passons à un autre sujet.

SM21 **Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [L'interviewé dit spontanément qu'il est sous antidépresseur]
- 4 [NSP]

★ Si sous antidépresseur, considérer comme déprimé

◆ *Si déprimé ou antidépresseur*

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

SM22 **Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement...**

- 1 ... toute la journée ?
- 2 ... pratiquement toute la journée ?
- 3 ... environ la moitié de la journée ?
- 4 ... moins de la moitié de la journée ?
- 5 [NSP]

◆ *Si déprimé ou antidépresseur toute la journée ou presque*

SM23 **(Pendant ces deux semaines), aviez-vous ce sentiment...**

- 1 ... chaque jour ?
- 2 ... presque chaque jour ?
- 3 ... moins souvent ?
- 4 [NSP]

◆ *Si déprimé (ou antidépresseur) toute la journée ou pratiquement et chaque jour ou presque pour les questions SM24 à SM213*

SM24 **Toujours pendant ces deux semaines, aviez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SM25 **(Pendant ces deux semaines), vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SM26 **(Pendant cette même période), avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?**

- 1 Vous avez pris du poids
- 2 Vous avez perdu du poids
- 3 Votre poids n'a pas changé
- 4 [L'interviewé dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
- 5 [L'interviewé dit spontanément qu'il faisait un régime]
- 6 [NSP]

◆ *Si a pris du poids ou dit spontanément avoir pris et perdu du poids*

SM27 **Combien avez-vous pris de kilos ?**

◆ *Si a perdu du poids ou dit spontanément avoir pris et perdu du poids*

SM28 **Combien avez-vous perdu de kilos ?**

- SM29** Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ Si a eu plus de difficultés à dormir
-
- SM210** (Pendant ces deux semaines), cela arrivait-il...
- 1 ... chaque nuit ?
 - 2 ... presque chaque nuit ?
 - 3 ... moins souvent ?
 - 4 [NSP]
-
- SM211** Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-
- SM212** Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-
- SM213** Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ Si pas déprimé ou NSP (SM21) OU si déprimé pas tous les jours ou presque ou NSP (SM22) OU si déprimé pas toute la journée ou presque ou NSP (SM23)
-
- SM214** Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines, pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [L'interviewé dit spontanément qu'il est sous antidépresseur]
 - 4 [NSP]
- ◆ Si a perdu intérêt (ou antidépresseur)
-
- SM214b** Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines
- pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour la plupart des choses était la plus intense.**
- ◆ Si a perdu intérêt (ou antidépresseur)
-
- SM215** Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt...
- 1 ... toute la journée ?
 - 2 ... pratiquement toute la journée ?
 - 3 ... environ la moitié de la journée ?
 - 4 ... moins de la moitié de la journée ?
 - 5 [NSP]
- ◆ Si a perdu intérêt (ou antidépresseur) toute la journée ou presque
-
- SM216** (Pendant ces deux semaines), ressentiez-vous cette perte d'intérêt...
- 1 ... chaque jour ?
 - 2 ... presque chaque jour ?
 - 3 ... moins souvent ?
 - 4 [NSP]
- ◆ Si a perdu intérêt (ou antidépresseur) toute la journée ou pratiquement et chaque jour ou presque **pour les questions SM217 à SM224**
-
- SM217** Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-
- SM218** Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?
- 1 Vous avez pris du poids
 - 2 Vous avez perdu du poids
 - 3 Non, votre poids n'a pas changé
 - 4 [L'interviewé dit spontanément avoir pris et perdu du poids]
 - 5 [L'interviewé dit spontanément qu'il faisait un régime]
 - 6 [NSP]
- ◆ Si a pris du poids ou dit spontanément avoir pris et perdu du poids
-
- SM219** Combien avez-vous pris de kilos ?
- ◆ Si a perdu du poids OU dit spontanément avoir pris et perdu du poids
-
- SM219b** Combien avez-vous perdu de kilos ?
-
- SM220** (Pendant ces deux semaines), avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]

◆ *Si a eu des difficultés pour dormir*

SM221 **Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il...**

- 1 ... chaque nuit ?
- 2 ... presque chaque nuit ?
- 3 ... moins souvent ?
- 4 [NSP]

SM222 **Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SM223 **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SM224 **Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si déprimé (ou antidépresseur) toute la journée ou pratiquement et chaque jour ou presque ou si a perdu intérêt (ou antidépresseur) tous les jours ou presque et toute la journée ou presque pour les questions SM225 à SM233*

SM225 **Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SM226 **Durant cette période d'au moins 2 semaines, est-ce que vos activités habituelles ont été perturbées ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si les activités ont été perturbées*

SM227 **Dans quelle mesure ?**

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Un petit peu
- 4 [NSP]

◆ *Si actif occupé ou étudiant*

SM228 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous/aviez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a cessé de travailler*

SM229 **Combien de jours avez-vous/aviez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?**

SM230 **Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un hôpital, d'une association, d'un centre, d'une ligne téléphonique, d'un site internet ou d'un autre service pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a utilisé des services*

SM231 **Lequel ou lesquels ?**

★ Énumérer si nécessaire - Plusieurs réponses possibles

- 1 Un centre médico-psychologique (CMP)
- 2 Les urgences d'un hôpital
- 3 Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
- 4 Un centre de jour ou un hôpital de jour
- 5 Les services d'un centre de crise
- 6 Un groupe d'entraide
- 7 Une association
- 8 Une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
- 9 Un service de médecine préventive universitaire (si étudiant)
- 10 Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) (si étudiant)
- 11 Un autre organisme. Préciser :
- 12 Un site internet
- 13 [NSP]

SM232 **Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre, un psychologue, un médecin généraliste ou spécialiste, un thérapeute, une infirmière, une assistante sociale ou autre, pour ces problèmes ou d'autres problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?**

★ Si répond Ami/Famille, ne pas coder et relancer « nous parlons de professionnels »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *A consulté un professionnel*

SM233 Lequel ou lesquels ?

- ★ Énumérer si nécessaire - Plusieurs réponses possibles
- ★ Une seule relance : « Quels autres professionnels avez-vous consulté ? ». Si l'interviewé répond « psy », demander s'il s'agit d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychanalyste, d'un pédopsychiatre ou d'un autre psychothérapeute
- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
 - 2 Un psychiatre
 - 3 Un pédopsychiatre (si < 20 ans)
 - 4 Un pédiatre (si < 20 ans)
 - 5 Un autre médecin spécialiste
 - 6 Un psychologue
 - 7 Un psychanalyste
 - 8 Un psychothérapeute
 - 9 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
 - 10 Un(e) infirmier(e)
 - 11 Un kinésithérapeute
 - 12 Un autre professionnel de santé
 - 13 Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
 - 14 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
 - 15 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux...
 - 16 Un religieux
 - 17 Un coach
 - 18 Un thérapeute non mentionné
 - 19 [NSP]

◆ *Si a au moins un enfant*

MPP8 Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre, un psychologue, un médecin généraliste ou spécialiste, un thérapeute, une infirmière, une assistante sociale ou autre pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement de votre enfant (vos enfants) ?

- ★ Si répond Ami/Famille, ne pas coder et relancer « nous parlons de professionnels »
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]

◆ *Si a consulté un professionnel*

MPP9 Lequel ou lesquels ?

- ★ Énumérer si nécessaire - Plusieurs réponses possibles
- ★ Une seule relance : « Quels autres

professionnels avez-vous consultés ? ». Si l'interviewé répond « psy », demander s'il s'agit d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychanalyste, d'un pédopsychiatre ou d'un autre psychothérapeute

- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
- 2 Un psychiatre
- 3 Un pédopsychiatre
- 3 Un pédiatre
- 4 Un autre médecin spécialiste
- 6 Un psychologue
- 7 Un psychanalyste
- 8 Un psychothérapeute
- 9 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
- 10 Un(e) infirmier(e)
- 11 Un kinésithérapeute
- 12 Un autre professionnel de santé
- 13 Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
- 14 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
- 15 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tels que guérisseur, rebouteux...
- 16 Un religieux
- 17 Un thérapeute non mentionné
- 18 Un Coach
- 19 [NSP]

◆ *Si a plusieurs enfants et a consulté un professionnel pour son enfant*

MPP10 Pour un enfant de quel âge avez-vous consulté au cours des 12 derniers mois ?

- ★ Si « a consulté pour plusieurs enfants », coder 99

Médicaments psychotropes et psychothérapies - SE2

MPP1

VERSION 1 (POSÉE À LA MOITIÉ DE L'ÉCHANTILLON) Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

VERSION 2 (POSÉE À L'AUTRE MOITIÉ) Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères, ou des antidépresseurs, etc. ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a pris des médicaments*

MPP2 Au cours des douze derniers mois, lequel ou lesquels avez-vous pris ?

- ★ Ne pas citer. Plusieurs réponses possibles
- ★ Relancer autant que nécessaire (même si ne se rappelle pas le nom d'un des médicaments) : « Quels autres médicaments avez-vous pris au cours des 12 derniers mois ? »
- Liste de 124 items

◆ *Si a pris des médicaments*

MPP4 Et prenez-vous « le médicament cité » actuellement ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

MPP5 Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a suivi une psychothérapie*

MPP6 En avez-vous suivi une au cours des 12 derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois*

MPP7 Poursuivez-vous une psychothérapie encore actuellement ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a suivi une psychothérapie mais pas au cours des 12 derniers mois (MPP6 = non ou NSP)*

MPP7b En avez-vous suivi une au cours des 5 dernières années ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Suicide - QP

Passons maintenant à un autre sujet

SUI1 Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous pensé à vous suicider ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a pensé au suicide*

SUI2 Était-ce plutôt en rapport avec...

- ★ À poser en Oui/Non
- 1 ... votre situation ou vie professionnelle (*si actif*) ?
 - 2 ... votre scolarité (*si étudiant*) ?
 - 3 ... votre vie personnelle ?
 - 4 ... autre chose (préciser) ?
 - 5 [NSP]

◆ *Si a pensé au suicide*

SUI3 Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a pensé au suicide*

SUI4 En avez-vous parlé à quelqu'un ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SUI5 Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

SUI6 Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide (*si plusieurs tentatives*)

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de votre tentative de suicide (*si une seule*)

SUI7 Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne souhaite pas en parler]

◆ Si a fait une tentative de suicide

SUI7q Quel âge aviez-vous lors de cette/ cette dernière tentative ?

◆ Si a fait une tentative de suicide

SUI8

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- Suite à cette tentative de suicide, êtes-vous allé à l'hôpital ?
 - Avez-vous été hospitalisé pendant au moins 1 nuit ? (si oui à l'item 1)
 - Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après votre tentative de suicide ?
 - En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy » ?

◆ Si a fait une tentative de suicide

SUI9 Parmi ces trois propositions, diriez-vous plutôt que...

- 1 ... vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu ?
- 2 ... vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace ?
- 3 ... votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir ?
- 4 [NSP]
- 5 [Refus]

◆ Si a fait une tentative de suicide

SUI10 Aviez-vous fait cette tentative de suicide...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ... pour des raisons professionnelles ?
 - ... pour des raisons sentimentales ?
 - ... pour des raisons familiales ?
 - ... pour des raisons de santé ?
 - ... pour d'autres raisons ?

Sexualité contraception - QP

Nous allons maintenant passer à un autre sujet.

◆ Si ne vit pas avec son conjoint

SC01 Y a-t-il une personne avec laquelle vous avez une relation amoureuse stable ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ Si a une relation amoureuse stable

SC02 Est-ce un homme ou une femme ?

- 1 Un homme
- 2 Une femme
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

Abordons maintenant des questions relatives à la sexualité. (filtrer la phrase de transition si ne vit pas avec son conjoint)

SC11 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Ne veut pas le dire]

◆ Si a déjà eu des rapports pour les questions SC12 à SC23

◆ Si âge entre 15-54 ans

SC12 Au cours de votre vie, vous avez eu des rapports sexuels...

- 1 ... uniquement avec des hommes ?
- 2 ... uniquement avec des femmes ?
- 3 ... avec les deux ?
- 4 [NSP]

◆ Si âge entre 15-29 ans pour les questions SC13 à SC18

SC13 À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

◆ Si a eu des rapports avec les deux sexes

SC14 Ce partenaire était...

- 1 ... un homme ?
- 2 ... une femme ?
- 3 [Ne veut pas dire]

SC15 Ce premier rapport sexuel était quelque chose...

- 1 ... que vous souhaitiez à ce moment-là ?
- 2 ... que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment ?
- 3 ... que vous avez été forcé de faire contre votre volonté ?
- 4 [Ne veut pas dire]
- 5 [NSP]

◆ *Si pas homosexuel*

SC16 Avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé un moyen pour éviter une grossesse lors de ce premier rapport ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si utilisé un moyen pour éviter la grossesse et si pas homosexuel*

SC17 Quelle(s) méthodes avez-vous utilisé(e) ?

- ★ Si répond « préservatif » relancer « masculin ou féminin ? »
 - ★ Ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles
 - ★ Relance 1 fois « quelle autre méthode avez-vous utilisée ? »
- 1 Préservatif masculin
 - 2 Pilule
 - 3 Stérilet (ou DIU)
 - 4 Diaphragme/cape cervical
 - 5 Crèmes spermicides, ovules, éponges
 - 6 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
 - 7 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
 - 8 Méthode Ogino, méthode des températures
 - 9 Contraception d'urgence (pilule du lendemain)
 - 10 Préservatif féminin
 - 11 Stérilisation, ligature des trompes ou vasectomie
 - 12 Implant
 - 13 Patch contraceptif
 - 14 Anneau vaginal
 - 15 Depoprovera/injection
 - 16 Autres. Préciser :
 - 17 [NSP]

◆ *Si stérilet*

SC17b Vous avez utilisé un stérilet, s'agissait-il d'un stérilet en cuivre ou d'un stérilet hormonal ?

- 1 Stérilet en cuivre
- 2 Stérilet hormonal
- 3 [NSP]

◆ *Si a utilisé un moyen autre que préservatif masculin ou n'a pas utilisé de moyen*

SC18 Avez-vous utilisé un préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

SC19 Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a eu des rapports au cours des 12 derniers mois et si âge entre 15-54 ans pour les questions SC110 à SC117*

◆ *Si femme, ayant eu des rapports avec des hommes au cours de la vie*

SC110f Au cours des 12 derniers mois, avec combien d'hommes avez-vous eu des rapports sexuels ?

◆ *Si femme, ayant eu des rapports avec des femmes au cours de la vie*

SC111f Au cours des 12 derniers mois, avec combien de femmes avez-vous eu des rapports sexuels ?

◆ *Si homme, ayant eu des rapports avec des femmes au cours de la vie*

SC110h Au cours des 12 derniers mois, avec combien de femmes avez-vous eu des rapports sexuels ?

◆ *Si homme, ayant eu des rapports avec des hommes au cours de la vie*

SC111h Au cours des 12 derniers mois, avec combien d'hommes avez-vous eu des rapports sexuels ?

◆ *Si un seul partenaire ces 12 derniers mois*

SC112 La personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, était-elle un nouveau partenaire, c'est-à-dire une personne avec qui vous n'aviez pas de rapports sexuels il y a plus d'un an ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

- ◆ *Si plusieurs partenaires ces 12 derniers mois*
- SC113 **Parmi les personnes avec qui vous avez eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, combien étaient des nouveaux partenaires, c'est-à-dire des personnes avec qui vous n'aviez pas de rapports sexuels il y a plus d'un an ?**
- ◆ *Si un seul partenaire ces 12 derniers mois et si 1 nouveau partenaire et si pas femme homosexuelle*
- SC114 **Avez-vous utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec ce nouveau partenaire ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP/NR]
- ◆ *Si plusieurs partenaire ces 12 derniers mois et si plusieurs nouveaux partenaires et si pas femme homosexuelle*
- SC115 **Avez-vous utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec ces nouveaux partenaires ?**
- 1 Non, avec aucun
 - 2 Avec certains seulement
 - 3 Avec tous
 - 4 [NSP]
- ◆ *Si partenaire ces 12 derniers mois et si au moins 1 nouveau partenaire et si pas femme homosexuelle*
- SC116 **Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce nouveau partenaire/ces nouveaux partenaires après le 1er rapport sexuel...**
- 1 ... jamais ?
 - 2 ... de temps en temps ?
 - 3 ... presque toujours ?
 - 4 ... toujours ?
 - 5 [NSP]
 - 6 [N'a eu qu'un seul rapport sexuel avec ce/ces nouveaux partenaires]
- SC117 **Combien de rapports sexuels avez-vous eu dans les quatre dernières semaines ?**
- ★ *Si hésite, relance « même approximativement »*
- Nous allons maintenant parler de contraception.**
- ◆ *Si femme de 40-54 ans et pas enceinte*
- SC20 **Tout d'abord, êtes-vous ménopausée ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si femme de 15-54 ans, non ménopausée, pas enceinte, ayant un partenaire, et pas exclusivement homosexuelle*
- SC21 **Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse ?**
- 1 Oui
 - 2 Ça dépend des fois
 - 3 Non
 - 4 [NSP]
- ◆ *Si utilise un moyen pour éviter une grossesse*
- SC22 **Quelles sont les méthodes que vous ou votre partenaire utilisez actuellement (pour éviter une grossesse) ?**
- ★ *Si « préservatif », relancer « masculin ou féminin ? »*
- ★ *Ne rien suggérer. Une seule relance : « Quelles sont les autres méthodes que vous ou votre partenaire utilisez actuellement ? »*
- 1 Préservatif masculin
 - 2 Pilule
 - 3 Stérilet (ou DIU)
 - 4 Diaphragme/cape cervical
 - 5 Crèmes spermicides, ovules, éponges
 - 6 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
 - 7 Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
 - 8 Méthode Ogino, méthode des températures
 - 9 Contraception d'urgence (pilule du lendemain)
 - 10 Préservatif féminin
 - 11 Stérilisation, ligature des trompes ou vasectomie
 - 12 Implant
 - 13 Patch contraceptif
 - 14 Anneau vaginal
 - 15 Depo-provera/injection
 - 16 Autres (préciser)
 - 17 [NSP]
- ◆ *Si stérilet*
- SC22b **Vous avez utilisé un stérilet, s'agissait-il d'un stérilet en cuivre ou d'un stérilet hormonal ?**
- 1 Stérilet en cuivre
 - 2 Stérilet hormonal
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si Autres*
- SC22qo **Préciser autre(s) méthode(s)**
- ◆ *Si Non*
- SC23 **Pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ?**
- 1 Vous cherchez à avoir un enfant
 - 2 Vous allaitez ou vous venez d'accoucher

- 3 Vous ne pouvez pas ou vous ne pouvez plus avoir d'enfant
- 4 La contraception ne vous préoccupe pas
- 5 Vous n'avez pas de rapports sexuels
- 6 Autres (préciser)
- 7 [NSP]

◆ *Si Autres*

SC23qo Préciser autre(s) raison(s)

Sexualité contraception - SE3

◆ *Si femme de 15-54 ans, pas enceinte, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie pour les questions SC31 à SC37*

SC31 **Au cours de votre vie, avez-vous déjà été enceinte, que la grossesse se soit terminée par une naissance, une fausse couche, un avortement ou autre (y compris une grossesse extra-utérine) ?**

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 [NSP]

◆ *Si ayant déjà été enceinte*

SC32 **À quand remonte votre dernière grossesse ?**

★ Ne pas citer

- 1 À moins d'un an
- 2 Il y a plus d'un an mais moins de cinq ans
- 3 Il y a plus de cinq ans
- 4 [NSP/NR]

◆ *Si a déjà été enceinte et si fumeuse ou ex-fumeuse*

SC33 **Pour cette dernière grossesse, fumiez-vous quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si Oui*

SC34 **Avez-vous arrêté quand vous l'avez appris ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si Oui*

SC35 **Avez-vous repris après votre grossesse ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a déjà été enceinte et a déjà bu de l'alcool*

SC36 **Au cours de votre vie, vous est-il arrivé d'arrêter totalement toute consommation d'alcool en raison d'une grossesse ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a déjà été enceinte il y a moins de 5 ans*

SC37 **Revenons à votre dernière grossesse. Cette grossesse était-elle désirée ?**

★ Énumérer

- 1 Oui, à ce moment-là ou plus tôt
- 2 Oui, mais plus tard
- 3 Vous ne vouliez pas du tout être enceinte
- 4 Vous ne vous posiez pas la question
- 5 [NSP]

◆ *Si femme enceinte (15-50 ans)*

SC37b **Vous m'avez dit que vous étiez enceinte. Cette grossesse était-elle désirée ?**

★ Énumérer

- 1 Oui, maintenant ou plus tôt
- 2 Oui, mais plus tard
- 3 Vous ne vouliez pas du tout être enceinte
- 4 Vous ne vous posiez pas la question
- 5 [NSP]

◆ *Si a déjà été enceinte il y a moins de 5 ans ou si femme enceinte et grossesse non souhaitée (pas « Oui, maintenant »)*

SC38 **À votre avis, pourquoi êtes-vous tombée enceinte ?**

★ Ne rien suggérer – une seule.

Relance : « pour quelle autre raison êtes-vous tombée enceinte ? »

- 1 Oubli de pilule
- 2 Problème de préservatif
- 3 Pas de contraception cette fois-là
- 4 Erreur dans les dates
- 5 Le partenaire s'est retiré trop tard
- 6 Problème avec le stérilet
- 7 Vous ne pensiez pas qu'il y avait un risque à ce moment-là
- 8 Autres raisons. Préciser :

◆ Si femme de 15-54 ans, pas enceinte, ayant déjà été enceinte il y a moins de 5 ans et si grossesse non souhaitée

SC39 Comment s'est terminée cette grossesse ?

★ Ne pas citer - une seule réponse

- 1 Naissance
- 2 Fausse couche
- 3 Interruption volontaire de grossesse (IVG)
- 4 Autres. Préciser :

◆ Si femme ayant été enceinte il y a moins de 5 ans ou si femme enceinte et si grossesse désirée

SC310 Vous est-il déjà arrivé d'avoir une grossesse accidentelle ou non prévue ?

- 1 Oui, dans les douze derniers mois
- 2 Oui, il y a plus d'un an mais moins de cinq ans
- 3 Oui, il y a plus de cinq ans
- 4 Non
- 5 [NSP/NR]

◆ Si femme de 15-54 ans, pas enceinte, ayant déjà été enceinte ou si femme enceinte et n'ayant pas cité IVG en SC39

SC311 Au cours de votre vie, avez-vous eu une interruption volontaire de grossesse (IVG), que ce soit en prenant du R. U ou en ayant une intervention médicale ?

★ Si besoin « Le RU est une pilule abortive, c'est-à-dire qui provoque un avortement »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Sexualité contraception - QP (suite)

◆ Si femme de 15-54 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie pour les questions SC41 à SC43

SC41 Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris la contraception d'urgence ?

★ Définition de la pilule du lendemain si besoin (il s'agit d'une pilule qu'on prend après un rapport sexuel pour ne pas tomber enceinte)

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 [Je ne sais pas ce que c'est]
- 5 [NSP]

◆ Si a pris 1 fois la contraception d'urgence

SC42 L'avez-vous prise au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si a pris plusieurs fois la contraception d'urgence

SC43 Combien de fois l'avez-vous prise au cours des douze derniers mois ?

Dépistages/Problèmes urinaires - SE3 (suite)

◆ Si âge 15-54 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie

SC51 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du sida ? (hors don du sang)

- 1 Oui, dans les 12 derniers mois
- 2 Oui, il y a plus longtemps
- 3 Non
- 4 [NSP/NR]

◆ Si femme 15-85 ans

SC52 À quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques (si < 55 ans)/gynécologiques (si > 54 ans) ?

★ Ne pas citer

- 1 Il y a moins d'1 an
- 2 Entre 1 an et 2 ans
- 3 Entre plus de 2 ans et 3 ans
- 4 Entre plus de 3 ans et 5 ans
- 5 Il y a plus de cinq ans
- 6 [Jamais consulté]
- 7 [NSP/NR]

◆ Si femme 15-85 ans sauf [Jamais consulté et NSP]

SC53 Était-ce avec...

- 1 ... un médecin généraliste ?
- 2 ... un gynécologue (obstétricien) ?
- 3 ... un autre médecin spécialiste ?
- 4 [NSP/NR]

◆ Si femme 15-85 ans

SC54 Avez-vous déjà eu un frottis vaginal ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si Oui***SC54b Quand était-ce la dernière fois ?**

★ Ne pas citer

- 1 Il y a moins d'1 an
- 2 Entre 1 an et 2 ans
- 3 Entre plus de 2 ans et 3 ans
- 4 Entre plus de 3 ans et 5 ans
- 5 Il y a plus de cinq ans
- 6 [NSP/NR]

◆ *Si homme de 40-85 ans***SC56 Avez-vous déjà fait un test recherchant du sang dans les selles tel que test Hémocult®, Hémocheck, Hemo-Fec... ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si Oui***SC56b Quand était-ce la dernière fois ?**

★ Ne pas citer

- 1 Il y a moins d'1 an
- 2 Entre 1 an et 2 ans
- 3 Entre plus de 2 ans et 3 ans
- 4 Entre plus de 3 ans et 5 ans
- 5 Il y a plus de cinq ans
- 6 [NSP/NR]

◆ *Si femme de 40-85 ans***SC57 Avez-vous déjà fait une mammographie (radiographie des seins) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP/NR]

◆ *Si Oui***SC57b Quand était-ce la dernière fois ?**

★ Ne pas citer

- 1 Il y a moins d'1 an
- 2 Entre 1 an et 2 ans
- 3 Entre plus de 2 ans et 3 ans
- 4 Entre plus de 3 ans et 5 ans
- 5 Il y a plus de cinq ans
- 6 [NSP/NR]

◆ *Si femme de 40-85 ans***SC58 Prenez-vous des médicaments en rapport avec la ménopause ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Refus]
- 4 [NSP]

◆ *Si oui***SC59 Est-ce un traitement...**

★ Une seule réponse

- 1 ... homéopathique ?
- 2 ... hormonal ?
- 3 ... local vaginal ?
- 4 ... dérivés de plantes ?
- 5 [NSP/NR]

◆ *Si femme de 40-85 ans, pas enceinte***SC510 Avez-vous eu une hystérectomie, c'est-à-dire une opération pour enlever l'utérus ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Refus]
- 4 [NSP]

◆ *Si femme de 40-85 ans*

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur les éventuelles pertes d'urine que vous pouvez avoir.

SC511 À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?

- 1 Jamais
- 2 Environ une fois par semaine au maximum
- 3 Deux à trois fois par semaine
- 4 Environ une fois par jour
- 5 Plusieurs fois par jour
- 6 Tout le temps
- 7 [NSP]

◆ *Si femme de 40-85 ans ayant des pertes d'urine***SC512 Sur une échelle allant de 0 à 10 où 0 veut dire que vos pertes d'urine ne vous gênent pas du tout et 10 veut dire que ces pertes vous dérangent beaucoup. Dans votre vie de tous les jours, où vous situez-vous ? Les notes intermédiaires permettent de nuancer votre jugement.**◆ *Si femme de 40-85 ans ayant des pertes d'urine***SC513 Quand avez-vous des pertes d'urine ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- Avant de pouvoir arriver aux toilettes
- Quand vous toussiez ou éternuez
- Quand vous dormez
- Quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice

- Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)
- Vous avez des pertes d'urine sans cause apparente

Sexualité contraception - QP (suite)

◆ Si âge 15-54 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie

Nous allons maintenant parler des maladies ou infections qui se transmettent sexuellement.

SC61 **Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ?**

★ Énumérer

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 [NSP]

◆ Si Oui

SC62 **De quelle maladie ou infection s'agissait-il ? (la dernière fois si plusieurs)**

★ Ne pas suggérer – Une seule réponse

- 1 Chlamydia/Chlamydiae/Chlamydirose
- 2 Gonocoque/chaude-pisse
- 3 Herpès génital
- 4 Condylome/crête-de-coq/papillomavirus/HPV
- 5 Trichomonas
- 6 Mycoplasme
- 7 Syphilis
- 8 Hépatite B
- 9 VIH/sida
- 10 Mycose ou champignon ou candidose
- 11 Autre. Préciser :
- 12 [Ne sait plus le nom]
- 13 [Refus]

◆ Si âge 15-54 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie, ayant eu plusieurs MST et si a cité la mycose

SC63 **En dehors d'une mycose (champignon, candidose), quelle autre maladie qui se transmet par voie sexuelle avez vous eu ?**

★ Ne pas suggérer – Une seule réponse

★ Si plusieurs autres maladies, demander la dernière maladie juste avant d'avoir une mycose (champignon, candidose)

- 1 Chlamydia/Chlamydiae/Chlamydirose

- 2 Gonocoque/chaude-pisse
- 3 Herpès génital
- 4 Condylome/crête-de-coq/papillomavirus/HPV
- 5 Trichomonas
- 6 Mycoplasme
- 7 Syphilis
- 8 Hépatite B
- 9 VIH/sida
- 10 Mycose ou champignon ou candidose
- 11 Autre. Préciser :
- 12 [Aucune autre maladie]
- 13 [Ne sait plus le nom]
- 14 [Refus]

◆ Si a eu une maladie autre que la mycose

SC64 **Cette maladie s'est-elle produite dans les douze derniers mois ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si a eu une maladie autre que la mycose

SC65 **Comment avez-vous découvert que vous aviez cette maladie ?**

★ Énumérer tous les items – Une seule réponse

- 1 L'un de vos partenaires sexuels vous a dit qu'il l'avait
- 2 Vous aviez des symptômes ou des craintes qui vous ont amené(e) à consulter un médecin
- 3 Cette maladie a été découverte alors que vous étiez allé(e) consulter pour un autre motif
- 4 Par une autre manière (préciser)
- 5 [NSP/NR]

◆ Si âge < 65 ans

Drogues illicites - QP

Nous allons maintenant aborder un autre sujet.

★ (Je vous rappelle que vos réponses resteront totalement anonymes)

DI11 **Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

DI12 **Pensez-vous qu'il vous serait difficile**

ou facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, si vous en vouliez ?

- 1 Impossible
- 2 Très difficile
- 3 Assez difficile
- 4 Assez facile
- 5 Très facile
- 6 [NSP]
- 7 [Ne veut pas dire]

DI13 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

◆ *Si non*

DI14 En avez-vous déjà goûté ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

◆ *Si a déjà consommé ou goûté*

DI15 L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

◆ *Si a consommé ou goûté du cannabis au cours des 12 derniers mois*

DI18 Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a déjà consommé ou goûté du cannabis*

DI19 À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

★ Bien relancer – Si une fourchette est donnée, prendre le plus petit âge. (Exemple : si 10-12 ans est cité, prendre 10 ans)

◆ *Si a déjà consommé*

DI16 Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de fumer du cannabis presque tous les jours, pendant au moins un mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

◆ *Si oui*

DI16b Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez fumé du cannabis presque tous les jours ?

★ Il s'agit bien de la première période où la personne a fumé du cannabis presque tous les jours

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant d'autres produits. Ces produits sont au nombre de quatre/douze (si douze : « mais les questions sont très simples et rapides »)

DI110 Au cours de votre vie, avez-vous consommé...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Ne veut pas dire]
 - 5 [Ne connaît pas le produit]
- ... des champignons hallucinogènes (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... du poppers ?
 - ... d'autres produits à inhaler (colles, solvants) ?
 - ... de l'ecstasy (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... des amphétamines ?
 - ... de la MDMA (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... du LSD (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... du crack ou du freebase (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... de la cocaïne ?
 - ... de l'héroïne (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... du Subutex® (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... de la méthadone (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?
 - ... du GHB ou GBL (si a déjà consommé ou goûté du cannabis) ?

◆ *Si a consommé un des produits précédents*

DI112 L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Ne veut pas dire]

◆ *Si a consommé un des produits précédents*

DI113 À quel âge avez-vous pris « le produit » pour la première fois ?

- ◆ *Si a consommé du GHB ou du GBL au cours de sa vie*
-
- DI127 Vous avez déclaré avoir déjà pris du GHB/GBL, s'agissait-il...**
 ★ Citer, une seule réponse, ne pas relancer le NSP
- 1 ... de GHB ?
 - 2 ... de GBL ?
 - 3 ... ou vous avez déjà pris les deux ?
 - 4 [NSP]
- ◆ *Si a consommé du GHB ou du GBL au cours des 12 derniers mois et ayant déjà pris les deux*
-
- DI128 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé...**
 ★ Citer, une seule réponse, ne pas relancer le NSP
- 1 ... du GHB ?
 - 2 ... du GBL ?
 - 3 ... ou vous avez déjà pris les deux ?
 - 4 [NSP]
-
- DI114 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si oui*
-
- DI115 Laquelle ou lesquelles ?**
 ★ Ne rien suggérer – Plusieurs réponses possibles
 ★ Relance autant que nécessaire : « Quelle autre drogue avez-vous consommé au cours de votre vie ? »
- ◆ *Si oui*
-
- DI116 Avez-vous consommé une « autre drogue » au cours des douze derniers mois ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Ne veut pas dire]
- ◆ *Si a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois en DI116*
-
- DI18r Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si a déjà consommé du cannabis en DI115*
-
- DI19r À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?**
- ◆ *Si a déjà consommé en DI115*
-
- DI16r Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de fumer du cannabis presque tous les jours, pendant au moins un mois ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Ne veut pas dire]
- ◆ *Si oui*
-
- DI16rb Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez fumé du cannabis presque tous les jours ?**
- ◆ *Si a consommé cocaïne ou crack ou freebase*
-
- DI117i Au cours de votre vie, avez-vous déjà transformé votre cocaïne en freebase ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Ne veut pas dire]
- ◆ *Si a consommé ecstasy/amphétamines/MDMA/cocaïne/héroïne/Subutex®/une autre drogue*
-
- DI1172 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu recours à l'injection d'une drogue ou d'un produit de substitution ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ◆ *Si oui*
-
- DI118 À quel âge la première fois ?**
- ◆ *Si oui*
-
- DI119 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois l'avez-vous fait (par jour, par semaine, par mois, ou par an) ?**
 Réponses en jours, semaines, mois, années, [jamais], [NSP]
- ◆ *Si a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, mais pas juste goûté*
- Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant votre consommation de cannabis.**

DI121 Combien de fois au cours des trente derniers jours avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- ◆ Si a consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, mais pas juste goûté

DI122 Au cours des trente derniers jours, combien avez-vous dépensé pour votre consommation de cannabis ?

- ★ Bien relancer – Si une fourchette est donnée, prendre le plus gros montant
- ★ La somme inclut les dépenses en matériel en cas d'autoproduction

- ◆ Si a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté

DI123 Au cours des douze derniers mois...

- 1 Non
 - 2 Rarement
 - 3 De temps en temps
 - 4 Assez souvent
 - 5 Très souvent
 - 6 [NSP]
- ... avez-vous fumé du cannabis avant midi ?
 - ... avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller au travail ? (si **actif ayant déjà fumé avant midi**)
 - ... avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller en cours ? (si **étudiant ayant déjà fumé avant midi**)
 - ... avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?
 - ... avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?
 - ... des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
 - ... avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
 - ... avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ? Préciser :
- ★ Si ne sait pas, donner comme exemple : « dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école ou au travail... »

- ◆ Si a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté

DI124 Au cours des douze derniers mois...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 4 [Refus]
- 1 ... avez-vous acheté du cannabis ?
 - 2 ... vous a-t-on offert du cannabis ?
 - 3 ... avez-vous cultivé du cannabis ?

- ◆ Si a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté

DI125 Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà recherché de l'aide auprès de quelqu'un ou d'un service pour réduire votre consommation de cannabis ?

- 1 Non, jamais
- 2 Non, mais vous y avez pensé
- 3 Oui
- 4 [NSP]

- ◆ Si oui

DI126 Auprès de qui était-ce ?

- ★ Ne rien suggérer - plusieurs réponses possibles – une seule relance : « Auprès de quelle autre personne était-ce ? »
- 1 Ami
 - 2 Associations
 - 3 Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
 - 4 CAARUD
 - 5 Centre de jour ou un hôpital de jour
 - 6 Centre médico-psychologique (CMP)
 - 7 Centres spécialisés en addictologie (CSAPA, CSST...)
 - 8 Consultation cannabis
 - 9 Groupe d'entraide
 - 10 Famille
 - 11 Hôpital
 - 12 Infirmier(e)
 - 13 Kinésithérapeute
 - 14 Ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
 - 15 Médecin généraliste
 - 16 Médecin scolaire/du travail (si **actif ou étudiant**)
 - 17 « Psy » (sans précision)
 - 18 Psychiatre
 - 19 Psychologue
 - 20 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture...
 - 21 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle tel que guérisseur, rebouteux...
 - 22 Religieux
 - 23 Services d'un centre de crise
 - 24 Site internet
 - 25 Travailleur social, éducateur, assistante sociale...
 - 26 Urgences d'un hôpital
 - 27 Autre médecin spécialiste
 - 28 Autre organisme
 - 29 Autre professionnel de santé
 - 30 Autre (préciser)
 - 31 [NSP]

Drogues illicites - SE2

◆ Si âge < 65 ans et si a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté **pour les questions DI21 à DI31**

◆ Si actif occupé ou chômeur

DI21 Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé d'augmenter votre consommation de cannabis, à cause de problèmes liés à votre travail ou votre situation professionnelle ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

DI22 Comment a évolué votre consommation de cannabis...

★ Énumérer

★ Si a arrêté ou a très peu consommé au cours de sa vie, coder « Elle a diminué »

- 1 Elle a augmenté
 - 2 Elle est restée stable
 - 3 Elle a diminué
 - 4 [NSP]
- ... par rapport à il y a 5 ans ?
 - ... par rapport à il y a un an ?

DI23 Ces 12 derniers mois, votre consommation de cannabis a-t-elle eu des effets négatifs...

★ Si a arrêté ou a très peu consommé, coder « Non »

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]
- ... sur votre vie familiale ?
 - ... sur votre vie amoureuse ou vie de couple ?
 - ... sur votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?

Je vais maintenant vous poser une autre série de questions sur le cannabis.

★ Si signes de lassitude, dire « Ces questions ont pour objectif de valider une échelle européenne permettant de mieux qualifier l'usage de ce produit. »

DI31 Au cours des 12 derniers mois...

- 1 Non
 - 2 Oui, une fois
 - 3 Oui, plus d'une fois
- ... avez-vous eu des problèmes importants à cause de votre consommation de cannabis

au travail, à l'école comme sécher, avoir de mauvais résultats, être renvoyé ?

- ... avez-vous été sous l'influence du cannabis dans des situations dangereuses, comme conduire un véhicule ou utiliser une machine ?
- ... avez-vous été victime d'un accident, d'une blessure ou d'une chute grave après avoir consommé du cannabis ?
- ... avez-vous eu des problèmes avec la justice ou la police à cause de votre consommation de cannabis ? (Possession de drogue, vol pour vous en procurer, conduite sous l'influence du cannabis, etc.)
- ... votre famille ou vos amis vous ont-ils fait des reproches en raison de votre consommation de cannabis ?
- ... avez-vous perdu une relation amoureuse à cause de votre consommation de cannabis ?
- ... avez-vous connu des difficultés financières à cause de votre consommation de cannabis ?
- ... avez-vous agressé ou blessé quelqu'un en étant sous l'influence du cannabis ?
- ... avez-vous constaté que vous deviez prendre plus de cannabis qu'avant pour obtenir les mêmes effets ?
- ... lorsque vous consommiez moins de cannabis qu'habituellement, étiez-vous perturbé(e) par des choses comme des troubles du sommeil, des sueurs, des tremblements, des palpitations, des angoisses, de l'agressivité, de la déprime ou des problèmes d'appétit ?
- ... consommiez-vous du cannabis pour diminuer ou éviter ces problèmes ? (si item précédent différent de Non)
- ... vous est-il arrivé de consommer davantage de cannabis ou d'en consommer sur une période plus longue que vous ne l'aviez prévu initialement ?
- ... avez-vous essayé en vain de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis, ou avez-vous eu le désir persistant de réduire ou arrêter ?
- ... avez-vous passé beaucoup de temps à vous procurer du cannabis, à en consommer ou à vous remettre de ses effets ?
- ... avez-vous limité ou abandonné certaines activités importantes à cause du cannabis ? (« donner des exemples si nécessaire : sport, travail, école, voir vos amis ou votre famille, etc. »)
- ... avez-vous eu des problèmes de santé à cause de votre consommation de cannabis, comme une toux persistante, des maux de gorges, des nausées, une sécheresse des yeux et de la bouche ?
- ... avez-vous continué à consommer du cannabis en dépit de ces problèmes de santé ? (si item précédent différent de Non)

- ... avez-vous eu des troubles de l'humeur ou fait des bad trips à cause de votre consommation de cannabis ? (plus rien ne vous intéressait, ou vous étiez abattu, déprimé, méfiant vis-à-vis des autres, ou vous aviez des idées bizarres ou l'impression d'être persécuté(e), etc)
- ... avez-vous continué à consommer du cannabis en dépit de ces troubles ? (si item précédent différent de Non)

◆ Si âge < 76 ans

Jeu pathologique - QP

Nous allons maintenant parler des jeux d'argent, c'est-à-dire le loto, les jeux de la Française des jeux, les jeux d'argent sur Internet, le PMU, le casino, les paris sportifs, le poker, etc.

★ Il s'agit bien des jeux dont le but est de gagner de l'argent

JP1 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dépensé de l'argent pour jouer à ce type de jeux ?

★ Si précision demandée sur « ce type de jeux » : « c'est-à-dire le loto, les jeux de la Française des jeux, les jeux d'argent sur Internet, le PMU, le casino, les paris sportifs, le poker etc. »

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [refus], [NSP]

◆ Si a déjà joué

JP2 Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que pour jouer à ces jeux, vous avez dépensé au total plus de 500 euros, soit environ 10 euros par semaine ?

★ Si la personne hésite et parle de ses gains, dire « on ne parle pas de la différence entre vos gains et vos pertes, mais seulement de ce que vous avez misé ». (Précision sur « ces jeux » : « on parle du loto, les jeux de la Française des jeux, les jeux d'argent sur Internet, le PMU, le casino, les paris sportifs, le poker etc. »)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si a joué plus de 500 euros/an

JP2b Au total, au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé pour jouer à ces jeux ?

Réponses en euros par semaine, par mois, par an (pour les 12 derniers mois), [refus], [NSP]

◆ Si NSP ou refus

JP2bt Est-ce plutôt...

- 1 ... entre 500 et 1000 euros par an ?
- 2 ... entre 1000 et 1500 euros par an ?
- 3 ... entre 1500 et 2 000 euros par an ?
- 4 ... entre 2 000 et 2 500 euros par an ?
- 5 ... entre 2 500 et 3 000 euros par an ?
- 6 3 000 euros et plus par an ?
- 7 [Refus]
- 8 [NSP]

◆ Si a joué plus de 500 euros/an ou plus de 52 fois/an pour les questions JP3 à JP5

JP3i Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué à des jeux d'argent sur Internet (avec ordinateur ou téléphone portable) ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

◆ Si a joué sur Internet

JP4 À quel jeu jouez-vous le plus souvent sur internet ?

- 1 Jeux de tirage (loto, Oxo kéno, Euromillion...)
- 2 Jeux de grattage (morpion, banco, déd...)
- 3 Jeux de pronostics (paris sportifs : Lotofoot, cote et score...)
- 4 Jeux interactifs : Baraka, cash 2000, Eldorado...
- 5 Poker en ligne
- 6 Jeux de casinos hors poker
- 7 Autres jeux. Préciser :

Nous allons maintenant parler des jeux en dehors d'Internet

JP3a Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué aux jeux de tirage de la Française des jeux (loto, Oxo kéno, Euromillion) hors Rapido ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3b Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué aux jeux de grattage de la Française des jeux (morpion, banco, déd...)?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3c Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué au Rapido ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3d Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué au PMU ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3e Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué aux paris sportifs (Lotofoot, cote et score, etc.) ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3f Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué aux machines à sous dans les casinos ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3g Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué aux jeux de table dans les casinos (roulette, blackjack, poker...) ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP3h Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous joué au poker en dehors d'Internet et des casinos ?

Réponses par semaine, mois, année (pour les 12 derniers mois), [jamais], [NSP]

JP5 Au cours des douze derniers mois...

- 1 Presque toujours
 - 2 La plupart du temps
 - 3 Parfois
 - 4 Jamais
 - 5 NSP
- ... avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
 - ... avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?
 - ... êtes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?
 - ... avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
 - ... avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
 - ... le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?
 - ... des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème avec le jeu (même si vous estimez qu'elles avaient tort) ?
 - ... vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?
 - ... vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

◆ Si joue moins de 500 euros/an ET moins de 52 fois/an, OU si n'a jamais joué au cours des 12 derniers mois

JP6 Y a-t-il eu une période de votre vie où vous avez joué à des jeux d'argent au moins une fois par semaine pendant au moins six mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si oui

JP7 Au cours de votre vie, votre activité de jeu a-t-elle eu des effets néfastes sur...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ... vos relations avec vos amis, votre famille, votre vie de couple ?
 - ... votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi ?
 - ... vos finances, vous avez eu des dettes importantes (>300 euros ou 2 000 francs) ?

◆ Si âge < 76 ans

Qualité de vie - SE1**QV20 Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est...**

- 1 ... excellente ?
- 2 ... très bonne ?
- 3 ... bonne ?
- 4 ... médiocre ?
- 5 ... mauvaise ?
- 6 [NSP]

Maintenant pensez à votre santé physique. Cela inclut les maladies physiques, et les traumatismes ou les blessures.

QV21 Au cours des 30 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours où votre santé physique n'a pas été bonne ?

★ Relance : « Au cours des 30 derniers jours, combien de jours approximativement votre santé physique n'a pas été bonne ? »

- 1 Indique un nombre de jour
- 2 [Aucun/jamais/zéro]
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

Maintenant pensez à votre santé mentale. Cela inclut le stress, la dépression et les problèmes émotionnels.

- QV22 Au cours des 30 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours où votre santé mentale n'a pas été bonne ?**
- ★ Relance : « Au cours des 30 derniers jours, combien de jours approximativement votre santé mentale n'a pas été bonne ? »
- 1 Indique un nombre de jour
 - 2 [Aucun/jamais/zéro]
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]

- QV23 Au cours des 30 derniers jours, combien de jours environ votre santé physique ou mentale vous a empêché de mener vos activités habituelles, comme prendre soin de vous, travailler ou avoir des loisirs ?**
- ★ Relance : « Au cours des 30 derniers jours, combien de jours environ un mauvais état de santé physique ou mentale vous a empêché de mener vos activités habituelles, comme prendre soin de vous, travailler ou avoir des loisirs ? »
- 1 Indique un nombre de jour
 - 2 [Aucun/jamais/zéro]
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]

Santé mentale - QP

Changeons de sujet.

- SM11 Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti...**
- 1 En permanence
 - 2 Souvent
 - 3 Quelquefois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
 - 6 [NSP]
- ... très nerveux ?
 - ... si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
 - ... calme et détendu ?
 - ... triste et abattu ?
 - ... heureux ?

◆ Si score < = 56 au MH5 à poser si actif/étudiant/chômeur

- SM12 Diriez-vous que ces différentes sensations étaient en rapport avec...**
- ★ Poser en Oui/Non - Plusieurs réponses possibles
- 1 ... votre travail ou situation professionnelle (si actif occupé) ?
 - 2 ... votre scolarité (si étudiant) ?
 - 3 ... le chômage (si chômeur) ?
 - 4 ... votre vie personnelle ?
 - 5 ... autre chose ?
 - 6 [NSP]

- SM13 Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel...**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- ... avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou vos activités habituelles ?
 - ... avez-vous fait moins de choses que vous auriez souhaité ?
 - ... pour faire vos activités habituelles avec autant de soins que d'habitude, avez-vous eu des difficultés ?

◆ Si âge < 76 ans

Événements de vie/ violence subie - QP

◆ Si âge ≥ 18 ans

Parlons maintenant de certains événements qui ont pu vous arriver.

- EV1 Avant vos 18 ans...**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]
- ... vos parents ou les personnes qui vous ont élevé(e), ont-ils eu de graves problèmes de santé ?
 - ... l'un de vos parents (ou l'une des personnes qui vous a élevé(e)) est-il décédé ?
 - ... avez-vous connu de graves disputes ou un climat de violence entre vos parents (ou les personnes qui vous ont élevé(e)) ?
 - ... vos parents (ou les personnes qui vous ont élevé(e)) ont-ils divorcé ou se sont-ils séparés ?

- EV2 Au cours de votre vie...**
- 1 Oui

- 2 Non
3 [NSP]
4 [Refus]
- ... avez-vous eu, vous ou votre famille, de graves problèmes d'argent ?
 - ... l'un de vos frères ou sœurs est-il décédé ?
 - ... votre conjoint(e) est-il décédé(e) (filtrer si veuf) ?
 - ... l'un de vos enfants est-il décédé ?
- ◆ *Si un des événements est arrivé*
- EV2a Quel âge aviez-vous quand c'est arrivé (quand c'est arrivé pour la première fois) ?**
- ★ Si « dès la naissance », coder 1 an (sauf pour l'item 3)
★ Si « avant la naissance », coder 0.
- 1 Votre famille a eu de graves problèmes d'argent
 - 2 L'un de vos frères ou sœurs est décédé
 - 3 Votre conjoint(e) est décédé(e) (filtrer si veuf)
 - 4 L'un de vos enfants est décédé
- ◆ *Si veuf*
- EV2b Quel âge aviez-vous quand votre conjoint est décédé ?**
- ★ Si veuf plusieurs fois demander « quand c'est arrivé pour la première fois »
- Nous allons maintenant parler d'événements qui ont pu vous arriver au cours des 12 derniers mois.**
-
- EV3 Ces 12 derniers mois, avez-vous été...**
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
4 [Refus]
- ... victime d'un vol ou d'une tentative de vol ?
 - ... victime de menaces verbales ?
 - ... victime de regards ou de paroles méprisants ou humiliants ?
 - ... frappé(e) ou blessé(e) physiquement par une ou plusieurs personnes, en dehors d'une agression sexuelle (y compris les coups reçus lors de bagarres ou dans un cadre familial) ?
- EV3bs1 Une personne a-t-elle tenté de vous forcer à subir ou à faire des attouchements sexuels ?**
- ◆ *Si Oui*
-
- EV3cs1 Y est-elle parvenue ?**
-
- EV3bs2 Une personne a-t-elle tenté de vous forcer à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?**
- ◆ *Si Oui*
-
- EV3cs2 Y est-elle parvenue ?**
- ◆ *Si victime d'attouchements ou de rapports forcés*
-
- EV4 Qui était la ou les personnes auteur de ces actes/de ces attouchements (si attouchements = oui et rapport forcé = non) (la première fois) ?**
- 1 Votre conjoint ou un ex-conjoint
2 Un membre de votre famille
3 Une personne avec qui vous travaillez ou vous avez travaillé
4 Quelqu'un que vous connaissez/connaissez, ne serait-ce que de vue
5 Un inconnu
6 [Refus]
- ◆ *Si n'a pas déjà déclaré de violences sexuelles*
- Au cours de votre vie (enfance et adolescence incluses)...**
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
4 [Refus]
-
- EV5s1 ... une personne a-t-elle tenté de vous forcer à subir ou à faire des attouchements sexuels ?**
- ◆ *Si Oui*
-
- EV5as1 ... y est-elle parvenue ?**
-
- EV5s2 ... une personne a-t-elle tenté de vous forcer à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?**
- ◆ *Si Oui*
-
- EV5as2 ... y est-elle parvenue ?**
- ◆ *Si l'événement est arrivé (attouchements ou rapports forcés)*
-
- EV6 Qui était la ou les personnes auteur de ces actes/de ces attouchements (si attouchements = oui et rapport forcé = non) (la première fois) ?**
- 1 Votre conjoint ou un ex-conjoint
2 Un membre de votre famille
3 Une personne avec qui vous travaillez ou vous avez travaillé
4 Quelqu'un que vous connaissez/connaissez, ne serait-ce que de vue
5 Un inconnu
6 [Refus]

Sommeil - QP

Si SE2 : « Parlons maintenant de votre sommeil » (car plus longue partie)
Sinon : « changeons de sujet »

S02 **En moyenne, de combien d'heures de sommeil avez-vous besoin généralement pour être en forme le lendemain ?**

S03 **Le plus souvent (hors vacances et week-end), à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ?**

- ★ Si l'enquêté dit « ça dépend », précisez « le plus souvent » – Si besoin relance : « À quelle heure vous endormez-vous ? »
- ★ Si vous avez un doute sur une heure donnée (ex : la personne dit 11 h et demie, demander à l'interviewé de préciser si c'est du matin ou du soir).
- ★ Si ne peut répondre car « horaires de travail alternés », coder 88 heures et 88 minutes
- ★ Si ne peut répondre car « s'endort sans éteindre », relancer par : « À quelle heure vous endormez-vous ? »

S03b **Le plus souvent (hors vacances et week-end), combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?**

- ★ Si l'enquêté dit « ça dépend », précisez « le plus souvent »
- ★ Si la réponse est « quelques secondes » ou « immédiatement », coder 1 minute

S03c **Le plus souvent (hors vacances et week end), à quelle heure vous réveillez vous ?**

- ★ Si l'enquêté dit « ça dépend », précisez « le plus souvent »
- ★ Il s'agit de l'heure à partir de laquelle vous ne vous rendormez plus

Sommeil - SE2

S04 **Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?**

- 1 Très satisfait
- 2 Satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Pas satisfait
- 5 Pas du tout satisfait
- 6 [NSP]

S05 **Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si Oui

S05b **Lesquels ?**

- ★ Ne rien suggérer – Plusieurs réponses possibles
- ★ Relance autant que nécessaire : « Quel autre type de produit avez-vous pris pour vous aider à dormir ? »

◆ Si S03b > 5 min

S06 **Généralement, avez-vous des difficultés pour vous endormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

S07 **Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit avec des difficultés pour vous rendormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

S08 **Vous arrive-t-il de vous réveiller trop tôt le matin sans pouvoir vous rendormir ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

S09 **Généralement, trouvez-vous que votre sommeil est récupérateur, c'est-à-dire qu'il vous permet de récupérer de la fatigue de la journée ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si a au moins un trouble (de S06 à S09)

S010 **Vous avez indiqué au moins un problème de sommeil, cela vous arrive-t-il...**

- ★ Rappel écran des problèmes déclarés
- 1 ... moins de 3 nuits par semaine ?
- 2 ... 3 nuits par semaine ou plus ?
- 3 [NSP]

◆ Si a au moins un trouble (de S06 à S09)

S011 **Avez-vous ces problèmes de sommeil...**

- 1 ... depuis moins d'un mois ?
- 2 ... depuis un mois ou plus ?
- 3 [NSP]

◆ *Si a au moins un trouble qui dure depuis plus d'1 mois ou plus de 3 nuits pas semaine*

S012 Ces problèmes de sommeil ont-ils un impact négatif sur...

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ... vos activités quotidiennes ?
- ... votre travail (si actif) ?
- ... votre scolarité (si étudiant ou apprenti) ?
- ... vos relations avec les autres ?
- ... vos loisirs ?
- ... votre capacité de mémoire ou de concentration ?
- ... votre caractère (irritabilité) ?
- ... votre humeur (tristesse, idées noires) ?

S013 Êtes-vous excessivement somnolent(e) pendant la journée ?

★ Énumérer (« être somnolent : c'est-à-dire être dans un état entre le sommeil et l'éveil »)

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Régulièrement
- 4 Souvent
- 5 [NSP]

Maladie chronique - QP

MC11 Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins six mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers (par exemple : diabète, asthme, etc.) ?

★ Si l'interviewé a une maladie, mais n'est pas sûr qu'il s'agit d'une maladie chronique, coder Oui

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si oui*

MCc1a Laquelle ?

- ★ Liste 232 maladies chroniques Item semi-ouvert
- ★ Ne rien suggérer - Plusieurs réponses possibles
- ★ Si la personne cite « cancer du X », coder « cancer »

Maladie chronique - SE1

MC21 Avez-vous déjà eu un dosage de votre cholestérol ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ *Si oui*

MC22 De quand date le dernier dosage ?

- 1 Moins d'un an
- 2 De 1 an à moins de 2 ans
- 3 De 2 ans à moins de 3 ans
- 4 Il y a plus de 3 ans
- 5 [Refus]
- 6 [NSP]

◆ *Si a déjà eu un dosage*

MC23 Un médecin vous a-t-il (déjà) dit que vous aviez trop de cholestérol dans le sang ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ *Si oui*

MC24 Suivez-vous un régime particulier pour le cholestérol ou les graisses dans le sang ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ *Si oui à MC23*

MC25 Prenez-vous des médicaments pour faire baisser le taux de cholestérol dans le sang ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ *Si a une maladie chronique*

MC26 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé voir pour vous-même...

★ Pour kiné, il s'agit bien du nombre de séances (et non du nombre de cycles).

★ Compter les visites à domicile

- ... un médecin généraliste ?
- ... un pédiatre (si moins de 20 ans) ?
- ... un médecin spécialiste ?
- ... une infirmière ?
- ... un kinésithérapeute (kiné) ou un masseur ?
- ... une diététicienne ?

MC27 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté pour vous-même au moins une fois...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
 - 4 [Refus]
- ... un médecin ou une infirmière de santé scolaire (si étudiant) ?
 - ... un médecin généraliste (si pas de maladie chronique) ?
 - ... un pédiatre (si pas de maladie chronique et si < 20 ans) ?
 - ... un gynécologue (si femme) ?
 - ... un psychologue, un psychiatre, un psychanalyste ou psychothérapeute ?
 - ... un dentiste ?
 - ... un homéopathe ?
 - ... un acupuncteur ou mésothérapeute ?
 - ... un autre médecin spécialiste (si pas de maladie chronique) ?

MC28 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour au moins une nuit ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ Si oui

MC29 Combien de jours avez-vous été hospitalisé au cours des douze derniers mois ?

◆ Si NSP

MC210 Était-ce...

- 1 ... plus de 15 jours ?
- 2 ... moins de 15 jours ?
- 3 [NSP]

MC211 À quand remonte la dernière fois où vous avez consulté un médecin généraliste pour un contrôle de routine, c'est-à-dire en dehors de tout traumatisme, maladie ou problème de santé ?

- ★ Renouvellement de médicament = visite de routine; les visites chez un médecin du travail ne comptent pas
- ★ Énumérer si l'enquêté hésite

- 1 Moins de 1 an
- 2 De 1 an à moins de 2 ans
- 3 De 2 ans à moins de 5 ans
- 4 Il y a plus de 5 ans
- 5 Jamais
- 6 [Je ne sais pas/je ne suis pas sûr(e)]
- 7 [Refus]

MC212 Au cours de votre dernière visite, avez-vous parlé avec votre médecin généraliste de votre consommation d'alcool ?

- 1 Oui
- 3 Non
- 4 [NSP]

◆ Si oui

MC212b Était-ce...

- 1 ... à votre initiative ?
- 2 ... à son initiative ?
- 3 [NSP]

◆ Si a parlé de consommation d'alcool

MC213 A-t-il utilisé un questionnaire pour cela ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si femme enceinte

MC214 Le médecin qui vous suit durant votre grossesse vous a-t-il informée de l'impact éventuel de la consommation d'alcool, du tabac...

- 1 Oui
- 2 Non
- ... sur la grossesse ?
- ... sur votre enfant ?

◆ Si femme enceinte

MC215 Le médecin qui vous suit durant votre grossesse a-t-il essayé d'évaluer vos consommations...

- 1 ... d'alcool ?
- 2 ... de tabac ?
- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Handicap - QP

HA1 Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, dans les activités que les gens font habituellement ?

- 1 Non
- 2 Oui, mais pas fortement
- 3 Oui, fortement
- 4 [Ne veut pas répondre]
- 5 [NSP]

◆ Si limité par un problème de santé ou handicap

HA3 Êtes-vous limité...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [Ne veut pas répondre]
 - 4 [NSP]
- ... par un problème moteur (un problème qui limite vos mouvements) ?
 - ... par des problèmes cardiologiques ou respiratoires ?
 - ... par un problème visuel ?

◆ Si limité par un problème visuel

HA31 Êtes-vous...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [Ne veut pas répondre]
 - 4 [NSP]
- ... non-voyant ?
 - ... malvoyant ? (si pas aveugle)

Handicap - SE1

◆ Si limité par un problème de santé ou handicap

HA32 Êtes-vous limité...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [Ne veut pas répondre]
 - 4 [NSP]
- ... par un problème d'audition (malentendant) ?
 - ... par un problème de mémoire ?
 - ... par des problèmes d'orientation dans le temps et l'espace ?
 - ... par des difficultés d'apprentissage ou de compréhension ?
 - ... par des douleurs ?
 - ... par le fait de se fatiguer rapidement ?
 - ... par un autre problème ? Préciser :

◆ Si oui dans HA3 ou HA32

HA4 Est-ce que ces limitations sont principalement liées à l'avancée en âge ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Refus]
- 4 [NSP]

◆ Si limité par un problème de santé ou handicap

HA5 Auriez-vous des difficultés pour...

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [Refus]
 - 4 [NSP]
- ... sortir du domicile ?
 - ... entendre et comprendre ce qui se dit dans une conversation ?
 - ... effectuer une démarche administrative simple ?
 - ... lire ou reconnaître un visage à quelques mètres avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez (si ni aveugle ni malvoyant) ?
 - ... vous habiller et vous déshabiller seul(e) ?
 - ... vous concentrer plus de 10 minutes ?

◆ Si un oui dans HA3 ou HA32

HA6 Percevez-vous une allocation ou une aide financière en raison d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Ne veut pas répondre]
- 4 [NSP]

◆ Si un oui dans HA3 ou HA32

HA7 Recevez-vous de l'aide d'une personne dans la vie quotidienne, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Ne veut pas répondre]
- 4 [NSP]

HA8 Considérez-vous que vous avez un handicap ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [Refus]
- 4 [NSP]

Alzheimer - SE1 - ssech 2

AL31 Avez-vous ou avez-vous eu, dans votre entourage (famille, amis, voisins), une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

- 1 Oui, une seule
- 2 Oui, plusieurs
- 3 Non
- 4 [NSP]

◆ *Si oui*

AL32 **Avez-vous apporté ou apportez-vous, en raison de sa maladie, une aide à ces/cette personne(s) pour les actes ou tâches de la vie quotidienne ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

★ Si plusieurs personnes : « Parlons de la personne à qui vous apportez ou vous avez apporté le plus d'aide »

◆ *Si oui*

AL33 **À quelle fréquence lui avez-vous apporté ou lui apportez-vous une aide, en raison de sa maladie, pour les actes ou tâches de la vie quotidienne ?**

- 1 Tous les jours
- 2 Plusieurs fois par semaine
- 3 Une fois par semaine
- 4 2 à 4 fois par mois
- 5 Une fois par mois ou moins souvent
- 6 [NSP]

AL34 **Vous sentez-vous/Vous sentiriez-vous mal à l'aise face à une personne dont vous savez qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer ?**

- 1 Oui, très
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, plutôt pas
- 4 Non, pas du tout
- 5 [NSP]

◆ *Si > 17 ans*

AL36 **Si vous aviez des signes évocateurs d'une maladie d'Alzheimer, souhaiteriez-vous connaître votre diagnostic pour savoir si vous êtes ou non atteint de la maladie ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

AL37 **Je vais maintenant vous proposer des opinions sur la maladie d'Alzheimer en général et sur les personnes qui en sont atteintes. Dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

→ *Ordre aléatoire*

- Il est normal de perdre la mémoire en vieillissant

- De plus en plus de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer
- La maladie d'Alzheimer peut avoir des effets dévastateurs sur la famille du malade
- On ne peut rien faire pour éviter d'avoir une maladie d'Alzheimer

AL38 **Avez-vous entendu parler du « Plan Alzheimer » ?**

- 1 Oui et vous savez de quoi il s'agit
- 2 Oui mais vous ne savez pas de quoi il s'agit
- 3 Non
- 4 [NSP/Refus]

Accidents - SE1

Changeons de sujet.

AC1 **Au cours des 12 derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?**

◆ *Si au moins un accident*

AC2 **Et combien au cours des 3 derniers mois ?**

◆ *Si au moins un accident*

AC3 **Pour cet accident/Parmi ces accidents, au cours des 12 derniers mois, était-ce...**

★ Si plusieurs accidents : « Il faut étudier les accidents du plus ancien au plus récent »

★ Si 2 accidents : « Pour le premier/dernier était-ce... ? »

★ Si 3 accidents : « Pour le premier/second/dernier, était-ce... »

★ ÉNUMÉRER - Plusieurs réponses possibles

- 1 ... un accident de travail
- 2 ... un accident de la circulation
- 3 ... un accident de sport
- 4 ... un autre type d'accident
- 5 [NSP]

◆ *Si dernier accident différent de sport et travail*

AC4 **Cet accident/Le dernier accident, était-ce...**

★ ÉNUMÉRER

- 1 ... un accident de vélo ?
- 2 ... un accident de voiture ?
- 3 ... un accident de moto, mobylette, scooter ?
- 4 ... un accident de roller/patins à roulettes/skateboard/trottinette ?
- 5 ... un accident de bricolage ? (si autre type d'accident)

- 6 ... un accident de jardinage ? (si autre type d'accident)
- 7 ... lors d'une activité ménagère ? (si autre type d'accident)
- 8 ... lors d'une autre activité ? Préciser :
- 9 [Bagarre/Agression]
- 10 [Accident cardiaque/accident vasculaire]
- 11 [NSP]
- ◆ Si dernier accident de sport
- AC5 C'était en pratiquant quel sport ?**
Préciser :
- ◆ Si dernier accident de sport
- AC6 Était-ce...**
- 1 ... lors d'une pratique en groupe organisé ou club avec un encadrant ?
- 2 ... lors d'une pratique libre, informelle (y compris des amis) ?
- 3 [NSP]
- ◆ Si dernier accident différent de Bagarre/Accident cardiaque
- AC7 Pour cet accident/le dernier accident, comment vous êtes-vous blessé ?**
- 1 Vous êtes tombé ?
- 2 Vous avez reçu un choc (un coup, une collision, déformation lors d'un effort, un écrasement...)?
- 3 Vous avez eu une coupure/piqûre/morsure/pénétration d'un corps étranger dans le corps ?
- 4 Vous vous êtes-vous blessé autrement (préciser) ?
- 5 [NSP]
- ◆ Si autre
- AC7b Pour cet accident/le dernier accident, comment vous êtes-vous blessé autrement, était-ce... ?**
- 1 ... une brûlure ?
- 2 ... une intoxication ?
- 3 ... un étouffement ?
- 4 ... une noyade ?
- 5 ... une explosion ?
- 6 ... autrement ? Préciser :
- ◆ Si dernier accident différent de Bagarre/Accident cardiaque
- AC8 Où a eu lieu cet accident/le dernier accident ?**
- ★ Énumérer – Une seule réponse possible
- 1 À l'intérieur de votre domicile (incluant logement, garage, jardin, cave, grenier, etc.)
- 2 À l'école, lycée, université, dans un lieu d'enseignement (y compris les infrastructures sportives de l'établissement) (si étudiant)
- 3 Sur votre lieu de travail (si actif ou chômeur)
- 4 Sur un terrain de sport ou installation sportive (même en tant que spectateur)
- 5 Dans un lieu public et de loisir (parcs, magasin, musée, hôtel, gare, camping...)
- 6 Dans la rue, sur la route (trottoir, parking), voie publique
- 7 Dans un autre lieu extérieur à votre domicile (préciser)
- 8 [NSP]
- 9 [Dans la nature (Plage, Mer, Montagne, Forêt, Bois)]
- ◆ Si autre
- Préciser autre lieu :**
- ◆ Si dernier accident différent de Bagarre/Accident cardiaque
- AC9 Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident/le dernier accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ?**
- ★ Énumérer
- 1 Oui, sévèrement limité
- 2 Oui, assez limité
- 3 Non, pas du tout
- 4 [NSP]
- AC10 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait...**
- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ... de la moto, de la mobylette ou du scooter ?
- ... du vélo ? (si vélo d'appartement, ne pas prendre en compte)
- ... du roller, du patin à roulettes, du skate, de la trottinette ? (si < 66 ans)
- ◆ Si oui à une des activités
- AC11 La dernière fois, avez-vous porté un casque ?**
- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP/ne veut pas dire]
- ◆ Si âge > 55 ans
- AC12 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?**
- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- ◆ Si oui
- AC13 Combien de fois environ ?**

◆ Si oui

AC14 **Avez-vous consulté un médecin suite à votre chute ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si âge > 55 ans et est tombé

AC15 **Avez-vous dû limiter vos déplacements ou vos activités quotidiennes par peur de retomber ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si âge > 55 ans

AC16 **Souffrez-vous de troubles de l'équilibre, de vertiges ou d'instabilité lorsque vous êtes debout ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

AC17 **Combien de fois par semaine, par mois ou par an pratiquez-vous du sport ?**

★ Si sport saisonnier, relance : « Lorsque vous faites du sport, combien de fois par semaine, par mois, par an pratiquez-vous du sport ? »

Réponses par semaine, mois et année

[Aucune pratique]
[NSP]

AC18 **Savez-vous nager ?**

★ Si l'enquêté hésite, préciser : « il s'agit de nager sans bouée, sans aide »

- 1 Non
- 2 Oui, suffisamment pour nager seul environ 10 mètres
- 3 Oui, suffisamment pour nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes
- 4 [NSP/Je n'ai jamais essayé]

Douleur - SE3 - ssech 1

D01 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur physique difficile à supporter ?**

★ Il s'agit de douleur physique et non morale

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si oui

D02 **La dernière fois que vous avez eu mal, s'agissait-il d'une douleur chronique, c'est-à-dire une douleur persistante ou récurrente ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si douleur non chronique

D03 **La dernière fois, les traitements ont-ils permis de contrôler suffisamment cette douleur ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [N'a pas de traitement]

◆ Si D01 = 1 et (D02 = 2 ou 3) et D03 = 1

D04 **La dernière fois, la douleur vous a-t-elle empêchée de mener vos activités habituelles ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ Si D01 = 1

D05 **La dernière fois que vous avez eu mal, où étiez-vous ?**

★ Attention si la douleur a donné lieu à une hospitalisation, indiquer le lieu d'origine et non l'hôpital.

- 1 Chez vous ou chez des proches (famille, amis...)
- 2 Dans la rue ou dans un lieu public
- 3 Sur votre lieu de travail (si actif)
- 4 À l'hôpital
- 5 Au lycée, à la fac (si étudiant)
- 6 Autre
- 7 [NSP]

◆ Si D01 = 1 et si D05 = (1,2,3,5,6)

D06 **La dernière fois que vous avez eu mal...**

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- Avez-vous attendu que cela passe ?
 - Avez-vous essayé de vous soigner vous-même ?
 - Êtes-vous allé consulter ?
 - Avez-vous été hospitalisé ?

◆ Si D01 = 1 et si (D05 = 4 ou D06s3 = 1 ou D06s4 = 1)

D07 **Avez-vous été très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout satisfait du traitement reçu pour soulager cette douleur ?**

- 1 Très

- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 [NSP]

Caractéristiques - QP

Pour terminer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général.

Profession interviewé

- ◆ Si âge > 16
- ◆ Si retraité/préretraité/chômeur/femme homme au foyer/inactif avec pension d'invalidité/étudiant/autre situation
- ◆ Si étudiant ne travaillant que pendant les vacances scolaires, ne pas poser

RS_Prof0 **Avez-vous déjà travaillé, même s'il y a longtemps (si étudiant : hors emploi d'été et emploi saisonnier) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

- ◆ Si actif (y compris apprenti sous contrat) ou si a déjà travaillé

RS_Prof1 **Quel est (était) l'intitulé de votre dernière pour retraité) profession ?**

- ★ Si plusieurs professions prendre celle qui prend le plus de temps

- ◆ Si actif (y compris apprenti sous contrat) ou si a déjà travaillé

RS_Prof2 **Êtes-vous (étiez-vous)...**

- 1 ... à votre compte, PDG, patron, gérant de société
- 2 ... salarié

- ◆ Si à votre compte

RS_Prof3 **Combien de salariés sont actuellement (étaient) employés à temps complet dans votre entreprise ?**

- ★ Si déclare travailler tout seul, coder 0
- ★ Sans compter le personnel domestique et les aides familiaux

- ◆ Si salarié

RS_Prof4 **Êtes-vous (étiez-vous) salarié...**

- 1 ... de l'état ou d'une collectivité locale ?
- 2 ... d'une entreprise publique ?

- 3 ... d'une entreprise privée ?
- 4 Autre (association...)

- ◆ Si salarié

RS_Prof7 **Quelle est (était) votre qualification, votre statut ?**

- 1 Cadre
- 2 Technicien
- 3 Contremaitre, agent de maîtrise
- 4 Employé, personnel de service
- 5 Ouvrier qualifié
- 6 Ouvrier non qualifié
- 7 Catégorie A de la fonction publique/État
- 8 Catégorie B de la fonction publique/État
- 9 Catégorie C de la fonction publique/État
- 10 Autre. Préciser :
- 11 [Aucune]

NON POSÉE À CODE CSP **Interviewé(e)**
final : codif en 42 POSTES (attention les agriculteurs sont codés en 10, 11 ou 12)

- ◆ Si actif (y compris apprenti sous contrat)

RS_Prof8 **Dans quel secteur d'activité exercez-vous ?**

Profession chef de famille

- ◆ Si l'interviewé n'est pas le chef de famille ou s'il l'est et âgé de moins de 30 ans ET étudiant ou n'a jamais travaillé

RS_ProfC **Quelle est actuellement la situation professionnelle du chef de famille ?**

- ★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête
- ★ Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps

- 1 Actif travaillant actuellement
- 2 Actif en congé maladie de 6 mois à 3 ans (si < 65 ans)
- 3 Actif en congé maternité (si femme < 54 ans et > 17 ans)
- 4 Actif en congé parental (si < 65 ans)
- 5 Actif en congé de formation (si < 65 ans)
- 6 Apprenti(e) sous contrat ou en stage rémunéré (si < 65 ans)
- 7 Retraité(e) (si > 40 ans)
- 8 Préretraité(e) (si > 40 ans)
- 9 Chômeur (inscrit(e) ou non à l'ANPE) (si < 65 ans)
- 10 Femme ou homme au foyer
- 11 Inactif avec pension d'invalidité
- 12 Étudiant(e), élève, en formation ou en stage non rémunéré (si < 65 ans)
- 14 Autre situation (congés longue durée...)
- 15 [NSP]
- 16 [Refus]

◆ *Si retraité/préretraité/chômeur/femme homme au foyer/inactif /étudiant /autre*

RS_Profc0 Le chef de famille a t-il déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*

RS_Profc1 Quel est (était) l'intitulé de sa profession ?

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*

RS_Profc2 Est-il (était-il)...

- 1 ... à son compte, PDG, patron, gérant de société ?
- 2 ... salarié ?

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé à son compte*

RS_Profc3 Combien de salariés sont actuellement (étaient) employés à temps complet dans son entreprise ?

- ★ Sans compter le personnel domestique et les aides familiaux
- ★ Si déclare travailler tout seul, coder 0

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé salarié*

RS_Profc4 Est-il (était-il) salarié...

- 1 ... de l'État ou d'une collectivité locale ?
- 2 ... d'une entreprise publique ?
- 3 ... d'une entreprise privée ?
- 4 Autre (association...)?

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé salarié*

RS_Profc7 Quelle est (était) sa qualification, son statut ?

- 1 Cadre
- 2 Technicien
- 3 Contremaître, agent de maîtrise
- 4 Employé, personnel de service
- 5 Ouvrier qualifié
- 6 Ouvrier non qualifié
- 7 Catégorie A de la fonction publique/État
- 8 Catégorie B de la fonction publique/État
- 9 Catégorie C de la fonction publique/État
- 10 Autre. Préciser :
- 11 [Aucune]

RS_ca1 Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

★ Ne pas énumérer - Citer les items si nécessaire

- 1 Aucun diplôme
- 2 Certificat d'études : primaire
- 3 CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

- 4 Brevet des collèges, BEPC
- 5 BEP : Brevet d'Enseignement Professionnel
- 6 Baccalauréat d'Enseignement Technique
- 7 Baccalauréat d'Enseignement Professionnel
- 8 Baccalauréat d'Enseignement Général
- 9 Bac + 2 (DEUG, DUT, BTS)
- 10 Bac + 3 (Licence (1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 11 Bac + 4 (maîtrise, master1 (dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur))
- 12 Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur : DEA, DESS, master2, MBA, doctorat...)
- 13 Diplôme d'une grande école
- 14 Autre diplôme. Préciser :
- 15 [NSP]

Revenus

Parlons maintenant de la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfiques (bénéfiques industriels commerciaux (BIC), bénéfiques non commerciaux (BNC), bénéfiques agricoles (BA))

REVI Cette somme est-elle inférieure ou supérieure à 1500 euros (10 000 F) par mois ?

- 1 Inférieure
- 2 Supérieure
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]
- 5 [A répondu en Francs]
- 6 [Indique la somme exacte des revenus]

◆ *Si inférieure à 1500 euros par mois*

REV2 Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

- 1 Moins de 230 euros/mois
- 2 De 230 à moins de 380 euros/mois
- 3 De 380 à moins de 600 euros/mois
- 4 De 600 à moins de 1000 euros/mois
- 5 De 1000 à moins de 1200 euros/mois
- 6 De 1200 à moins de 1500 euros/mois

◆ *Si supérieure à 1500 euros par mois*

REV3 Dans quelle tranche se situe-t-elle ?

- 1 De 1500 à moins de 2 000 euros/mois
- 2 De 2 000 à moins de 2 400 euros/mois
- 3 De 2 400 à moins de 3 000 euros/mois
- 4 De 3 000 à moins de 4 500 euros/mois
- 5 De 4 500 à moins de 7 600 euros/mois
- 6 Plus de 7 600 euros/mois

Précarité

◆ Si âge > 24 ans

RS_PREC1 **Pensez-vous que depuis 5 ans, les revenus de votre foyer...**

- 1 ... ont beaucoup augmenté ?
- 2 ... ont un peu augmenté ?
- 3 ... n'ont pas changé ?
- 4 ... ont un peu diminué ?
- 5 ... ont beaucoup diminué ?
- 6 [NSP]

RS_PREC2 **Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/famille, financièrement...**

★ Mettre un temps d'arrêt après chaque item

- 1 ... vous êtes à l'aise ?
- 2 ... ça va ?
- 3 ... c'est juste ?
- 4 ... vous y arrivez difficilement ?
- 5 ... vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation) ?
- 6 [NSP]
- 7 [Refus]

RS_PREC3 **Vous arrive-t-il de ne pas avoir assez à manger ?**

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Jamais
- 4 [NSP]
- 5 [Refus]

RS_PREC4 **Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins de santé, pour des raisons financières ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Religion

RS_REL1 **Avez-vous une religion ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
- 4 [Refus]

◆ Si a une religion

RS_REL2 **Laquelle ?**

- ★ Ne rien suggérer - Une seule réponse
- Si NSP : ne pas relancer
- 1 Chrétienne (catholique/protestante/orthodoxe)

- 2 Musulmane (chiite/sunnite)
- 3 Juive
- 4 Autre religion
- 5 [NSP]
- 6 [Refus]

◆ Si a une religion

RS_REL3 **Est-ce que la religion dans votre vie est...**

- 1 ... très importante ?
- 2 ... assez importante ?
- 3 ... pas très importante ?
- 4 ... ou pas importante du tout ?
- 5 [NSP]

Pays

RS_PAY1 **Quel est votre pays de naissance ?**

★ Énumérer

- 1 France métropolitaine
- 2 DOM/TOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane...)
- 3 Pays étranger
- 4 [Ne veut pas dire]
- 5 [NSP]

◆ Si pays étranger

Rs_lieu_naissance **Dans quel pays êtes-vous né ?**

★ Liste 282 pays

◆ Si né dans un pays étranger ou DOM/TOM

RS_PAY4 **À quel âge êtes-vous arrivé(e) en France métropolitaine ?**

★ Possibilité d'indiquer un âge ou une année, NSP et refus

RS_PAY5 **Quelle est votre nationalité ?**

★ Énumérer

★ Si double nationalité, coder uniquement la nationalité française en précisant « de naissance » ou « par acquisition ».

- 1 Française de naissance
- 2 Française par acquisition
- 3 Étrangère
- 4 [Ne veut pas dire]

RS_PAY6 **Quelle est la nationalité de votre père ?**

★ Il s'agit de la nationalité actuelle ou à son décès

★ Il s'agit de la nationalité actuelle. Si son père est décédé, dire : « quelle était sa nationalité avant de décéder ? »

- 1 Française de naissance
- 2 Française par acquisition/réintégration
- 3 Étrangère

- 4 [Ne veut pas dire]
- 5 [NSP]
- 6 [N'a pas connu son père]

◆ *Si père étranger ou français par acquisition*

Rs_lieu_naissance_pere Quelle est la nationalité (de naissance si RS_PAY6 = 2) de votre père ?

★ Liste 282 pays

RS_PAY8 Quelle est la nationalité de votre mère ?

★ Si sa mère est décédée, dire : « quelle était sa nationalité avant de décéder ? »

- 1 Française de naissance
- 2 Française par acquisition/réintégration
- 3 Étrangère
- 4 [Ne veut pas dire]
- 5 [NSP]
- 6 [N'a pas connu sa mère]

◆ *Si mère étrangère ou française par acquisition/réintégration*

Rs_lieu_naissance_mere Quelle est la nationalité (de naissance si RS_PAY8 = 2) de votre mère ?

★ Liste 282 pays

SIT15a Bénéficiez-vous de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si n'a pas la CMU*

SIT15 Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ou d'une autre couverture maladie, que ce soit en tant que bénéficiaire ou ayant droit ?

★ Si nécessaire, préciser : « Par couverture maladie, on entend la sécurité sociale quel que soit le régime »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si n'a pas la CMU, et si étranger*

SIT15b Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale d'État (AME) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si a une couverture maladie ou la CMU*

SIT16 Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?

★ citer

★ Relance : « bénéficiez-vous d'une mutuelle par exemple ? »

- 1 Oui, par la CMU (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
- 2 Oui, par une mutuelle ou une assurance privée
- 3 Non
- 4 [Oui, mais je ne sais pas laquelle]
- 5 [NSP]

Équipement téléphonique

◆ *Si ligne fixe*

Rs_nbtelfix Pour terminer, de combien de numéros de téléphone fixes, dispose-t-on dans votre foyer pour recevoir des appels ?

★ Relance si nécessaire. « On entend par ligne de téléphone fixe les lignes des abonnés France Télécom et les lignes de téléphonie fixe illimitée du type Freebox, Livebox... que vous utilisez pour recevoir des appels »

★ En excluant les numéros exclusivement dédiés aux fax et modems

◆ *Si au moins 2 numéros de ligne fixe*

Rs_nbtelcl Parmi vos XXX numéros de téléphones fixes, combien commencent par 01, 02, 03, 04 ou 05 ?

◆ *Si Ligne Fixe*

int_typfig Êtes-vous sur liste rouge ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si mobile exclusif*

Rs_nbtelmob Pour terminer, de combien de numéros de téléphone mobiles dispose-t-on dans votre foyer ? Il s'agit bien de l'ensemble des numéros en 06 du foyer, y compris les numéros professionnels

★ Relance si nécessaire : « Il faut compter les lignes téléphoniques en 06 et pas le nombre de téléphones portables »

◆ *Si refus sur la commune de résidence et si département pas dans agglomération parisienne*

GE08 Résidez-vous dans l'agglomération parisienne ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ *Si refus commune*

GE09 Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous résidez ?

★ Citer – relancer par « même approximativement ? »

- 1 Moins de 2 000 habitants
- 2 De 2 000 à 20 000 habitants
- 3 De 20 000 à 100 000 habitants
- 4 Plus de 100 000 habitants
- 5 [NSP]

Au revoir

F11 Étiez-vous seul(e) dans la pièce pour répondre à ce questionnaire ?

★ Ne pas prendre en compte la présence d'un nourrisson

- 1 Oui
- 2 Non

Notre entretien est terminé.

Au nom de l'Inpes, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude.

Je vous souhaite une bonne soirée.

(Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de l'Inpes, je vous invite à aller consulter le site internet www.inpes.sante.fr)

(Si vous souhaitez avoir les résultats des enquêtes précédentes, je vous invite à aller consulter le site internet www.inpes.sante.fr/bs2010 où vous trouverez des liens vers des chapitres de rapports déjà publiés)

Liste des tableaux et des figures

La santé des jeunes au cœur des enjeux stratégiques de santé publique

21 **Tableau I** : Effectifs régionaux du Baromètre santé 2010

Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010

34 **Tableau I** : Équipement téléphonique et échantillonnage

39 **Tableau II** : Structuration de l'échantillon du Baromètre santé 2010

40 **Tableau III** : Structure de l'échantillon

42 **Tableau IV** : Description des bases de sondage du Baromètre santé 2010

43 **Tableau V** : Caractéristiques des différents échantillons

46 **Tableau VI** : Comparaisons entre les marges obtenues et les marges de référence

48 **Tableau VII** : Facteurs associés aux ivresses régulières parmi les étudiants

30 **Figure 1** : Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe

31 **Figure 2** : Taux d'équipement des ménages en téléphones portables

31 **Figure 3** : Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable (en pourcentage)

33 **Figure 4** : Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage

Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé

57 **Tableau I** : Évolution des pourcentages de personnes âgées de 15 à 30 ans déclarant se sentir « bien » ou « très bien » informées sur différents risques ou maladies entre 2000 et 2010, et comparaison avec les 31-75 ans (en pourcentage)

58 **Tableau II** : Comparaison de la proportion de personnes âgées de 15 à 30 ans déclarant se sentir « bien » ou « très bien » informées sur différents risques ou maladies selon le sexe, en 2010 (en pourcentage)

- 59 **Tableau III** : Évolution des pourcentages de personnes âgées de 15 à 75 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes différents risques ou maladies entre 2000 et 2010, et comparaison avec les 31-75 ans (en pourcentage)
- 60 **Tableau IV** : Facteurs associés au sentiment d'être mal informé (quartile le moins informé sur le score de cumul des différents thèmes évoqués) parmi les personnes âgées de 15 à 30 ans, en 2010
- 61 **Tableau V** : Facteurs associés à l'expression d'un nombre élevé de craintes (quartile présentant le plus de craintes sur le score de cumul des différents thèmes évoqués) parmi les personnes âgées de 15 à 30 ans, en 2010

Le tabagisme chez les jeunes de 15-30 ans

- 73 **Tableau I** : Facteurs associés au tabagisme régulier en 2000, 2005 et 2010 parmi les 15-30 ans
- 73 **Tableau II** : Distribution des âges d'expérimentation du tabac parmi les 15-25 ans, en 2005 et 2010, parmi ceux qui l'ont expérimenté au cours des cinq dernières années (en pourcentage cumulé)
- 71 **Figure 1** : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-75 ans (en pourcentage)
- 71 **Figure 2** : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans (en pourcentage)
- 74 **Figure 3** : Prévalence tabagique des 20-25 ans parmi les jeunes ayant déjà fumé une cigarette, selon l'âge d'initiation (en pourcentage)
- 76 **Figure 4** : Crainte des maladies liées au tabac selon le statut tabagique parmi les 15-30 ans (en pourcentage)
- 77 **Figure 5** : Exposition au tabagisme passif au domicile par âge parmi les fumeurs de 15-75 ans (en pourcentage)
- 77 **Figure 6** : Exposition au tabagisme passif au domicile par âge parmi les non-fumeurs de 15-75 ans (en pourcentage)
- 79 **Figure 7** : Part des fumeurs parmi les 15-30 ans en 2005 et en 2010 par région par rapport à la prévalence dans la France entière
- 79 **Figure 8** : Part de fumeurs de chicha parmi les 15-30 ans par région par rapport à la prévalence dans la France entière

Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans

- 94 **Tableau I** : Description des comportements d'alcoolisation dans l'année des 15-30 ans, en 2005 et 2010, par sexe et classe d'âge (en pourcentage)
- 94 **Tableau II** : Évolution des ivresses et des API de 2000 à 2011, parmi les jeunes selon l'âge (en pourcentage)
- 95 **Tableau III** : Évolution des sex-ratios entre 2005 et 2010 selon les classes d'âge des 15-30 ans
- 96 **Tableau IV** : Évolution des consommations d'alcool parmi les 18-30 ans selon le statut d'activité, entre 2005 et 2010 (en pourcentage)
- 97 **Tableau V** : Résultats issus de quatre régressions logistiques ayant pour variable dépendante la consommation à risque ponctuel et celle à risque chronique ou de dépendance, selon le sexe, le revenu et le statut d'activité parmi les 18-30 ans
- 98 **Tableau VI** : Comparaison de la distribution des âges de première ivresse survenue entre les périodes 2000-2005 et 2005-2010, parmi les 15-25 ans (en pourcentage cumulé)
- 100 **Tableau VII** : Risques liés à l'alcool selon les jeunes de 16 ans, par sexe en 2011, et en 2007 (en pourcentage)
- 101 **Tableau VIII** : Accessibilité des différentes boissons alcoolisées (« très ou assez facile ») selon les jeunes de 16 ans, par sexe en 2011, et en 2007 (en pourcentage)
- 89 **Figure 1** : Évolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des API selon l'âge en 2010 (en pourcentage)

- 91 **Figure 2** : Consommations à risque ponctuel et à risque chronique ou de dépendance, selon l'Audit-C, selon l'âge en 2010 (en pourcentage)
- 91 **Figure 3** : Évolution de la consommation hebdomadaire d'alcool par type d'alcool, par sexe et par âge (en pourcentage)
- 92 **Figure 4** : Évolution des consommations hebdomadaires des différents types d'alcool en 2010, selon l'âge (en pourcentage)
- 99 **Figure 5** : Évolution entre 2005 et 2010 de la distribution des âges de première ivresse parmi les 15-25 ans ayant expérimenté l'ivresse dans les 5 ans précédant l'enquête (en pourcentage cumulé)
- 102 **Figure 6** : Comparaisons régionales de la consommation hebdomadaire d'alcool et des ivresses répétées parmi les 15-30 ans en 2010
- 103 **Figure 7** : Comparaisons régionales de la consommation hebdomadaire de vin, de bière et d'alcools forts, parmi les 15-30 ans
- 104 **Figure 8** : Comparaisons européennes de la consommation de la part des jeunes de 16 ans ayant connu au moins une API lors du mois précédant l'enquête en 2011
- Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans**
- 117 **Tableau I** : Niveaux de consommation du cannabis en 2010 : comparaison entre les 15-30 ans et les 31-64 ans et comparaison entre hommes et femmes parmi les 15-30 ans (en pourcentage)
- 118 **Tableau II** : Évolution des usages de cannabis chez les 15-30 ans de 2000 à 2010, par sexe (en pourcentage)
- 119 **Tableau III** : Facteurs associés à l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans en 2010, dans l'ensemble et par sexe
- 121 **Tableau IV** : Facteurs associés à l'usage régulier de cannabis, chez les 15-30 ans en 2010 dans l'ensemble et par sexe
- 121 **Tableau V** : Évolution de la proportion d'usagers de cannabis chez les 15-30 ans, selon la fréquence d'usage et la situation professionnelle en 2000, 2005 et 2010 (en pourcentage)
- 122 **Tableau VI** : Évolution des odds-ratios associés à la situation professionnelle chez les 15-30 ans en 2000, 2005 et 2010
- 122 **Tableau VII** : Distribution des âges d'expérimentation du cannabis parmi les 15-25 ans, sur les périodes 2000-2005 et 2005-2010 (pourcentages cumulés)
- 127 **Tableau VIII** : Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis en 2010 par sexe et par âge parmi les 15-30 ans, comparaison avec les 31-64 ans (en pourcentage)
- 127 **Tableau IX** : Usage actuel de drogues illicites autres que le cannabis en 2010 par sexe et par âge parmi les 15-30 ans, comparaison avec les 31-64 ans (en pourcentage)
- 129 **Tableau X** : Évolution des niveaux d'expérimentation et d'usage actuel de drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-30 ans de 2005 à 2010, dans l'ensemble et par sexe (en pourcentage)
- 132 **Tableau XI** : Âge moyen d'initiation aux drogues illicites autres que le cannabis en 2010 parmi les 15-30 ans, par sexe (en année)
- 135 **Tableau XII** : Évolutions des usages de cannabis de 2000 à 2011 parmi les adolescents de 15-17 ans, selon l'âge (en pourcentage)
- 136 **Tableau XIII** : Perception de l'accessibilité du cannabis à 16 ans entre 1999 et 2011 (en pourcentage)
- 139 **Tableau XIV** : Risques perçus liés à la consommation de cannabis à 16 ans en 2011 et 2007, par sexe en 2011 (en pourcentage)
- 117 **Figure 1** : Usage de cannabis chez les 15-30 ans en 2010 selon l'âge et le sexe (en pourcentage)
- 118 **Figure 2** : Évolution de l'expérimentation et de l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans de 1992 à 2010, par sexe (en pourcentage)

- 123 **Figure 3** : Usage de cannabis selon l'âge d'initiation parmi les 20-25 ans l'ayant expérimenté avant 20 ans
- 124 **Figure 4** : Évolutions de l'expérimentation de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)
- 125 **Figure 5** : Évolutions de l'usage actuel de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)
- 126 **Figure 6** : Évolutions de l'usage récent de cannabis chez les 15-30 ans entre 2005 et 2010, par région (en pourcentage)
- 129 **Figure 7** : Évolution de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-30 ans de 1992 à 2010 (en pourcentage)
- 130 **Figure 8** : Comparaisons régionales des expérimentations de poppers, de champignons hallucinogènes, de cocaïne et d'ecstasy parmi les 15-30 ans en 2010 (en pourcentage)
- 133 **Figure 9** : Polyconsommation régulière tabac/alcool/cannabis en 2010 parmi les 15-64 ans, selon l'âge
- 138 **Figure 10** : Comparaison européenne de la part des adolescents de 16 ans qui ont consommé au moins une fois du cannabis lors du mois précédant l'enquête en 2011

Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans

- 147 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de déclarer ne pas utiliser systématiquement un moyen pour éviter une grossesse par les femmes de 15 à 29 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et concernées par un risque de grossesse non prévue en 2010 (n = 1 427)
- 148 **Tableau II** : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 29 ans par tranche d'âge en 2010, comparaison avec 2005 et 2000 (en pourcentage)
- 149 **Tableau III** : Facteurs associés au fait de déclarer utiliser un « nouveau » moyen de contraception parmi les femmes de 15 à 29 ans en 2010 (n = 1 344)
- 150 **Tableau IV** : Recours à la contraception d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête parmi les femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois selon l'âge, en 2010 et en 2005 (en pourcentage)
- 151 **Tableau V** : Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes sexuellement actives en 2010 (n = 2 234)

Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans

- 160 **Tableau I** : Codage des thèmes de santé recherchés sur Internet
- 162 **Tableau II** : Raisons de non-utilisation d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15 à 75 ans, en 2010 (en pourcentage)
- 163 **Tableau III** : Facteurs associés à l'usage d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15-30 ans en 2010. Résultats d'une régression logistique (odds-ratios ajustés (ORa) et intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %))
- 164 **Tableau IV** : Contexte et conséquences des recherches d'informations de santé sur Internet parmi les internautes santé, selon les classes d'âge de 15 à 75 ans, en 2010 (en pourcentage)
- 165 **Tableau V** : Usage et conséquences d'Internet pour la santé parmi les 15-75 ans par classe d'âge, en 2010 (en pourcentage)
- 166 **Tableau VI** : Facteurs associés au contexte et conséquences de l'usage d'Internet pour la santé parmi les internautes de 15-30 ans, en 2010. Résultats d'une régression logistique (odds-ratios ajustés (ORa) et intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %))
- 167 **Tableau VII** : Conséquences de la recherche d'informations santé sur Internet selon le niveau de confiance accordé parmi les 15-30 ans, en 2010 (en pourcentage)

- 162 **Figure 1** : Évolution des usages d'Internet et d'Internet pour la santé parmi les internautes, selon l'âge
- 165 **Figure 2** : Distribution des thèmes de santé recherchés par les internautes santé de 15-30 ans et de 31-85 ans, en 2010 (en pourcentage)
- Santé et consommation de soins des 15-30 ans**
- 176 **Tableau I** : Facteurs de santé associés à une mauvaise perception de sa santé chez les 15-30 ans en 2010 : régression logistique ajustée suivant le sexe et l'âge (n = 1 998 observations)
- 179 **Tableau II** : Consultation d'un médecin généraliste (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois chez les 15-30 ans selon les variables sociodémographiques, en 2010 (n = 2 013 observations)
- 180 **Tableau III** : État ou comportements de santé associés au recours au médecin généraliste dans les 12 derniers mois chez les 15-30 ans, en 2010 (régressions logistiques ajustées sur l'âge en continu)
- 182 **Tableau IV** : Consultation d'un chirurgien dentiste (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois par 15-30 ans selon des variables sociodémographiques, en 2010 (n = 2 012 observations)
- 183 **Tableau V** : Régression logistique sur la variable renoncements aux soins pour raison financière dans les 12 derniers mois chez les 15-30 ans, en 2010
- 185 **Tableau VI** : Consultation d'un gynécologue (au moins une fois) au cours des douze derniers mois, selon certaines variables sociodémographiques et de santé, en 2010 (n = 1 058 observations)
- 187 **Tableau VII** : Consultation d'un professionnel de santé mentale (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois en 2010, selon les variables sociodémographiques et différentes caractéristiques personnelles (n = 2 013 observations)
- 177 **Figure 1** : Scores de qualité de vie de Duke chez les jeunes de 15-30 ans selon le sexe, en 2010
- 178 **Figure 2** : Consultations de professionnels de santé chez les 15-30 ans au cours des 12 derniers mois suivant le sexe, en 2010 (en pourcentage)
- 179 **Figure 3** : Fréquence du recours au médecin généraliste chez les 15-30 ans selon l'âge et le sexe, en 2010 (en pourcentage)
- 183 **Figure 4** : Proportion de jeunes de 15-30 ans déclarant avoir consulté au moins une fois dans l'année un dentiste selon l'âge, en 2010 (en pourcentage)
- 184 **Figure 5** : Professionnel consulté par les femmes de 15-30 ans lors de leur dernière visite pour motif de contraception ou gynécologique selon l'âge, en 2010 (base des femmes ayant consulté un médecin pour ce motif, n = 1 006)
- 186 **Figure 6** : Proportion de jeunes de 15-30 ans ayant connu une hospitalisation dans l'année en 2010, suivant l'âge et le sexe (en pourcentage)
- 188 **Figure 7** : Proportion de personnes de 15 à 75 ans ayant consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois en 2010, selon l'âge (en pourcentage)
- 189 **Figure 8** : Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans en 2010, en fonction du sexe et de l'âge (en pourcentage)
- 190 **Figure 9** : Recours à des professionnels de santé chez les personnes de 15-30 ans ayant déclaré une période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie pendant au moins 15 jours, pratiquement tous les jours et toute la journée, suivant la gravité des troubles, en 2010 (en pourcentage)
- 191 **Figure 10** : Recours à des structures de santé chez les personnes de 15-30 ans ayant déclaré une période de tristesse, de déprime ou d'anhédonie pendant au moins 15 jours, pratiquement tous les jours et toute la journée, suivant la gravité des troubles en 2010 (en pourcentage)

191 **Figure 11** : Proportion de personnes de 15-30 ans ayant consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois en 2010, selon l'intensité des troubles dépressifs (en pourcentage)

L'alimentation des 12-30 ans

206 **Tableau I** : Facteurs associés au nombre de prises de fruits ou de légumes et au fait d'en avoir mangé au moins cinq la veille de l'interview parmi les 12-30 ans en 2008

211 **Tableau II** : Évolution de 2002 à 2008, chez les 12-17 ans, du pourcentage de consommateurs, la veille de l'interview, des différents groupes alimentaires recommandés, par sexe

204 **Figure 1** : Nombre moyen de prises, la veille de l'interview, des différents groupes d'aliments et boissons parmi les 12-75 ans en 2008, selon l'âge

205 **Figure 2** : Connaissance des repères du PNNS chez les 12-75 ans en 2008, selon l'âge (en pourcentage)

209 **Figure 3** : Nombre de repas pris la veille parmi les 12-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)

209 **Figure 4** : Pourcentage de personnes de 12 à 75 ans ayant sauté un repas la veille de l'interview selon l'âge et selon le repas, en 2008

210 **Figure 5** : Pourcentage d'individus de 12 à 75 ans déclarant avoir mangé dans un lieu de restauration rapide au moins une fois par semaine dans les quinze jours précédant l'interview, en 2010

Conduites alimentaires perturbées des jeunes

222 **Tableau I** : Évolutions des troubles alimentaires survenant rarement ou souvent au cours de l'année parmi les 15-30 ans, entre 2005 et 2010 (en pourcentage)

225 **Tableau II** : Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

228 **Tableau III** : Résultats de régressions logistiques sur le fait de déclarer chacun des différents troubles alimentaires, puis d'en déclarer au moins deux, en 2010

223 **Figure 1** : Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)

Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans

239 **Tableau I** : Facteurs associés aux tentatives de suicide dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

240 **Tableau II** : Degré d'intention de mourir lors de la dernière tentative de suicide parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)

241 **Tableau III** : Raisons invoquées pour la dernière tentative de suicide parmi les 15-30 ans en 2010 (n=315; en pourcentage)

244 **Tableau IV** : Facteurs associés aux pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

245 **Tableau V** : Raisons invoquées pour les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010 (n = 207) en pourcentage

237 **Figure 1** : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

237 **Figure 2** : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

238 **Figure 3** : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

238 **Figure 4** : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

242 **Figure 5** : Pourcentage de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la

vie parmi les 15-30 ans en 2010 par région, comparé au taux standardisé du reste de la France

243 **Figure 6** : Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

243 **Figure 7** : Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)

Le sommeil des 15-30 ans

256 **Tableau I** : Description des déclarations

relatives au temps de sommeil parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge et le sexe

257 **Tableau II** : Fréquences des problèmes liés au sommeil parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

258 **Tableau III** : Résultats de 3 régressions logistiques pour expliquer différents problèmes de sommeil : somnolence diurne régulière, insomnie chronique, dette de sommeil, parmi les 15-30 ans en 2010

259 **Tableau IV** : Prise des différents produits pour aider à dormir, par âge et par sexe, parmi les 15-75 ans en 2010 (en pourcentage)

Études et enquêtes parues aux éditions de l'Inpes

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)

Baromètre santé médecins généralistes 98/99

1999, 224 p.

J.-F. Collin

Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99

1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)

**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France**

2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode

2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats

2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)

Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.

Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux

2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon

Baromètre santé 2000. Les comportements

des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux

2004, 256 p.

P. Guilbert, H. Perrin-Escalon (dir.)

Baromètre santé nutrition 2002

2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

2005, 276 p.

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002

Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in
School-Aged Children, 2005, 286 p.

P. Guilbert, A. Gautier (dir.)

Baromètre santé 2005, premiers résultats

2006, 176 p.

P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)

Baromètre cancer 2005

2006, 202 p.

N. Lydié (dir.)

Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida.

Connaissances, attitudes, croyances et comportements

2007, 188 p.

F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.)

Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé

2007, 608 p.

- C. Ménard, D. Girard, C. Léon, F. Beck (dir).
Baromètre santé environnement 2007
2008, 416 p.
- E. Godeau, C. Arnaud, F. Navarro (dir).
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006
2008, 276 p.
- F. Beck, S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka.
Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFD
2008, 264 p.
- A. Gautier, M. Jauffret-Roustide, C. Jestin
Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux
2008, 252 p.
- C. Chan Chee, F. Beck, D. Sapinho, P. Guilbert
La dépression en France. Enquête Anadep 2005
2009, 208 p.
- H. Escalon, C. Bossard, F. Beck (dir)
Baromètre santé nutrition 2008
2009, 424 p.
- F. Beck, M-F. Brugiroux, N. Cerf (dir)
Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009
2010, 200 p.
- A. Gautier (dir)
Baromètre santé médecins généralistes 2009
2011, 266 p.
- C. Ménard, G. Demortière, E. Durand, P. Verger, F. Beck (dir)
Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés
2011, 192 p.
- F. Beck, A. Gautier (dir)
Baromètre cancer 2010
2012, 272 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel - 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographie de couverture © **wtamas** Fotolia.com
Impression mai 2013 **Fabrique**
Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal mai 2013