

Femmes/hommes Des comportements contrastés

Baromètre santé 2000

Les comportements de santé des hommes et des femmes diffèrent et induisent des caractéristiques de morbidité et de mortalité spécifiques selon le sexe.

* La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

François Baudier
Médecin, responsable du département de santé publique, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Philippe Guilbert
Coordonateur du Baromètre santé 2000
Arnaud Gautier
Chargé d'étude
Comité français d'éducation pour la santé

Les Baromètres santé sont des enquêtes multi-thématiques (tabac, alcool, sida, toxicomanie...) et pluri-populationnelles (jeunes, adultes, professionnels de santé...) réalisées par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) dans le cadre des grands programmes nationaux, soutenus par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnamts) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Le Haut Comité de la santé publique (HCSP) a apporté, dès sa création,

son soutien à ces études, avec d'autres partenaires institutionnels*.

Certains comportements qui persistent au fil du temps...

Une des caractéristiques les plus fortes de la population masculine est très certainement liée à ses comportements de violence physique envers les autres (coups, agressions sexuelles), mais aussi vis-à-vis de soi-même (accidents).

Au cours de la dernière année, 2,6 %

Des enquêtes au service d'une politique de santé publique

Comprendre les opinions, les attitudes et les comportements des Français^a en matière de santé, tels sont les principaux objectifs de ces investigations qui sont répétées régulièrement auprès des jeunes (12-19 ans), des adultes (18-75 ans) et de certains professionnels de santé (médecins et pharmaciens). Le questionnaire est composé d'un noyau dur comportant des questions permanentes (répétées à chaque vague) ou semi-permanentes (renouvelées, mais à un rythme plus espacé). L'exploitation des réponses permet de suivre des évolutions dans le temps avec des comparaisons d'année en année sur le plan national et international. Par ailleurs, des questions plus circonstancielles sont posées en fonction des préoccupations du moment. Elles permettent d'investiguer de nouveaux champs sur la santé et sont en général complétées par des recherches plus qualitatives.

Les résultats présentés dans cet article font partie des données exploitées des fiches Baromètre santé « premiers résultats 2000 » (national). Ils sont disponibles et téléchargeables sur le site www.cfes.sante.fr. Ils sont analysés ici de façon transversale, avec une approche populationnelle (homme/femme) autour de thématiques spécifiques : violence/accidents, alcool/tabac, dépression/suicide. Une version complète, sous la forme d'une monographie, sera publiée à la fin de l'année 2001 aux Éditions du CFES.

a. Dans cet article, le terme « Français » ou « Française » ne fait pas référence à la nationalité mais au fait d'appartenir, pour l'échantillon aléatoire concerné, à un ménage métropolitain ayant le téléphone, d'être domicilié au numéro composé et de parler le français.

des Français interrogés déclarent avoir frappé quelqu'un. Ils sont pratiquement trois fois plus nombreux chez les hommes (3,9 %) que parmi les femmes (1,4 %) à se positionner en agresseurs, avec une répétition des coups donnés beaucoup plus élevée chez les hommes (figure 1). En termes de violence sexuelle (rapports sexuels forcés), 2,8 % des Français interrogés déclarent en avoir déjà été victimes au cours de leur vie ; les femmes sont près de huit fois plus nombreuses dans ce cas (4,6 % versus 0,6 %) (figure 2). Ces victimes abusées (dans l'immense majorité des cas, des femmes agressées par des hommes, si l'on fait l'hypothèse que les agressions sexuelles des femmes sur des hommes sont excessivement rares) l'ont été pour près de la moitié d'entre elles une fois (44,5 %), 10,6 % de quatre à dix fois et 8,2 % plus de dix fois. Cette violence s'exerce dans plus d'un tiers des cas (38,4 %) avant 16 ans et pour 15,5 % des victimes avant l'âge de 10 ans. Le pourcentage de victimes précoces varie peu suivant l'âge des sujets interrogés, ce qui laisserait à penser que ce phénomène a peu évolué au cours des années et que la violence sexuelle est une constante masculine très marquée.

Violence des hommes envers les femmes, mais aussi violence des hommes contre eux-mêmes. 6,9 % des personnes déclarent avoir pris un risque « par plaisir ou par défi » au cours du dernier mois et ce sont deux fois plus souvent des hommes (10,2 %) qui le disent (femmes : 4,1 %). La fréquence de ces prises de risque est chez eux beaucoup plus élevée. 3,6 % des hommes et seulement 1,0 % des femmes déclarent l'avoir fait trois fois au plus durant le dernier mois. Cette prise de risque a lieu surtout (45,2 %) au cours de la pratique de sports ou de loisirs (VTT, escalade, équitation...), à deux roues (15,4 %) et en voiture (9,3 %). Une des conséquences possibles de ces prises de risque est l'accident. 13,4 % des personnes interrogées ont été victimes d'un accident ayant entraîné une intervention médicale au cours des douze derniers mois, plus souvent les hommes (17,0 %) que les femmes (10,4 %). Cette fréquence est à son maximum chez les 15-19 ans ; un quart d'entre eux (24,6 %) a été victime d'un accident. Ce sont les traumatismes liés aux activités sportives et de loisirs qui arrivent en tête (30,9 %) devant les acci-

figure 1

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

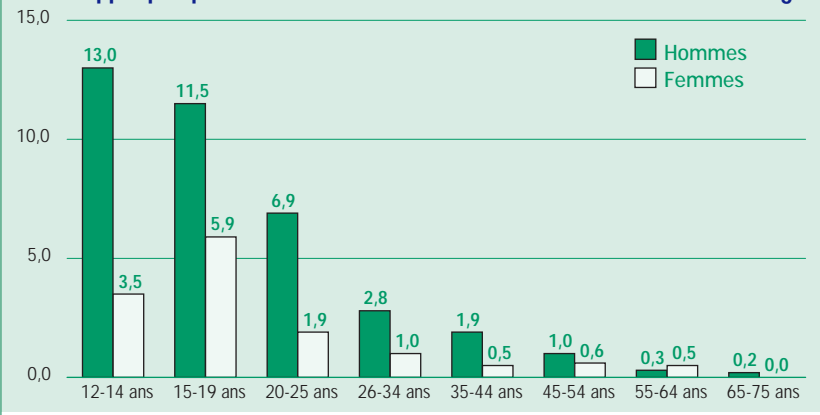
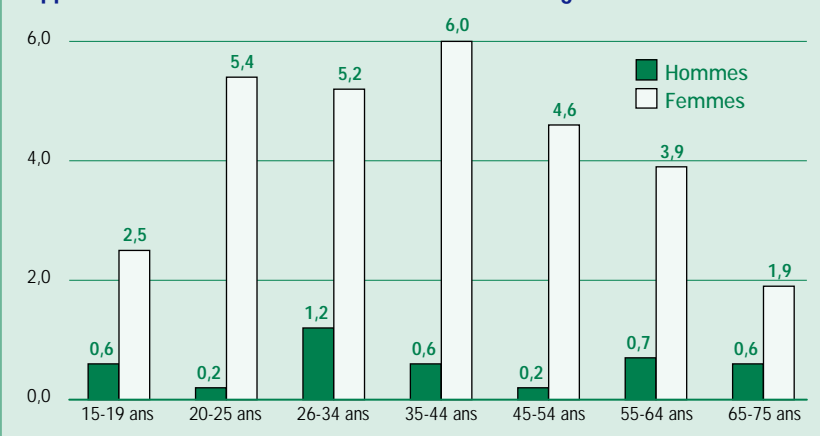


figure 2

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



dents de travail ou d'atelier (22,4 %, pour les personnes en activité professionnelle), les accidents domestiques (17,6 %), de deux roues (moto, mobylette, scooter : 6,9 % ; vélo : 3,6 %) et de voiture (7,6 %).

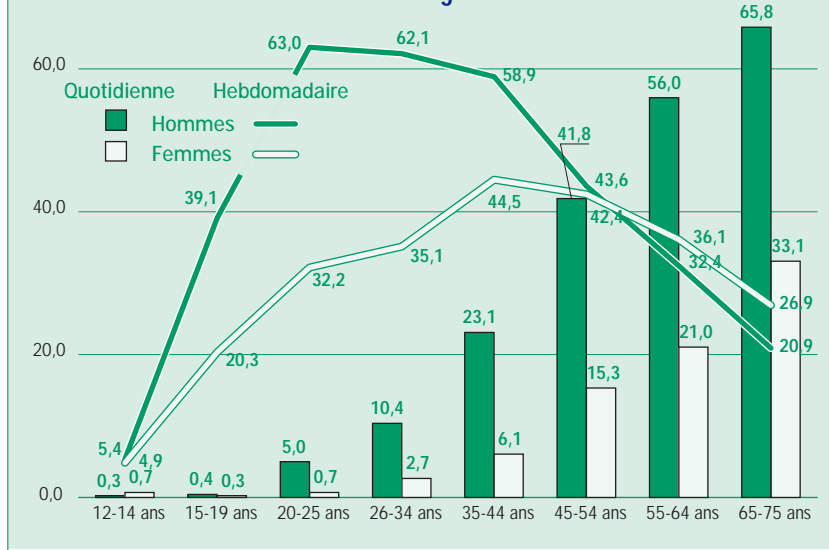
L'alcool : un univers encore très masculin

La prise d'alcool est largement répandue dans notre pays, puisque la France est, malgré une décroissance régulière depuis plusieurs années, un des plus gros consommateurs d'alcool dans le monde avec toutes les conséquences en termes sanitaire et social : violence, accidents de la route mais aussi domestiques, cancers... Elle reste aujourd'hui à forte prédominance masculine. Au cours de la dernière année, un quart (25,1 %) des hommes français interrogés de 12-75 ans déclarent boire de l'alcool tous les jours de l'année avec une augmentation importante avec l'âge (figure 3). En effet, cette

prise quotidienne est quasi inexistante parmi les plus jeunes (12-19 ans). Elle devient ensuite majoritaire à partir de 55 ans et concerne les deux tiers des Français (65,8 %) les plus âgés (65-75 ans). Parmi les boissons alcoolisées, le vin est celle qui est prise le plus souvent quotidiennement. Chez les hommes et dans cette étude, elle n'apparaît pas avant la classe d'âge 20-25 ans (2,7 %) pour ensuite augmenter de façon exponentielle (62,9 % parmi les 65-75 ans). Un peu moins de la moitié (45,8 %) des hommes situent leur consommation moyenne d'alcool à au moins une fois par semaine. Ces consommateurs hebdomadaires se retrouvent principalement parmi les moins de 50 ans (environ 60 % des 20-44 ans). Au sein de la population féminine, les mêmes caractéristiques sont retrouvées, mais avec des pourcentages de consommatrices deux à trois fois inférieurs. Plus d'une femme sur dix (11,1 %) a d'ailleurs été abstinerne

figure 3

Consommation quotidienne et hebdomadaire de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe



durant la dernière année. Chez les hommes, les abstinentes sont beaucoup moins nombreux et leur pourcentage décroît rapidement avec l'âge. Par ailleurs, parmi les consommateurs d'alcool, les hommes sont plus d'un quart (25,2 %) à avoir été ivres au cours de la dernière année, alors que les femmes ont été moins d'une sur dix (9,3 %) dans cette situation. Lorsque l'on utilise le test Deta pour évaluer le niveau de dépendance à l'alcool (présent ou passé), les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à être évalués dans cette situation à risque.

Parmi la population féminine, des habitudes de vie aux conséquences spécifiques

La situation concernant la consommation de tabac parmi les femmes est très différente de celle que l'on constate pour l'alcool. Elle est beaucoup plus évolutive et les conséquences du tabagisme féminin commencent à être perceptibles en termes de mortalité. Ce phénomène devrait s'amplifier fortement au cours des prochaines années. Le HCSP indique dans son dernier rapport [3] sur la santé des Français qu'entre 1994 et 1998, les cancers liés à la consommation de tabac ont progressé significativement chez les femmes : plus 20 % pour le cancer du poumon, avec une augmentation des cancers des voies aériennes supérieures (VADS) chez les femmes âgées.

Lorsque l'on examine le pourcentage de fumeurs suivant l'âge et le sexe, deux principaux constats peuvent être faits (figure 4). Tout d'abord, la répartition entre hommes et femmes suivant l'âge se fait en trois périodes successives : dans un premier temps, la part des fumeuses semble plus importante jusqu'à l'âge de 17 ans ; ensuite et avant 20 ans, les pourcentages des fumeurs chez les garçons et les filles sont très proches ; et enfin, après 20 ans, les hommes fumeurs sont toujours significativement plus nombreux que les femmes. Par ailleurs, c'est chez les jeunes adultes, c'est-à-dire entre 18 et 34 ans, que le pourcentage de fumeurs est à son maximum (supérieur à 45 %) avec

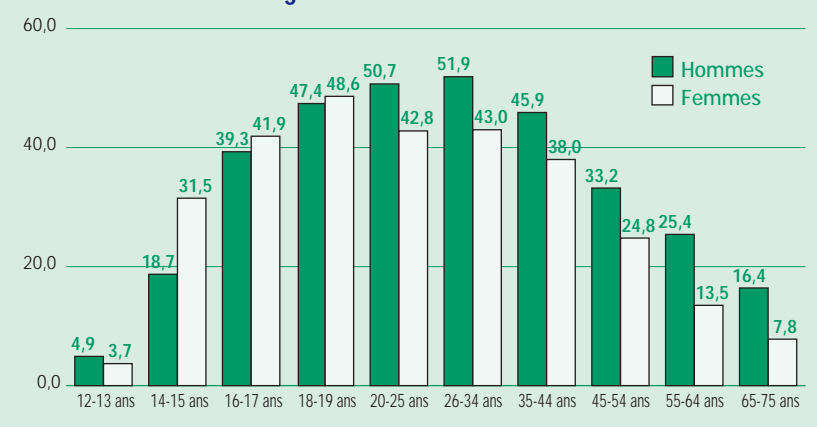
un pic (plus de 50 %) chez les hommes de 20 à 34 ans.

La population des femmes enceintes est à 80 % dans la tranche d'âge des 25-35 ans. Elles sont près d'un tiers (30,9 %) à continuer à fumer pendant leur grossesse et 25,5 % le font régulièrement, avec une moyenne de 8,7 cigarettes par jour. Si le pourcentage de fumeuses régulières et le nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement sont significativement inférieurs dans cette population par rapport aux femmes de la même tranche d'âge qui n'attendent pas un enfant (respectivement, 39,1 % et 13 cigarettes/jour), ces chiffres restent très élevés en regard des risques encourus. Par ailleurs, la prise de la pilule ne s'accompagne pas toujours d'une abstinence tabagique. Huit femmes sur dix prenant un contraceptif oral sont dans la classe d'âge 20-44 ans et plus d'un tiers (35,1 %) d'entre elles sont des fumeuses régulières qui consomment en moyenne 12,2 cigarettes par jour.

Des comparaisons évolutives peuvent être faites avec les autres enquêtes réalisées depuis les années soixante-dix. En termes de tendance générale depuis trois décennies et pour les 12-18 ans, il se confirme une diminution régulière du pourcentage des fumeurs et des fumeuses. Globalement, cette baisse a été d'environ 1 point par an, en passant de 46,0 % en 1977 à 26,9 % aujourd'hui. Pourtant, entre 1997 et 1999, le pourcentage de fumeuses de 14/15 ans a augmenté de façon très sensible (plus 12 points). Ce résultat portant sur un échantillon assez réduit devra être confirmé par d'autres Baromètres. Cependant, il semble aller dans le

figure 4

Fumeurs actuels selon l'âge



même sens que des travaux récemment publiés montrant une progression significative des jeunes filles consommant du tabac, surtout par rapport aux garçons [4]. Pour la population adulte, la différence de prévalence entre les hommes et les femmes tend à diminuer. Elle était de 31 points en 1970, elle n'est plus en 1999 que de 8,3 points. Cette réduction s'explique en grande partie par une baisse très marquée des fumeurs chez les hommes alors que le même phénomène n'est pas observé chez les femmes. Enfin, si l'on étudie l'évolution du nombre moyen de cigarettes fumées depuis la création des Baromètres santé en 1992, on observe que la consommation déclarée chez les fumeuses régulières (au moins une cigarette par jour) augmente de manière significative (11,2 en 1992 à 12,9 en 1999).

La lutte contre le tabagisme a remporté au cours de ces dernières années des succès indéniables. Le fumeur d'aujourd'hui n'est plus celui d'hier. En 2000, il est très minoritaire en nombre dans notre société (les trois quarts des Français de 12 à 18 ans et les deux tiers des adultes de 18-75 ans ne fument pas) et souvent en posture de projet d'arrêt (les deux tiers des fumeurs disent qu'ils veulent cesser leur consommation). Ces constats positifs sont pourtant très fragiles. Alors que les femmes sont exposées à des risques particuliers pour elles-mêmes mais aussi pour leur enfant à venir (chez les femmes enceintes), leur consommation de tabac n'a pas tendance à diminuer. Cette situation, pour évoluer positivement, doit faire l'objet de démarches d'information sur les risques spécifiques liés à ces habitudes, de propositions renouvelées d'aide au sevrage de la part des professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, pharmaciens...) mais aussi de la mise en œuvre d'actions propices à créer un environnement sans tabac. C'est ce que développe depuis plusieurs années la Cnamts et le CFES dans le cadre de leur programme national de prévention du tabagisme. La signature, avec les principaux titres de la presse féminine, d'une charte « de bonne conduite » participe à cet effort. En effet, ces publications s'engagent à ne plus montrer de mannequins fumant et de façon plus générale à ne plus valoriser le tabac. Cet effort doit concourir à faire évoluer les représentations parmi la po-

pulation des femmes (en particulier les plus jeunes), qui associent souvent la consommation de tabac à la beauté de la jeunesse et à une certaine forme de liberté revendiquée.

De la violence visible à un mal-être plus intériorisé

Alors que la violence physique, visible, agressive, très externalisée et parfois liée à une consommation excessive d'alcool, est l'une des caractéristiques de la population masculine, les Françaises comme beaucoup de femmes dans d'autres pays vont « intérioriser » leur mal-être. Le Baromètre santé utilise, depuis 1996, le profil de santé de Duke pour l'évaluation de la qualité de vie. Cet instrument comporte 17 questions, qui combinées entre elles, permettent d'établir plusieurs scores explorant la santé physique, mentale, sociale, perçue, l'anxiété, la douleur, l'estime de soi et la dépression. Le sexe est un fac-

teur très discriminant pour beaucoup de ces indicateurs de santé et de qualité de vie. C'est particulièrement vrai pour la santé mentale, l'anxiété et la dépression. Lorsque l'on utilise un score combiné de santé générale (figure 5), ce mal-être est si fortement présent que, quel que soit l'âge des personnes interrogés, les femmes ont des indicateurs plus péjoratifs et ce constat est particulièrement marqué chez les jeunes filles à la fin de l'adolescence (15-19 ans). C'est donc une période très sensible où les éducateurs (parents, enseignants...) et les soignants devront être particulièrement attentifs.

Cette spécificité propre aux adolescentes est aussi présente lorsque l'on interroge les Français sur le fait d'avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Quelle que soit la tranche d'âge les femmes sont plus nombreuses à exprimer des idées suicidaires (7,5 % parmi les femmes et 4,3 % chez les hommes). Cette

figure 5

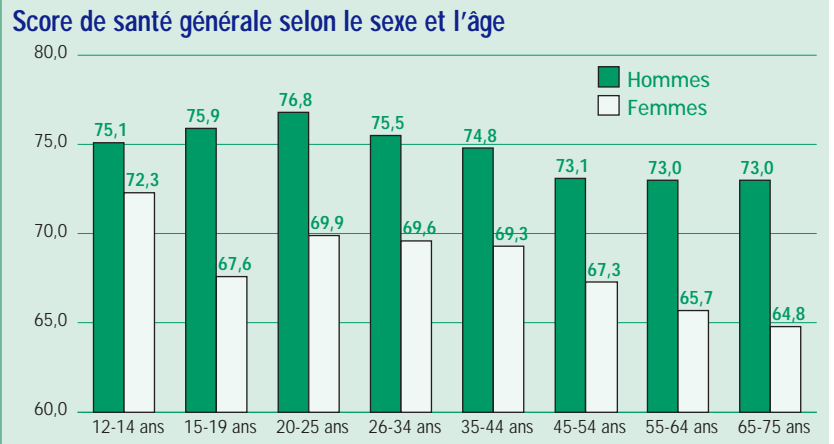
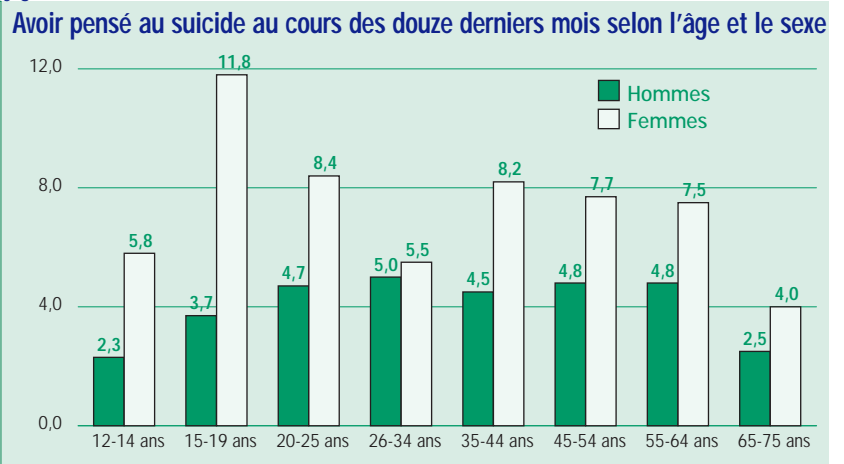


figure 6



différence est marquée chez les 15-19 ans (11,8 % parmi les jeunes filles et 3,7 % chez les garçons) et ce sont les adolescentes qui, tous âges confondus, pensent le plus au suicide (figure 6). En termes de passage à l'acte, deux fois plus de femmes de 12 à 75 ans ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (7,6 % versus 3,3 %), mais les suicides « réussis » (mortalité) restent plus nombreux chez les hommes.

De façon plus générale, les femmes ont beaucoup plus souvent recours au système de soins que les hommes, et cette différence persiste quel que soit l'âge des sujets et les spécialités considérées (généralistes, spécialistes...). La différence est sensible pour le groupe de thérapeutes identifié dans l'enquête comme « psychiatre, psychanalyste, psychologue » : 5,6 % des Françaises (plus d'une sur vingt) y ont eu recours au cours des 12 derniers mois pour un nombre moyen de visites de 11,4 (près d'une fois par mois). Dans ce contexte, les femmes sont deux fois plus nombreuses à avoir consommé au moins une fois dans l'année des antidépresseurs (11,0 % versus 5,2 %), des tranquillisants ou somnifères (18,1 % versus 10,1 %), et avec une fréquence plus importante que les hommes. Ce phénomène est particulièrement marqué parmi les femmes les plus âgées puisque, pour la tranche d'âge 65-75 ans, 13,5 % ont pris des antidépresseurs au cours des douze derniers mois et surtout près d'un tiers (30,9 %) des tranquillisants ou somnifères.

Ce mal-être, souvent difficilement perceptible, peut avoir des conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité. Il est très présent chez les Françaises à deux périodes clefs de leur vie : la fin de l'adolescence et parmi les personnes âgées.

Certaines habitudes qui évoluent et d'autres qui persistent

Au total, de nombreux comportements de santé expliquent la mortalité prématurée (avant 65 ans) qui frappe plus spécifiquement la population masculine en France. Consommation importante d'alcool, mais aussi accidents et autres phénomènes violents sont des caractéristiques qui semblent perdurer au fil du temps chez les Français de sexe masculin. La différence, marquée et persistante, d'espérance de vie entre hommes et femmes est un autre

Une méthodologie rigoureuse et évolutive

Les principes de ces enquêtes aléatoires par téléphone ont été décrits dans plusieurs ouvrages, en particulier, lors de la publication des deux derniers Baromètres santé jeunes et adultes [1, 2]. Les spécificités du présent Baromètre sont au nombre de trois. Tout d'abord, et pour la première fois, l'enquête a porté sur une population à la fois jeune et adulte (12-75 ans). En effet, il avait été constaté dans les études passées que la césure des populations à 18 ans posait problème. Du fait d'habitudes de vie cohérentes entre elles, les 16-25 ans semblaient représenter une tranche d'âge importante à étudier dans un certain continuum. Par ailleurs, il a été décidé de réaliser, en même temps que le Baromètre national, plusieurs Baromètres régionaux (avec le concours des observatoires régionaux de la santé et leur fédération), principalement auprès de populations de 12-25 ans. Cette extension géographique correspondait à la nécessité de disposer d'un éclairage adapté à certaines politiques régionales de santé. Enfin, l'échantillon a été considérablement augmenté (multiplié par trois) : 13 685 personnes pour la population nationale (12-75 ans) et 5 635 sujets pour les cinq populations régionales (12-25 ans dans quatre régions et 12-75 ans dans une région). L'enquête s'est déroulée du 6 octobre au 23 décembre 1999, avec le concours de l'Institut BVA. Le nombre de questions étaient de 370 (maximum) pour une durée moyenne d'interview par téléphone de 33 minutes. Afin d'être éligible, il était nécessaire d'appartenir à un ménage métropolitain ayant le téléphone, d'être domicilié au numéro composé et de parler le français. Le taux de refus de ménage a été de 25,1 %, individu de 6,6 % et le taux d'abandon s'est situé à 1,9 %. Les principaux thèmes abordés ont été la perception de la santé, la qualité de vie, la santé mentale, l'environnement, le sport, la nutrition, les vaccinations, le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les accidents, la violence, le suicide, les comportements sexuels, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, la consommation de soins, la douleur et le dépistage des cancers.

indicateur qui confirme cette tendance. Pourtant, les évolutions actuelles concernant le tabac semblent montrer que les choses ne sont pas immuables et que les Françaises peuvent aussi adopter certaines habitudes de vie à forte prédominance masculine, alors même que ces derniers réduisent leur consommation.

Toutes ces analyses évolutives et ces hypothèses doivent être formulées avec prudence car le cadre de réalisation de ce Baromètre santé est celui d'une enquête déclarative auprès de sujets qui ont le téléphone. Des questions personnelles, voire très intimes, pourraient introduire des déclarations partielles, voire erronées. Certaines populations très à risque sans domicile et/ou téléphone fixe, n'ont pu donc être jointes, ce qui constitue une autre source potentielle d'imprécision. D'autres enquêtes aux méthodologies complémentaires peuvent néanmoins compléter et enrichir ce travail. Enfin, cette analyse re-

pose uniquement sur des comparaisons par âge et sexe. La monographie à venir prendra en compte d'autres facteurs dont on sait qu'ils sont essentiels en tant que déterminants de santé, comme le niveau socio-économique, le statut familial, la zone d'habitation... ■

bibliographie

1. Arènes J., Baudier F. (sous la direction de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : Éditions CFES, 1997, 288 p.
2. Arènes J., Janvrin J., Baudier F. (sous la direction de). *Baromètre Santé Jeunes 97/98*. Vanves : Éditions CFES, 1998, 328 p.
3. Haut Comité de la santé publique ; *La santé en France 1994/98*. Paris : La Documentation Française, 1998, 309 p.
4. Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Beck F., Peretti-Watel P. « Consommations des substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés ». *Tendances*, n° 6, février 2000, 6 p.