

# L'évolution des comportements de santé en France depuis 20 ans : l'exemple de l'alcool et du tabac

## François Beck

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Cermes3, Équipe Cesames (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS)

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.*

Environ 40 % de la mortalité prématurée observée dans les pays développés seraient imputables aux conduites individuelles, au premier rang desquelles le tabagisme, l'alimentation (incluant les boissons alcoolisées) et le manque d'exercice physique. Au regard de telles conséquences, la surveillance épidémiologique de ces pratiques par les enquêtes représentatives de la population générale s'avère particulièrement importante. Depuis vingt ans, les Baromètres santé de l'Inpes permettent de suivre les principaux comportements liés à l'état de santé de la population adulte résidant en France : tabagisme, alcoolisation et consommations 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... [4, 7]. Ils permettent aussi l'étude et la compréhension des déterminants de ces différents thèmes. D'autres protocoles plus adaptés aux populations adolescentes viennent par ailleurs compléter ce dispositif pour offrir un panorama complet.

## Pourquoi avoir recours aux enquêtes déclaratives ?

Les enquêtes déclaratives en population générale, telles que les Baromètres santé, s'avèrent nécessaires lorsque les statistiques administratives et les enquêtes monographiques ou ethnographiques se révèlent insuffisantes pour représenter correctement un phénomène. Leur rôle est dès lors de combler, dans la mesure du possible, les lacunes du dispositif d'observation et de favoriser le suivi de tendances pour tracer les grandes lignes de l'évolution des comportements dans le temps. De fait, une grande partie des informations obtenues par de tels procédés sont impossibles à recueillir autrement : celles qui relèvent de comportements individuels ne donnant lieu à aucun enregistrement (par exemple, le nombre de verres d'alcool bus un jour donné lorsque les données de vente ou de budget des ménages ne renseignent que sur une disponibilité de boissons alcoolisées).

Dans ces enquêtes, les individus de l'échantillon, tirés au sort, déclarent leurs comportements en matière de santé. Cette méthode peut paraître au premier abord moins fiable qu'un relevé par observation directe, mais, sous couvert d'un certain nombre de précautions méthodologiques et d'une reconnaissance de ses limites, elle contribue de manière importante à la construction du savoir sur les comportements humains.

## Protocole d'enquête utilisé pour le Baromètre santé

Dès l'origine des Baromètres santé, au début des années 1990, un certain nombre de choix méthodologiques ont été opérés, qui allaient se pérenniser sur l'ensemble des exercices ultérieurs : la solution d'une enquête transversale répétée, téléphonique, reposant sur un échantillon probabiliste a ainsi été retenue. En effet, le téléphone a permis de nombreux progrès dans les enquêtes relevant des sciences sociales et de la santé publique. Les enquêtes téléphoniques sont moins coûteuses, plus faciles à encadrer et plus rapides que les enquêtes en face à face.

Si le téléphone reste un excellent moyen de toucher les individus résidant en France (environ 1 % des personnes ne disposent d'aucun équipement), la part importante des usagers en liste rouge et surtout des mobiles exclusifs complexifie les méthodes élaborées depuis le début des années 1990. Entre 1995 et 2005, la part des abonnés au téléphone fixe a baissé au profit de celle des possesseurs exclusifs de portables. Depuis, grâce au développement des offres groupées internet-téléphone, la téléphonie filaire a retrouvé un second souffle qui a diminué la part des mobiles exclusifs.

Dans le cadre des deux derniers exercices du Baromètre santé de l'Inpes, l'échantillon des mobiles exclusifs a été constitué de manière indépendante de l'échantillon des lignes fixes [5]. Les préfixes des numéros de téléphone attribués aux différents opérateurs nationaux ont été utilisés pour la stratification de l'échantillon. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire. Dans le cadre du Baromètre santé 2010, une méthode innovante a été mise en œuvre afin notamment de prendre en compte la possibilité d'un dégroupage total pour les détenteurs d'une ligne fixe, pratique en forte croissance depuis 2003. Au final, le champ de l'enquête ne laisse de côté quasiment que les personnes ne disposant d'aucun équipement téléphonique. Alors que les premiers Baromètres santé ne comptaient que 2000 enquêtés, l'échantillon du Baromètre santé 2010 comprenait 27 658 personnes âgées de 15 à 85 ans.

L'un des objectifs primordiaux de ces enquêtes est la représentativité. L'image renvoyée par l'échantillon doit donc refléter fidèlement celle de la population qu'il est censé représenter, que ce soit dans les proportions ou dans la capacité à inclure tous les profils d'individus présents dans la société française. Il est nécessaire de mesurer les phénomènes afin notamment d'évaluer les besoins de prévention au niveau de la population dans

son ensemble, mais aussi en distinguant des sous-populations. Le Baromètre santé peut ainsi notamment contribuer à mieux mesurer et mieux comprendre les inégalités sociales de santé.

### Quantifier à l'aide d'indicateurs pour aider à l'élaboration et évaluer les politiques publiques

Les connaissances tirées des Baromètres santé ont été conçues pour servir à l'ensemble des acteurs concernés par la prévention et l'éducation pour la santé (professionnels de santé, travailleurs sociaux, chercheurs, intervenants, enseignants...), ainsi qu'aux décideurs politiques. Ceux-ci disposent ainsi d'éléments concrets pour communiquer sur les grandes questions de santé et envisager des actions sur la foi de faits scientifiquement probants, validés par la communauté scientifique, posture dont la nécessité est régulièrement soulignée. Elles constituent de fait des ressources pour les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique. Elles interviennent notamment à la fois dans l'élaboration des campagnes de communication et à différentes étapes du processus d'évaluation des politiques publiques, en particulier lorsqu'elles offrent un bon recul temporel.

Dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, a été annoncé un principe d'évaluation : « *principe selon lequel les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées* ». Or nombre de ces objectifs seront évalués à l'aide d'indicateurs issus du Baromètre santé, comme par exemple la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool, le tabagisme quotidien, le tabagisme passif, la sédentarité et l'activité physique, le dépistage du cancer

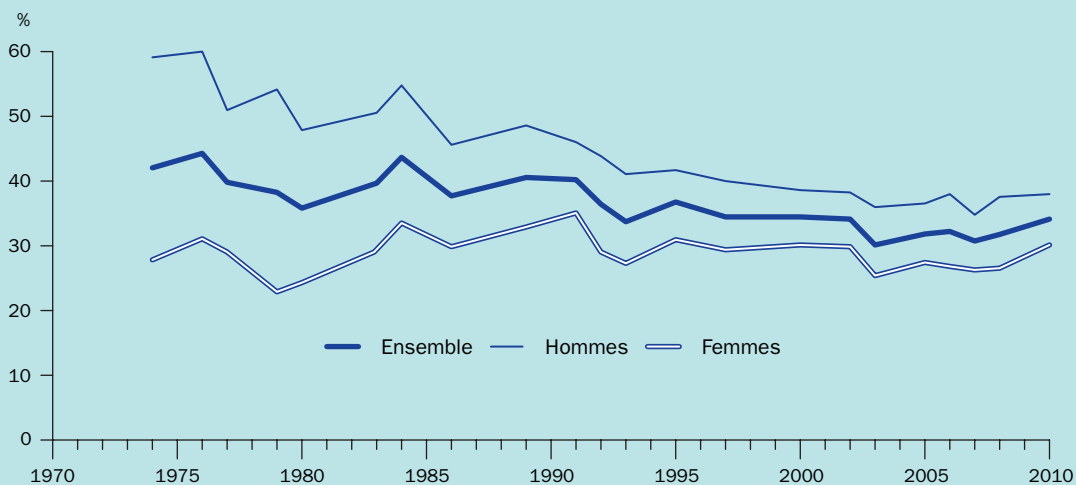
du col de l'utérus, la prise en compte de la douleur par l'équipe soignante...

Les données du Baromètre santé ont montré une augmentation récente du tabagisme en France, alors qu'il était en baisse depuis plus de vingt ans. L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté : la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse. La proportion des fumeurs quotidiens apparaît ainsi en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique à la fois par le fait que les femmes de cette génération ont été les premières à rentrer véritablement dans le tabagisme, et par le fait qu'elles arrêtent de fumer moins souvent que leurs aînées. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme a été, entre 2005 et 2010, plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée par de fortes hausses des prix. Toutefois, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (2007), a pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs.

Ces évolutions illustrent un certain accroissement des inégalités sociales puisque c'est parmi les chômeurs que la hausse du tabagisme quotidien a été la plus forte, de 44 % en 2005 à 51 % en 2010. Cela se retrouve également si l'on observe le niveau de diplôme (le tabagisme quotidien a nettement diminué depuis 2000 parmi les diplômés du supérieur) ou encore sur le niveau de revenu. Par ailleurs, il convient de souligner que les facteurs de vulnérabilité socio-économique sont cumulatifs. Par exemple, on observe sur le diplôme le même gradient chez les chômeurs qu'en population générale (figure 1).

figure 1

### Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) des 18-75 ans depuis les années 1970



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; Inpes, 2003, 2005.

À la fin de l'adolescence, le tabagisme quotidien a connu une reprise récente (31,5 % en 2011 vs 28,9 % en 2008) et ce aussi bien chez les garçons que chez les filles [64]. À l'instar de ce qui est observé en population adulte, celle-ci fait suite à une baisse longue et continue depuis la fin des années 1990 (l'usage quotidien de tabac concernait 41,1 % des jeunes de 17 ans en 2000).

En raison de l'évolution des questionnements sur l'alcoolisation dans les enquêtes, les tendances de long terme sur cette pratique ressortent des données de ventes. Les évolutions observées depuis plus de cinquante ans font ainsi état d'une diminution régulière de la consommation moyenne annuelle d'alcool pur (concentration en éthanol en pourcentage volumique ramenée au volume) (figure 2). En 2010, les Français de 15 ans et plus en consommaient ainsi 12 litres par an et par habitant (l'équivalent d'environ 3 verres standard d'alcool par Français et par jour). Ce chiffre a été divisé par deux depuis les années 1960. Les hommes consommant beaucoup plus d'alcool que les femmes, cette donnée moyenne se traduit par une consommation évaluée à plus de quatre verres par jour par homme de 15 ans ou plus, contre un peu moins de deux verres pour les femmes. Le rythme de baisse observé depuis 2005 s'est néanmoins nettement ralenti, des années de stabilisation de la consommation alternant désormais avec des années de baisse.

Cette évolution notable n'empêche toutefois pas la France de rester l'un des pays les plus consommateurs d'alcool au monde, et ce quels que soient la source et l'indicateur utilisés (données Eurostat, FAO, OCDE, OMS...). Les enquêtes en population générale offrent néanmoins un regard complémentaire indispensable à une lecture plus juste des pratiques d'alcoolisation. Tandis que l'alcoolisation régulière a nettement baissé comme on l'a vu, les indicateurs concernant les ivresses et les consommations ponctuelles importantes (CPI, à savoir au moins 6 verres en une même occasion) apparaissent en hausse. En 2010, 36 % des personnes déclarent avoir connu au moins une CPI au cours de l'année (34 % en 2005 ;  $p < 0,001$ ), 18 % de façon mensuelle (15 % en 2005 ;  $p < 0,001$ ) et 5 % de façon hebdomadaire (4 % en 2005 ;  $p < 0,001$ ). Parallèlement, 19 % des 15-75 ans ont connu au moins une ivresse au cours de l'année, 8 % en ont connu au moins trois et 3 % au moins dix, des proportions qui étaient respectivement de 15 %, 6 % et 2 % en 2005 ( $p < 0,001$  pour les trois indicateurs).

Parmi les jeunes de 17 ans, tous les indicateurs d'alcoolisation apparaissent à la hausse significative entre 2008 et 2011 : l'usage régulier d'alcool est ainsi passé de 8,9 % à 10,5 % (au moins dix usages dans le mois), les ivresses répétées (soit au moins trois ivresses dans l'année) sont passées de 25,6 % à 27,8 % et les ivresses régulières (au moins dix ivresses dans l'année) de 8,6 % à 10,5 %, aussi bien chez les filles que chez les garçons (respectivement 5,7 % et 15,0 % en 2011,

contre 4,6 % et 12,4 % en 2008). La CPI concerne pour sa part plus de la moitié des jeunes : en 2011, 53,2 % disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion au cours du mois écoulé. Ils étaient 48,7 % en 2008 et 45,8 % en 2005. À l'image de l'ensemble des consommations d'alcool et des ivresses, la CPI est nettement plus souvent le fait des garçons (59,7 % en ont déclaré au moins une dans le mois, contre 46,5 % des filles) [64].

Les résultats mettent en évidence des disparités parfois importantes au sein de la population, pointant les groupes en situation de vulnérabilité ou en rupture : les personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences tabagiques nettement plus élevées, et ces écarts ont tendance à se creuser.

Du point de vue des risques perçus, le Baromètre santé a permis de montrer que les personnes qui ont des comportements délétères sont plus enclines à rejeter ou relativiser les messages préventifs en mettant à distance le risque [6]. De tels mécanismes défensifs ont notamment été observés pour le tabagisme [53]. Le déni du risque ne reflète pas forcément un manque d'information, mais s'apparente souvent à une construction cognitive qui donne de la cohérence aux conduites et peut dès lors constituer un frein à la prévention.

Concernant l'alcool, 91 % de la population se déclarent bien informées sur les effets qu'il peut induire sur la santé. Cette perception du risque décline avec l'âge, elle est aussi plus rare parmi les moins diplômés et les plus gros consommateurs d'alcool. Il apparaît toutefois une tendance à minimiser les dangers associés à l'alcool, dans la mesure où, pour 54 % des enquêtés, boire de l'alcool ne provoque le cancer que si l'on boit beaucoup et sur la durée. En outre, 51 % de la population soulignent que certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade. Au total, les trois quarts des enquêtés se disent d'accord avec au moins l'une de ces deux opinions qui minimisent les risques associés à l'alcool [6].

Ces risques se trouvent aussi fréquemment relativisés : plus des deux tiers des Français jugent que boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool, et plus de la moitié estime que la pollution provoque plus de cancers que l'alcool. De même, pour 23 % d'entre eux, boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement en cas d'ivresse ; tandis que 88 % jugent que le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence. Enfin, pour 48 % (contre 59 % en 2005), boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout. Ces opinions, qui renvoient à une relativisation des effets de l'alcool sur la santé, s'avèrent davantage défendues par les buveurs quotidiens [6].

### Conclusion et perspectives

Le Baromètre santé offre aux acteurs de santé des données qui permettent d'objectiver les pratiques et

les connaissances de nos concitoyens sur les comportements de santé. L'ensemble des acteurs du champ sanitaire disposent ainsi d'éléments de cadrage pour alimenter les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique. Ces données et analyses interviennent à la fois dans les différentes étapes du processus d'évaluation des politiques publiques, des décisions prises et des actions entreprises, resituant notamment les caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé. Par son protocole, et notamment la taille de

son échantillon, la nature de la population interrogée et sa vocation de représentativité, sa répétition dans le temps et son caractère multithématique, le Baromètre santé offre de précieuses données de cadrage pour l'observation des comportements de santé. Il permet ainsi d'isoler des populations singulières ou vulnérables (les adolescentes sur la qualité de vie ressentie, les chômeurs sur quasiment tous les indicateurs de santé...). Il constitue une base pour la réflexion autour des actions à engager, la mise en place des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé. ?

figure 2

