

**CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES
ET MORBIDITE
EN POPULATION GENERALE :
INDICATEURS DE SANTE MENTALE**

TOME 1

ANALYSE SECONDE DES DONNEES
DE L'ENQUETE INSEE-CREDES SUR LA SANTE ET LES SOINS MEDICAUX 1991-1992

F. FACY¹, F.CASADEBAIG¹, JM THURIN²

Sous la direction de D. WIDLÖCHER,

Professeur de Psychiatrie, Directeur de l'Unité INSERM U302

¹ Chercheurs INSERM, 44, Chemin de Ronde, 78116 LE VESINET CEDEX

² Médecin Psychiatre - Ecole de Psychosomatique - Fédération Française de Psychiatrie

Avant-propos

Dans le contexte des études décennales menées par l'INSEE et le CREDES, des échantillons importants, représentatifs de la population générale adulte résidant en France, permettent d'analyser les tendances générales de la consommation médicale en fonction des données de morbidité.

L'investissement en compétences et matériel statistique pour organiser, recueillir et analyser de telles informations est important et mérite une mobilisation de plus en plus grande des équipes de recherche issues de différentes disciplines s'intéressant à la santé, de la clinique avec ses différentes spécialités, à l'épidémiologie, la sociologie ou la santé publique.

Une façon de susciter l'intérêt d'équipes de recherche a été, dès 1986, de proposer des analyses secondes, après l'exploitation principale de l'enquête générale, conformément aux commandes des administrations.

Pour l'enquête de 1991-1992, parmi les axes retenus, « la santé mentale et l'épidémiologie du bien-être » constitue le thème proposé en priorité aux chercheurs en psychopathologie, comme l'équipe d'épidémiologie en santé mentale de l'Unité 302 de l'INSERM, sous la responsabilité du professeur D.Widlöcher.

Cet axe concerne une approche large des questions de santé mentale, non limitée à des troubles psychiatriques bien identifiés, mais en considérant également des indicateurs d'expression de mal être, pouvant être associés à des difficultés d'existence.

INTRODUCTION

CONTEXTE DE LA RECHERCHE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

FACY F.(1), CASADEBAIG F.(2), THURIN JM.(3)

1) Directeur de recherche INSERM

2) Chargée de recherche NSERM

3) Médecin - Fédération Française de Psychiatrie - Ecole de Psychosomatique

1. OBJECTIFS GENERAUX DE L'ETUDE

Les études décennales menées par l'INSEE et le CREDES pour analyser les tendances de la consommation médicale en fonction des données de morbidité s'enrichissent progressivement d'apports complémentaires d'autres équipes de recherche, pour rentabiliser les investissements liés à de telles enquêtes et mieux répondre aux attentes sociales. Le thème "*Santé mentale et épidémiologie du bien-être*", retenu par la MIRE pour des analyses secondes de l'enquête de 1991-1992 a suscité la mobilisation d'un groupe de chercheurs et de cliniciens autour de l'équipe d'épidémiologie en santé mentale de l'INSERM U302 ("Psychopathologie et pharmacologie des dépendances"). Trois directions d'études sont proposées...

1.1- ETUDE DES SUJETS RECEVANT UNE PRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES

La quasi totalité des études ayant trait à la pathologie mentale sévère portent, en France, sur l'analyse de patients à partir des lieux de soins. En effet, la prévalence des maladies psychiatriques sévères est faible. La majorité des études internationales situe par exemple la prévalence de la schizophrénie à moins de 1%. Il s'ensuit qu'il est difficile de mener des études sur les malades mentaux sévères à partir de la population générale. Le nombre de personnes à contacter, pour atteindre un nombre suffisant de malades et obtenir des résultats fiables, dépasse les possibilités matérielles de la plupart des équipes de chercheurs.

L'enquête INSEE-CREDES offre l'opportunité d'aborder, à partir de la population générale, une population présentant des troubles mentaux sévères. Cette population peut être cernée à travers une médication particulière, celle des neuroleptiques. La prescription de neuroleptiques n'implique pas obligatoirement un diagnostic spécifique, mais, chez des sujets de 18 à 64 ans, suppose néanmoins une pathologie mentale avérée sévère.

Il est évident que les sujets de la population générale nécessitant une médication neuroleptique sont aussi des consultants de lieux de soins comme le prouve leur prescription de neuroleptiques. Néanmoins, l'approche hors institutions, de sujets présentant des troubles suffisamment sévères pour nécessiter un type de médication semblable à celle prescrite aux patients schizophrènes offre une base comparative précieuse pour apprécier les données obtenues sur des patients schizophrènes à partir des lieux de soins.

1.2- RECHERCHE D'UNE TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES (MEDICAMENTS, ALCOOL ET TABAC), PRIS SEULS OU ASSOCIES, JUSQU'A LA DEPENDANCE

Dans le contexte général français d'usages importants de produits psychotropes licites, en vente libre, comme l'alcool ou le tabac, ou prescrits dans un contexte thérapeutique, il s'agit d'étudier la répartition des différents usages dans les segments de la population générale, d'analyser les associations, et de rechercher l'existence de typologie des usages, pour l'ensemble des produits licites. Le potentiel de description complète des comportements de consommation jusqu'à la dépendance sera testé pour une telle enquête en population générale.

De plus, au delà de la description synthétique des usages, le projet vise à étudier la mise en relation des usages des substances psychotropes (prescrits ou non) avec un contexte de souffrance psychique et de besoins exprimés au niveau de la santé mentale.

Une deuxième analyse se limite aux jeunes adultes (20-35 ans), pour lesquels les résultats seront confrontés à ceux d'une étude faite en collaboration avec la CPAM auprès de consultants ayant bénéficié d'un bilan de santé. Cette comparaison devrait tester la représentativité des sujets ayant un examen de santé par rapport à une population générale et la validité des corrélations au niveau de la graduation des usages de substances psychotropes (de l'expérience unique à la répétition régulière), de leurs associations éventuelles et des contextes spécifiques à de jeunes adultes qui permettent d'orienter des actions de prévention.

1.3- EXPRESSION DU MAL ETRE EN POPULATION GENERALE :SOUFFRANCE PSYCHIQUE, MALADIES MENTALES ET SOMATIQUES ASSOCIEES, CONTEXTE DES EVENEMENTS PERSONNELS ET COMPORTEMENTS DE SOIN

L'analyse des éléments concernant la santé mentale repose sur l'exploitation du questionnaire "anxiété, sommeil, irritabilité" de l'enquête. A partir des sujets déclarant des symptômes de mal être à des niveaux plus ou moins importants, un premier objectif est de dégager une typologie. La confrontation de cette typologie aux pathologies mentales déclarées par ailleurs doit permettre de juger de sa validité globale. Cette analyse s'intègre dans une recherche plus globale des déterminants de l'expression du mal être, mettant en jeu les données de morbidité, de recours aux soins, de consommation de psychotropes, les variables sociodémographiques ainsi que les données relatives aux événements de vie personnels. Il s'agit également de situer l'influence de l'exposition à un événement marquant récent ou dans l'enfance sur l'expression du mal être et la consommation de psychotropes : les événements récents seront analysés en recherchant des événements pendant l'enfance ou des conditions affectives particulières (carences affectives du même ordre que les situations actuelles et susceptibles de créer des conditions de vulnérabilité particulière).

2 ASPECTS METHODOLOGIQUES DANS L'ANALYSE SECONDE DE L'ENQUETE INSEE-CREDES

21- MISE EN PLACE D'UNE PLATE-FORME INFORMATIQUE (JUN A SEPTEMBRE 1996)

Pour coordonner l'ensemble des travaux entre les équipes, les réunions de travail nécessitent une plate-forme technique sur le site du Vésinet, en lien avec le service commun SC25 de l'INSERM, et sous la responsabilité de D. Ruffin, démographe.

Compte tenu du volume de données à traiter, les vacances sont entièrement consacrées aux travaux informatiques pour transporter le fichier disponible à l'INSEE sur le matériel VAX 4000 du service informatique SC25 de l'INSERM. Les premiers contacts pris par F. Laurent (SC25) avec P. Mormiche (INSEE) révèlent des problèmes importants de compatibilité de matériel informatique et de lecture de fichiers. Plusieurs solutions sont envisagées, jusqu'à l'achat de nouveaux matériels (PC) équipé du système SAS, pour finalement aboutir à la transmission totale du fichier original sur bande magnétique par l'intermédiaire du centre informatique de Lille de l'INSEE. Deux envois successifs

sont nécessaires pour procéder enfin à une lecture des données à partir de l'équipement lourd (VAX 4000) de l'INSERM

Ces difficultés ne sont pas spécifiques à cette enquête, elles proviennent essentiellement des procédures différentes empruntées par les organismes nationaux INSEE ou INSERM en matière d'enregistrement, de stockage et de lecture des données.

A la fin de l'été 96, les bases de l'INSEE sont accessibles. Deux vacataires démographes sont spécialement affectés à son interrogation.

Les données se composent de 16 tableaux SAS¹, correspondant aux différents niveaux d'investigation de l'enquête² (ménages, individus, recours aux soins maladies,...³). Ces tables sont brutes et nécessitent une mise en forme préalable avant toute exploitation statistique.

Des contacts sont pris avec le CREDES afin de mettre à disposition de l'INSERM les nomenclatures informatisées nécessaires à l'exploitation des fichiers des maladies⁴ et des acquisitions pharmaceutiques.

Voir l'annexe I ("Présentation de l'enquête et mise en forme des données") pour plus de détails sur les populations étudiées et les synthèses de l'information effectuées au niveau individuel.

Cette phase préparatoire demande un temps important et une formation spécifiques auxquels les professionnels de la santé mentale et les psychiatres ne sont pas particulièrement habitués⁵.

2.2- THEMES D'ETUDES DES TROIS EQUIPES

A partir de son thème de recherche, chaque équipe a prolongé sa réflexion par un travail à partir des analyses en population générale INSEE-CREDES. Chaque thème est défini avec un responsable chargé de guider les analyses statistiques, d'animer un groupe de réflexion et de mener des travaux bibliographiques afin de relativiser les données en population générale :

Etude des schizophrènes : F. Casadebaig (INSERM U302)

Etude des usages de psychotropes : F. Facy (INSERM U302)

Etude des composantes psychosomatiques de la santé : Dr J-M. Thurin (Ecole de Psychosomatique, Fédération Française de Psychiatrie.)

Pour le premier thème, l'étude d'une cohorte de patients schizophrènes sous neuroleptiques a été prolongée par l'observation en population générale des sujets sous neuroleptique et des sujets psychotiques.

Pour le second thème, une étude parallèle avec la CPAM de Paris sur un échantillon d'adultes de moins de 35 ans a été menée avec deux étudiants de MASS Dauphine.

¹ I.N.S.E.E. - Division Conditions de vie des ménages. Enquête sur la santé et les soins médicaux (1991-1992) : Dessin de fichier - Dictionnaire des codes. I.N.S.E.E., février 1994, 347 p.

² I.N.S.E.E., C.R.E.D.E.S. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 - Dossier d'interview.

³ SERMET C. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 : méthodologie. C.R.E.D.E.S., 1993, 139 p.

⁴ O.M.S. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et cause de décès. O.M.S., Genève, 1997, Volume 1, 781 p.

Pour le troisième thème, les analyses en population générale s'intègrent dans une perspective plus large faisant intervenir l'observation clinique et les travaux médicaux et scientifiques traitant de la santé mentale sous le triple aspects des pathologies, des comportements de soins et du contexte des événements personnels.

L'intégration de l'exploitation de l'enquête en population générale se fait progressivement dans l'ensemble des travaux de recherche de l'équipe, par rapport aux autres enquêtes, faites sur des lieux de soins notamment. Les enquêtes bénéficient mutuellement des analyses bibliographiques et des réflexions des groupes de travail, suivant le schéma général suivant (Tableau I)

Tableau I : Populations et lieux d'observations(1996-1998)
INSERM U.302 Equipe d'Epidémiologie

POPULATION GENERALE	POPULATIONS TRAITÉES			
	Toxicomanie	Alcoolisme	Suicide	Maladie Mentale
Analyses secondes de l'enquête INSEE-CREDES Examens de santé (CPAM)	Base de données nationale auprès des centres spécialisés et des antennes en milieu carcéral	Clientèle des centres d'hygiène alimentaire d'alcoologie (ANPA)	Services d'urgence hospitaliers Registre de mortalité (INSERM SC8)	Cohorte de patients schizophrènes secteurs psychiatriques
Milieu scolaire (CNPERT)	Suivi des sujets bénéficiant de prescription de méthadone (93-97) Cohorte de toxicomanes vus en services hospitaliers	Suivi de sujets vus en CHAA (région Centre Val de Loire)		

⁵ CHANOIT PF, DE VERBIZIER J. Informatique et épidémiologie psychiatrique. Editions Erès, 1985, 1-266.

PREMIERE PARTIE :

SUJETS PSYCHOTIQUES ET

SUJETS CONSOMMATEURS DE NEUROLEPTIQUES

EN POPULATION GENERALE :

COMPARAISON AVEC UNE POPULATION SCHIZOPHRENE TRAITEE

CASADEBAIG F.(1), PHILIPPE A.(2), RUFFIN D.(3), LECOMTE TH.(4)

1) Chargée de recherche INSERM

2) Ingénieur d'études INSERM

3) Vacataire INSERM 4) Directeur de recherches CREDES

1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

1.1- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La quasi totalité des études ayant trait à la pathologie mentale sévère portent, en France, sur l'analyse de patients à partir des lieux de soins. En effet, la prévalence des maladies psychiatriques sévères est faible. La majorité des études internationales situe la prévalence de la schizophrénie par exemple, à moins de 1% [5]. Il s'ensuit qu'il est difficile de mener des études sur les malades mentaux à partir de la population générale. Le nombre de personnes à contacter, pour atteindre un nombre suffisant de malades et obtenir des résultats fiables, dépasse les possibilités matérielles de la plupart des équipes de chercheurs.

L'enquête INSEE-CREDES offre l'opportunité d'aborder, à partir de la population générale, une population présentant soit des diagnostics psychiatriques, soit une consommation de médicaments [4], les neuroleptiques, qui sont plus spécialement destinés aux sujets présentant une pathologie neurologique ou psychiatrique. Elle permet en conséquence de comparer ces sujets de la population générale à des sujets suivis dans des lieux de soins spécialisés et plus spécialement, de comparer à des patients schizophrènes, âgés de 18 à 64 ans, étudiés par l'Unité 302 de l'INSERM depuis 1993, avec le soutien du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique (GFEP) [2]. L'une des principales caractéristiques de ces patients schizophrènes suivis en secteur de psychiatrie générale est la consommation de neuroleptiques : presque tous les patients de l'enquête (97%) prennent au moins un neuroleptique.

1.2- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le premier objectif de l'étude est de repérer dans l'échantillon de la population française étudié les sujets présentant un diagnostic de schizophrénie ou de psychose.

Le second objectif est de comparer par diagnostic les sujets prenant des neuroleptiques.

Le troisième objectif est de comparer une population générale traitée par neuroleptique, à la population des schizophrènes suivis dans des secteurs de psychiatrie générale.

1.3- METHODOLOGIE

Le questionnaire utilisé dans l'enquête INSERM a été conçu pour pouvoir comparer les données de consommations de soins avec celles de l'enquête INSEE-CREDES, mais l'information sur la prescription de médicaments psychotropes reçus par le patient est fournie par le psychiatre concerné dans l'enquête INSERM, et il en est de même pour les maladies.

Dans l'enquête INSEE-CREDES, il s'agit d'une auto-déclaration par le sujet interrogé :

A chaque passage de l'enquêteur, une question est posée concernant l'achat ou l'obtention gratuite de produits pharmaceutiques avec ou sans ordonnance. Après la visite initiale, un passage a lieu toutes les trois semaines, donc il y a quatre passages au cours de l'enquête dont l'observation s'étend sur trois mois.

Au cours de la visite initiale, une carte listant 27 rubriques de maladies, troubles de la santé, handicaps et infirmités est soumise au ménage, et les maladies de chacun des membres du ménage sont repertoriées. Ce bilan de morbidité est complété au cours des passages successifs par le relevé des maladies incidentes et par des questions systématiques ayant trait aux maladies motivant un recours aux soins. Chaque dossier individuel fait l'objet d'un examen par un médecin de l'équipe médicale du CREDES.

Les données de l'enquête INSEE-CREDES analysées sont relatives à la population ayant déclaré un trouble psychiatrique et à la population ayant déclaré au moins une acquisition de médicaments neuroleptiques au cours de l'enquête. Les informations sont extraites des différentes bases transmises par l'INSEE et le CREDES (données individuelles, consommations de soins médicaux, fichier corrigé des maladies du CREDES).

Un examen au cas par cas des pathologies à l'origine de ces acquisitions de neuroleptiques et de l'ensemble des maladies des sujets consommateurs de neuroleptiques a été réalisé afin de mieux apprécier l'état de santé de cette population.

2 RESULTATS

2.1- DIAGNOSTIC DE PSYCHOSE DANS L'ENQUETE INSEE-CREDES

a) Prévalence des cas de psychose

Dans l'enquête INSEE-CREDES, sur un effectif étudié de 21585 personnes, 69 personnes ont déclaré un diagnostic de psychose, dont deux cas de schizophrénie.

Dans les classes d'âges 18-64 ans, sur un effectif de 13188 personnes, on relève 40 personnes avec un diagnostic de psychose, soit une prévalence de 0,3%.

Parmi ces 40 personnes, 19 ont une prescription de neuroleptique et 21 n'en ont pas¹.

b) Comparaison des sujets psychotiques selon la consommation ou non de neuroleptiques

Des différences sont relevées entre les deux groupes mais qui n'atteignent pas la significativité statistique en raison des faibles effectifs².

La répartition par sexe est identique dans les deux groupes, 52% d'hommes.

Les sujets psychotiques qui reçoivent des neuroleptiques vivent plus souvent en couple (84% vs. 38%). Ils sont aussi plus souvent mariés (74% vs. 38%).

Le recours au système de soins apparaît plus important pour les sujets recevant des neuroleptiques, qu'il s'agisse des séances médicales, des hospitalisations ou de l'acquisition de médicaments psychotropes autres que les neuroleptiques.

¹ Voir l'annexe II-A du rapport (Tome 2).

² Voir l'annexe II-B du rapport (Tome 2) pour les résultats détaillés.

Ils ont été plus nombreux à avoir une hospitalisation dans les six mois avant l'enquête (5 sujets sur les 19 traités vs. 2 sujets sur les 21 non traités) et pendant les trois mois de l'enquête (3 sujets sur les 19 traités et aucun parmi les 21 non traités)

La totalité des sujets avec neuroleptique ont eu une séance avec un médecin alors que 38% des sujets sans neuroleptique n'en ont pas eu (8 sujets). Les premiers ont en moyenne 4.5 consultations, contre 2 chez les sujets sans neuroleptique. Les séances chez un spécialiste concernent plus de sujets avec neuroleptique que de sujets sans neuroleptique (79% vs 33%).

Enfin, les sujets avec neuroleptique sont plus nombreux à avoir également acquis d'autres médicaments psychotropes : 47% ont acquis des hypnotiques vs. aucun chez les sujets sans neuroleptique. 63% ont acquis des tranquillisants (vs. 29%) et 74% ont acquis des antidépresseurs (vs. 29%).

L'activité professionnelle et l'incapacité permanente concernent à peu près la même proportion de sujets dans les deux groupes.

Une activité professionnelle concerne 42% des sujets traités vs. 38% des sujets non traités par neuroleptique.

Une incapacité permanente concerne 44% des sujets traités vs. 39% des sujets non traités par neuroleptique.

2.2- CONSOMMATION DE NEUROLEPTIQUE DANS L'ENQUETE INSEE-CREDES

a) Catégories diagnostiques à l'origine de la consommation de neuroleptique

138 personnes ont déclaré consommer des neuroleptiques¹. Pour ces sujets, on trouve quatre groupes diagnostiques à l'origine de ces prescriptions :

19 sujets (14%) avec un diagnostic de psychose (dont deux schizophrènes)

66 sujets (48%) avec un diagnostic de dépression

28 sujets (20%) avec un diagnostic de névrose

25 sujets (18%) avec un diagnostic de maladie somatique

Parmi les 25 sujets ne déclarant pas de trouble mental, les pathologies somatiques relevées sont les suivantes :

diarrhée infectieuse

tumeurs de l'oreille

obésité (2 cas)

trisomie

sclérose en plaque, épilepsie, migraines

cervicalgie, sciatique

¹ L'enquête INSEE-CREDES permet également de repérer certaines consommations régulières de médicaments, en particulier les psychotropes. Il est ainsi demandé quels médicaments sont pris au moins une fois par semaine depuis plus de six mois. Cependant, cette question n'est abordée qu'en fin d'enquête et seulement pour un sous-échantillon de la population (une personne par ménage). Compte tenu de ces restrictions, cette information n'a pas été exploitée.

bronchiolites aiguë

ulcère d'estomac, gastralgies (2 cas)

artérite

arthrose, lumbago

trouble du sommeil, asthénie, tremblements, céphalées, vomissements

sequelles de traumatisme (3 cas dont 2 du crâne)

b) Comparaison des consommateurs de neuroleptiques dans l'enquête INSEE-CREDES selon leur catégorie diagnostique

La comparaison des quatre groupes diagnostiques donne les résultats suivants, sans que les différences relevées soient significatives statistiquement (faibles effectifs)¹.

• Selon les caractéristiques sociodémographiques

Il y a plus d'hommes parmi les psychotiques (53% vs. 36% chez les dépressifs comme chez les névrotiques et 44% chez les sujets avec troubles somatiques).

La moyenne d'âge, 46 ans pour les psychotiques et pour les sujets avec troubles somatiques, est un peu plus jeune que pour les sujets avec troubles névrotiques, 47 ans et que pour les sujets dépressifs 49 ans.

Ce sont les psychotiques qui vivent le plus souvent en couple (84% vs. 68% chez les névrotiques, 67% chez les dépressifs et 56% chez les sujets avec troubles somatiques).

Ce sont les sujets avec troubles somatiques qui sont les plus nombreux à avoir un niveau de diplôme égal ou supérieur au baccalauréat (24% vs. 11% chez les psychotiques et les dépressifs et 4% chez les névrotiques).

Ce sont aussi les sujets avec troubles somatiques qui sont les plus nombreux à exercer une activité au moment de l'enquête (52% vs. 42% chez les psychotiques, 32% chez les dépressifs et 29% chez les névrotiques).

Ce sont les sujets avec troubles névrotiques qui sont les plus nombreux à ne pas avoir d'enfant de 16 ans ou moins au moment de l'enquête (82% vs. 71% chez les dépressifs, 68% chez les sujets avec troubles somatiques et 47% chez les psychotiques).

• Selon la consommation de soins

Une hospitalisation dans les six mois précédant l'enquête a plus souvent eu lieu pour les sujets avec troubles psychotiques (26% vs. 14% pour les sujets avec troubles névrotiques, 11% pour les sujets avec troubles dépressifs, aucun des 25 sujets avec troubles somatiques n'en ayant eu).

Une hospitalisation pendant l'enquête a plus souvent eu lieu également pour les sujets avec troubles psychotiques (24% vs. 18% pour les sujets avec troubles névrotiques, 13% pour les sujets avec troubles somatique et 9% pour les sujets avec troubles dépressifs).

Une incapacité permanente est surtout notée pour pour les sujets avec troubles psychotiques (44% vs. 43% pour les sujets avec troubles névrotiques, 29% pour les sujets avec troubles dépressifs et 12% pour les sujet avec troubles somatiques).

¹ Voir l'annexe II-C du rapport (Tome 2) pour les résultats détaillés.

Tous les sujets avec troubles psychotiques, tous les sujets avec troubles somatiques. 96% des sujets avec troubles névrotiques et 94% pour les sujets avec troubles dépressifs ont eu au moins une séance de médecins au cours de l'enquête.

79% des sujets avec troubles psychotiques ont eu au moins une consultation avec un spécialiste vs 58% des sujets dépressifs, 46% des sujets avec troubles névrotiques et 36% des sujets avec troubles somatiques.

Le nombre moyen de boîtes de neuroleptiques acquises pendant l'enquête varie peu entre les groupes avec trouble mental : 4 boîtes en moyenne pour les sujets avec trouble psychotique, 3,8 boîtes pour les sujets dépressifs et 4,2 pour les sujets avec troubles névrotiques. Le nombre moyen de boîtes est par contre plus bas pour les sujets avec troubles somatiques (2,7 boîtes).

Le nombre moyen de boîtes de médicaments psychotropes autres que les neuroleptiques est assez semblable entre les sujets avec troubles psychotiques (9,6 boîtes) et les sujets dépressifs (8,5 boîtes). Ce nombre diminue sensiblement pour les sujets avec troubles névrotiques (2 boîtes) et les sujets avec troubles somatiques (0,9 boîte).

Si on regarde ces médicaments psychotropes autres que neuroleptiques, on constate que les sujets avec troubles psychotiques figurent parmi les plus forts consommateurs, mais également les sujets avec troubles dépressifs. 47% des sujets avec troubles psychotiques, 36% des sujets avec troubles dépressifs, 25% des sujets avec troubles névrotiques et 4% des sujets avec troubles somatiques ont acquis au moins une boîte d'hypnotiques et sédatifs. 63% des sujets avec troubles psychotiques et 73% des sujets avec troubles dépressifs ont acquis au moins une boîte d'anxiolytiques, contre 36% des sujets avec troubles névrotiques et 12% des sujets avec troubles somatiques. 74% des sujets avec troubles psychotiques et 64% des sujets avec troubles dépressifs ont acquis au moins une boîte d'antidépresseur, contre aucun sujet avec trouble névrotique et 4% des sujets avec troubles somatiques.

c) Médicament neuroleptique selon la pathologie déclarée dans l'enquête INSEE-CREDES

Le Tableau II précise la nature des neuroleptiques prescrits pour les trois catégories diagnostiques relatives aux troubles mentaux.

Tableau II : Neuroleptiques prescrits selon le diagnostic de trouble mental

Psychoses (N=19)	Dépression (N=66)	Névrose (N=28)
Tercian (P=8)	Haldol (P=14)	Haldol (P=6)
Largactil (P=6)	Dogmatil (P=12)	Dogmatil (P=6)
Nozinan (P=3)	Tercian (P=10)	Nozinan (P=4)
Haldol (P=2)	Nozinan (P=9)	Solian (P=4)
Modecate (P=1)	Solian (P=4)	Neuleptil (P=2)
Neuleptil (P=1)	Neuleptil (P=4)	Tercian (P=2)
Fluanxol (P=1)	Largactil (P=2)	Tiapridal (P=2)
Piportil (P=1)	Orap (P=2)	Melleril, Dipiperon, Modecate
Majeptil (P=1)	Melleril (P=2)	Synédil, Orap, Neuriplege
Terfluzine (P=1)	Opiran, Fluanxol, Synédil, Dipipéron	
Autres (P=4)	Tiapidal, Moditen R., Piportil	

NB : Chaque sujet est compté autant de fois que le médicament apparaît.

(N= nombre de sujets)

(P=nombre de fois où le médicament est prescrit)

Le Tableau III précise pour chaque neuroleptique les maladies motifs de la prescription pour les 25 sujets avec maladies somatiques.

Tableau III : Maladies autres que les troubles mentaux à l'origine des prescriptions de neuroleptiques

Dogmatil (P=10)	Neuriplege (P=5)	Tiapridal (P=2)	
diarrhée infectieuse	obésité	artérite	
cervicalgie	arthrose	tremblements	
obésité	lumbago	Autres (P=1)	
vomissements	sclérose en plaques	Dipiperon	trisomie 21
gastralgie	sciatique	Orap	asthénie
séquelles traumatisme	Haldol (P=3)	Nozinan	séquelle traumatisme
tumeur de l'oreille	épilepsie	Solian	gastralgie
ulcère à l'estomac	séquelle de fracture du crâne	Synédil	bronchiolite aigue
troubles du sommeil	céphalée		
migraine			

(P=nombre de fois où le médicament est prescrit)

23- COMPARAISON DES SCHIZOPHRENES SUIVIS A L'INSERM ET DES SUJETS RECEVANT UN NEUROLEPTIQUE DANS L'ENQUETE INSEE-CREDES

Parmi les 138 sujets recevant un neuroleptique dans l'enquête INSEE-CREDES, les résultats sont distingués pour les 19 sujets ayant déclaré un diagnostic de psychose.

a) Comparaison sur le plan sociodémographique

• Sexe :

64% de la population des schizophrènes étudiés à l'Unité 302 sont des hommes.

Dans la population INSEE-CREDES, on trouve 55 hommes et 83 femmes, soit 40% d'hommes, et parmi les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique', la proportion d'hommes est de 53%.

• Age :

L'âge moyen des schizophrènes est de 40 ans contre environ 47 ans pour la population INSEE-CREDES. La majorité des sujets de la population INSEE-CREDES est dans la classe des 50-59 ans. Pour les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique', une moitié d'entre eux (10 sujets) ont entre 40 et 49 ans.

• Etat matrimonial :

12% chez les schizophrènes sont mariés contre 62% des sujets de la population INSEE-CREDES. Pour les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique', 74% d'entre eux sont mariés.

• Niveau d'études :

11% des patients schizophrènes sont de niveau Bac ou supérieur versus 11% de la population INSEE-CREDES, et la même chose pour les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'.

• Activité :

20% des patients schizophrènes exercent actuellement une activité versus 43% dans la population INSEE-CREDES et 42% chez les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'.

• Consommation de tabac :

56% des patients schizophrènes sont fumeurs vs. 39% de la population INSEE-CREDES et 57% chez les sujets ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'.

b) Comparaison sur le plan sanitaire

• Hospitalisation durant les 6 mois précédant l'enquête :

9% des patients schizophrènes,

12% de la population INSEE-CREDES,

26% de la population INSEE-CREDES ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'

• Séances de généraliste :

29% des patients schizophrènes

81% de la en population INSEE-CREDES

100% de la population INSEE-CREDES ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'

- Séances chez un spécialiste :

18% des patients schizophrènes

54% de la en population INSEE-CREDES

79% de la population INSEE-CREDES ayant reçu un diagnostic 'Etat psychotique'

3. COMMENTAIRES

L'analyse présentée ici des sujets de l'enquête INSEE-CREDES en population générale selon leur diagnostic ou leur consommation de neuroleptique présente plusieurs limites méthodologiques :

La faiblesse des effectifs concernés par la pathologie mentale sévère rend plus aléatoire les informations relevées.

L'auto-déclaration des sujets notamment pour ce qui est du diagnostic, ajoute une part d'incertitude sur les données de morbidité.

3.1- MESURE DE LA PATHOLOGIE MENTALE SEVERE

La prévalence des troubles psychotiques relevée dans cette enquête chez les sujets âgés de 18 à 64 ans, évaluée à 0,3%, semble faible. Quelques hypothèses peuvent être émises à ce sujet :

La reconnaissance par les sujets de pathologies dont l'acceptation est difficile peut être une source de sous-déclaration. Certains sujets qui par exemple se sont déclarés dépressifs ou ont décrit des troubles regroupés sous l'entité de symptômes névrotiques auraient sans doute pu être classés par un psychiatre dans une autre catégorie.

De par la structure même de l'enquête, tout sujet hospitalisé échappe à l'étude, ce qui contribue aussi à diminuer la prévalence des troubles psychotiques, même si actuellement les sujets en hôpital temps plein à un moment donné sont minoritaires, environ le quart des sujets d'une file active [1].

Dans les enquêtes de population, ce sont les sujets isolés qui sont les plus difficilement accessibles. Or les sujets psychotiques le sont souvent. Ainsi, les 21 sujets non traités par neuroleptique ne sont que 38% à vivre en couple. L'enquêteur écrit pour annoncer son passage mais ce sont les sujets vivant seuls qui, en général, seront les plus réticents à le recevoir et que l'on aura donc le moins de chance de rencontrer ou de suivre pendant toute la durée de l'enquête. L'échantillon INSEE-CREDES compte au départ 8235 ménages : seuls 7202 sont suivis selon le protocole prévu (au total, cinq visites à un intervalle régulier de trois semaines) : les suivis incomplets concernent ainsi un ménage sur huit.

3.2- PRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES

Concernant la prescription de neuroleptique, plusieurs constatations se dégagent :

Il faut d'abord noter que la prescription de neuroleptique touche une partie faible de la population générale (1%), mais que cette prescription présente un champ beaucoup plus large que la pathologie psychotique pour laquelle elle est à priori destinée et va au delà même de la pathologie mentale. Dans l'enquête Lachaux et Gaussarès [3], pour des sujets de secteur public de psychiatrie, la proportion de sujets recevant des neuroleptiques mais ne ressortissant pas du champ de la psychose était de 36%. Ils représentent 86% des sujets de l'enquête INSEE-CREDES.

Les informations trop parcellaires dont on dispose pour apprécier les raisons de la prescription de neuroleptique pour des sujets hors troubles psychotiques, voire hors trouble mental, doivent inciter à la prudence dans les commentaires. Toutefois, l'indication de neuroleptique dans un champ aussi large que celui trouvé ici avec des tableaux fonctionnels un peu flous peut poser problème.

Dans des états névrotiques avec décompensation dépressives sévères, l'association antidépresseur / neuroleptique est utilisée assez classiquement pendant des durées brèves.

De même, certains neuroleptiques sont utilisés dans des pathologies alcooliques.

Les troubles fonctionnels déclarés ici peuvent recouvrir d'autres pathologies, éventuellement même somatiques, dont le sujet peut avoir du mal à parler, comme le cancer par exemple, ou le neuroleptique est parfois utilisé dans un rôle antalgique.

Il faut souligner qu'il apparaît dans l'enquête, à travers le nombre moyen de boîtes, qu'il semble s'agir d'une consommation beaucoup plus ponctuelle dans le cas des sujets avec troubles somatiques.

Il semble toutefois qu'il existe peu d'indications thérapeutiques scientifiquement validées pour des usages aussi variés. Les neuroleptiques ont dans l'ensemble des effets secondaires sur la santé des sujets qui doivent rendre leur prescription particulièrement étudiée.

S'agit-il d'un glissement des prescriptions de benzodiazépines vers les neuroleptiques? Si l'on regarde les médicaments psychotropes autres que neuroleptiques, on voit qu'ils concernent avant tout les sujets avec troubles psychotiques ou les sujets dépressifs et sont prescrits de façon plus marginale pour les sujets avec troubles névrotiques ou somatiques.

Ces traitements neuroleptiques ont-ils été initiés par le généraliste ou le psychiatre? Avec quelle régularité ont-ils été utilisés au cours des trois mois? A ces questions, il serait intéressant de pouvoir répondre mais les données de l'enquête ne le permettent pas.

3.3- SUJETS PSYCHOTIQUES NON TRAITES PAR NEUROLEPTIQUE

La proportion de sujets psychotiques non traités par neuroleptique, un peu plus que de sujets traités, est étonnante. Il faut bien sûr avoir en tête les limites méthodologiques énoncées plus haut.

On constate que les sujets psychotiques traités par neuroleptique sont aussi les plus suivis, aussi bien par un généraliste que par un spécialiste.

On relève que la différence de consommation de neuroleptique entre les deux groupes n'est pas compensée par une consommation plus importante d'autres classes de psychotropes ; c'est au contraire l'inverse qui est constaté. Les sujets sous neuroleptique sont aussi ceux qui prennent davantage de médicaments psychotropes autres.

L'incapacité permanente comparable chez les sujets psychotiques sans neuroleptique et chez ceux avec neuroleptique ne vient pas expliquer la différence de prise en charge entre les deux groupes.

Le fait que les sujets psychotiques traités par neuroleptique apparaissent les moins isolés, vivant notamment plus souvent en couple, et une fois sur deux avec enfant, est probablement une des explications d'un meilleur suivi médical ou d'un suivi médical mieux repéré dans l'enquête.

Pour les sujets en apparence non traités, une explication possible serait l'existence d'une prise en charge en hôpital de jour. Mais cette hypothèse a peu de chance de s'appliquer d'une part à l'ensemble des 21 sujets et d'autre part, habituellement, le patient achète lui-même son médicament, ce n'est pas l'hôpital de jour qui le lui fournit. ...

3.4- COMPARAISON A LA POPULATION SCHIZOPHRENE TRAITEE

La diversité des diagnostics traités par neuroleptique dans l'enquête INSEE-CREDES entraîne des caractéristiques socio-démographiques et cliniques tout à fait différentes de celles des patients schizophrènes suivis dans des secteurs publics de psychiatrie.

Quand on compare les patients schizophrènes à la population générale dans son ensemble [2], les patients schizophrènes ont plus de consultations tant chez le généraliste que chez le spécialiste et également plus d'hospitalisations au cours des six mois précédant l'enquête. À l'inverse, si l'on compare les patients schizophrènes à la population INSEE-CREDES prenant des neuroleptiques, ce sont ces derniers qui présentent les prises en charges plus nombreuses.

Si l'on compare les schizophrènes suivis en secteur [2] aux seuls sujets de l'enquête INSEE-CREDES présentant des troubles psychotiques et traités par neuroleptique, on relève davantage de traits parallèles. Dans les deux cas, il s'agit d'une population plus masculine, plus jeune, avec une proportion importante de fumeurs. L'incapacité permanente n'était pas relevée comme telle chez les schizophrènes mais 50% d'entre eux avaient une AAH et 21% une pension d'invalidité. Toutefois, certaines différences sont à noter. Elles concernent la vie familiale beaucoup plus présente parmi les sujets avec troubles psychotiques, l'activité exercée qui est aussi beaucoup plus fréquente pour eux, de même que les consultations plus nombreuses tant chez le spécialiste que chez le généraliste. Ces différences mériteraient toutefois si les effectifs étaient plus importants d'être pondérées par le sexe et l'âge.

3.5- CONCLUSIONS

En conclusion, c'est probablement pour des pathologies dont la prévalence est faible et la reconnaissance par le sujet lui-même souvent douloureuse que les enquêtes en population générale sans utilisation d'outils standardisés peuvent poser le plus de problème.

Pour ce qui est de la consommation de neuroleptiques, consommation marginale par rapport à d'autres médicaments, il serait souhaitable que dans une prochaine enquête, on puisse apprécier plus précisément quel est le prescripteur, et pour quelle durée et quel motif, cette médication est instituée.

4. BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOISGUERIN B, PARAYRE CL, QUEMADA N. Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, 16-29 Mars 1993. Rapport DGS-INSERM CCOMS, Paris -Juillet 94, 43p.
- [2] CASADEBAIG F, PHILIPPE A, GUILLAUD-BATAILLE JM., GAUSSET MF, QUEMADA N, TERRA JL. Schizophrenic patients physical health and access to somatic care. Eur Psychiatry, 1997, 12-289-293.
- [3] LACHAUX B, GAUSSARES C. Le patient sous traitement neuroleptique. Jama, suppl. Octobre 94, 13p.
- [4] LECOMTE T, PARIS V. Consommation de pharmacie en Europe, 1992. Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni. C.R.E.D.E.S., 1994, 2^e édition, 124p.
- [5] WARNER R, DE GIROLAMO G. Schizophrénie. OMS, 1995.

DEUXIEME PARTIE :

RECHERCHE D'UNE TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES EN POPULATION GENERALE

FACY F.(1), RUFFIN D.(2), RABAUD M.(3)

1) Directeur de recherches INSERM

2) Vacataire INSERM

3) Ingénieur de recherche INSERM

1. DESCRIPTION DES CONSOMMATIONS

1.1- DESCRIPTION GLOBALE DES CONSOMMATIONS

a) *Information disponible*

Les consommations décrites dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux concernent uniquement les produits psychotropes licites. Aucune information relative aux usages illicites, produits stupéfiants ou usages détournés de médicaments, n'est disponible. Les données sont déclaratives et peuvent pour des raisons diverses ne pas correspondre à la consommation réelle.

La tabagie est décrite lors de l'entretien initial. La consommation de médicaments, parmi lesquels les psychotropes, est relevée au cours des trois mois de suivi. Les données relatives aux boissons alcoolisées et à la prise régulière de médicaments psychotropes sont issues du questionnaire final, administré à un sous-échantillon de 7666 sujets (un par ménage). Les analyses réalisées ne tiennent pas compte du léger décalage dans le temps entre ces différentes mesures : les usages, produits et volumes, sont supposés exister à une même date.

La population de l'étude est celle des 7575 sujets présents lors de l'entretien final¹.

Les différents produits étudiés ont des dosages en substances psychotropes très variables. Il est illusoire d'essayer de quantifier les teneurs en substance active à partir de l'information disponible. Les indicateurs de volumes retenus sont le nombre de verres pour les boissons, le nombre de cigarettes et le nombre de boîtes de médicaments acquises pendant l'enquête.

Signalons que le fichier décrivant les maladies déclarées au cours de l'enquête recense 20 cas de dépendances diagnostiquées parmi les troubles mentaux (rubrique 5 de la C.I.M. 9^e révision) : alcoolisme (20 cas), toxicomanie sans autre indication (1 cas). Ceci correspond à une prévalence de la dépendance inférieure à 1%. Ce chiffre, très inférieur aux estimations des experts [9], illustre de manière exemplaire les problèmes posés par la mesure des psychopathologies en population générale, et symbolise d'emblée les limites de cette enquête, qui demeure toutefois intéressante à analyser en terme d'usages généraux, à partir des volumes de consommations déclarés.

¹ Voir l'annexe I-A du Rapport, Tome 2.

b) Consommation de boissons psychotropes (alcools, café et thé)

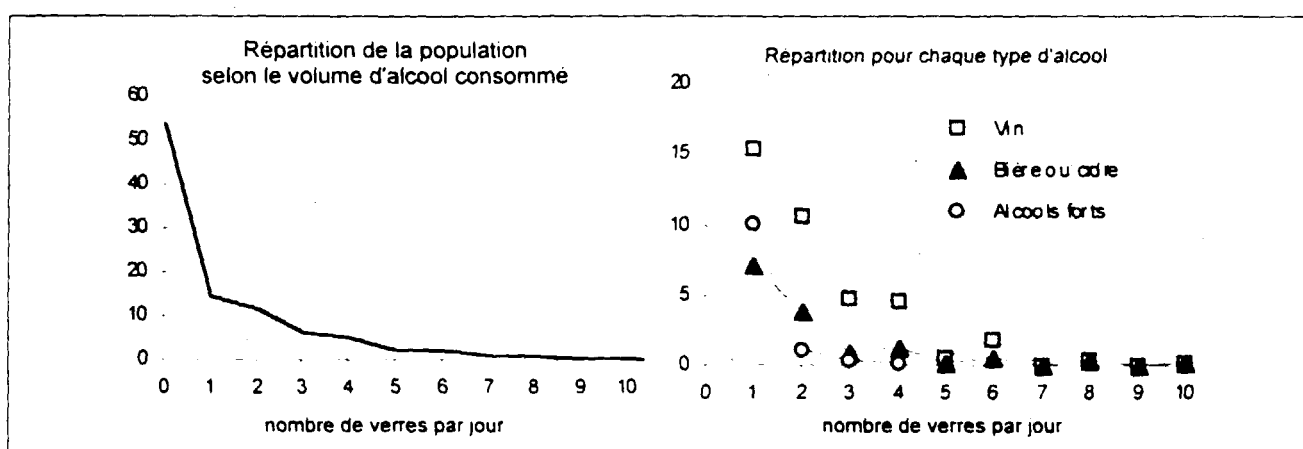
• Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est décrite pour trois types de produits : vin, bière et cidre, apéritifs et autres alcools forts. Le nombre de verres d'alcool bus chaque jour est calculé à partir de ces données de base.

46% des sujets déclarent boire au moins un verre d'alcool par jour (Figure 1). Le vin est le breuvage le plus courant avec 39% de buveurs. La bière et le cidre sont bus de façon quotidienne par 14% des sujets, les apéritifs et autres alcools forts par 12%.

L'ancre rural de la consommation du cidre est sans doute plus marqué que pour la bière, la consommation de cette dernière étant en augmentation, notamment parmi les jeunes. La non distinction entre ces deux boissons constitue sans doute une limite à l'évaluation de la consommation abusive de la frange la plus jeune de la population adulte.

Figure 1 : Répartition de la population selon le volume d'alcool consommé



Signalons que la consommation non quotidienne d'alcool n'est pas distinguée de l'abstinence véritable. La mesure privilégie ainsi certains usages d'alcool, notamment la consommation domestique (vins de table), sans oublier les dépendances (consommations quotidiennes abusives). Dans le tableau que l'on peut dresser à partir de ces données, manquent certains usages, épisodiques ou réguliers, correspondant à des rythmes et des modes de consommation différents. C'est en particulier le cas des ébriétés chroniques et des pics de consommation hebdomadaires.

Une variable distingue les sujets de l'étude selon l'évolution de leur consommation d'alcool (consommation antérieure supérieure à la consommation actuelle). Sont ainsi distingués les abstinents de toujours (47,5%), les sujets ayant arrêté toute consommation quotidienne (6,5%), ceux qui ont réduit le nombre de verres bus chaque jour (10%) et ceux qui au moment de l'enquête consomment chaque jour un volume égal ou supérieur à autrefois (36%).

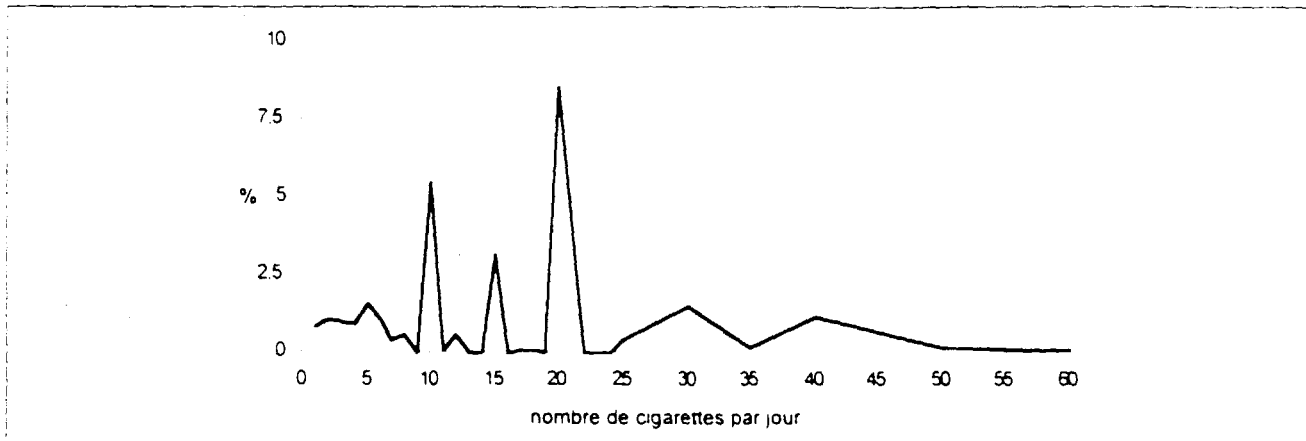
• Consommation de café et de thé

La consommation quotidienne de café ou thé a également été retenue, vu l'importance de certaines doses quotidiennes. En effet, près de 5% des sujets interrogés déclarent boire au moins six verres de café ou thé par jour.

c) Consommation de tabac

Les données relatives à la consommation de tabac obéissent aux mêmes règles de relevé que pour l'alcool. La restriction au seul usage quotidien est cependant moins limitative, cet usage étant très répandu parmi les fumeurs adultes. Près de 30% des sujets se déclarent fumeurs réguliers. La majeure partie des fumeurs consomme un demi à un paquet de cigarettes par jour.

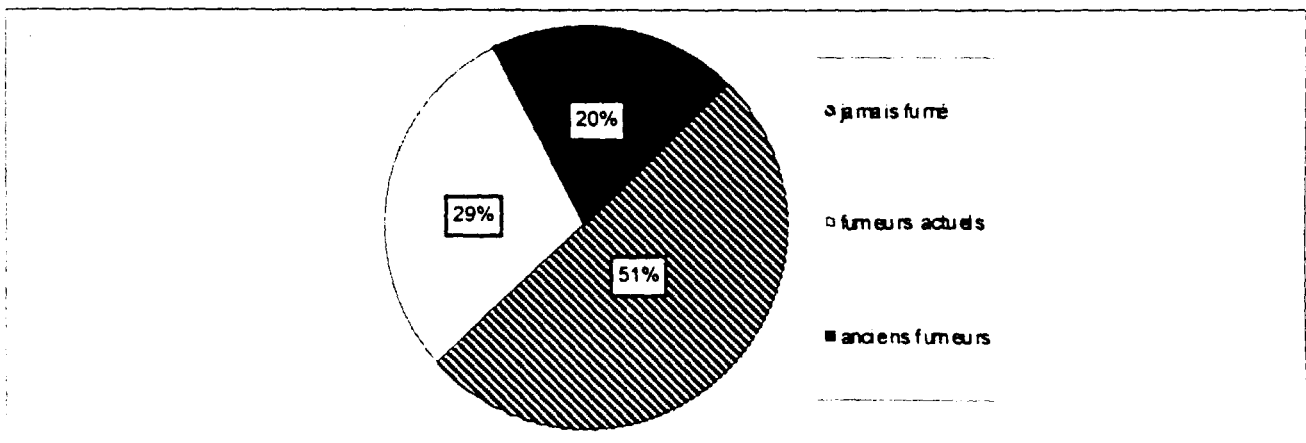
Figure 2 : Répartition de la population selon le volume de tabac consommé



La série brute de la répartition selon le volume de tabac consommé illustre l'attraction des valeurs rondes (Figure 2). On pourrait sans perte d'information retenir une mesure plus simple, cherchant à distinguer non fumeurs, fumeurs modérés, fumeurs d'un paquet par jour et fumeurs de plus d'un paquet par jour.

L'évolution de la consommation est déterminée à partir de la durée de la tabagie actuelle ou passée. Près de la moitié des sujets déclare n'avoir jamais fumé de façon quotidienne (Figure 3).

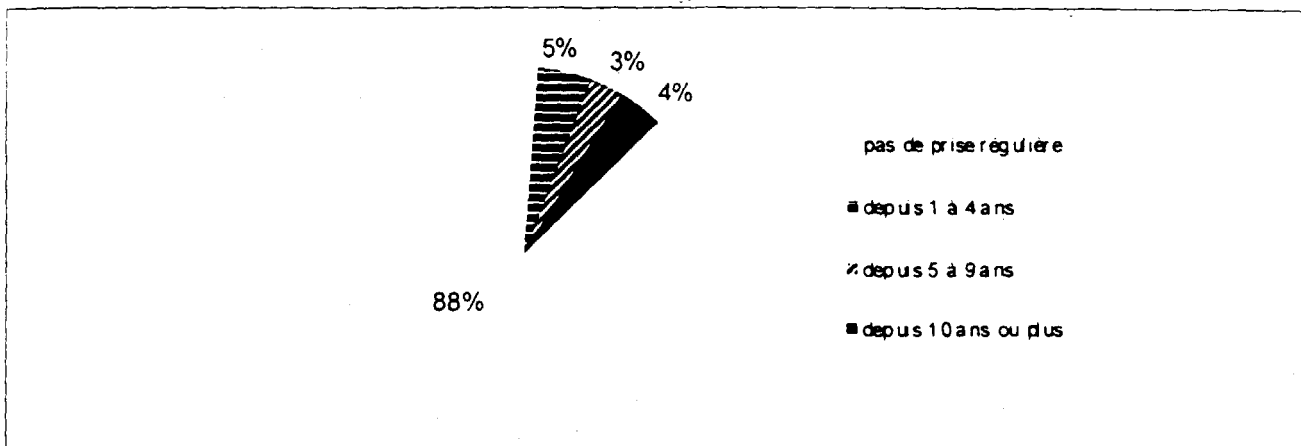
Figure 3 : Répartition de la population selon l'évolution de la consommation de tabac



d) Consommation de médicaments

La consommation régulière de médicaments psychotropes est entendue comme la prise de neuroleptiques, d'hypnotiques et sédatifs, de tranquillisants, d'antidépresseurs ou d'autres psychostimulants au moins une fois par semaine et ce depuis plus de six mois. Elle concerne environ 12% des sujets (Figure 4).

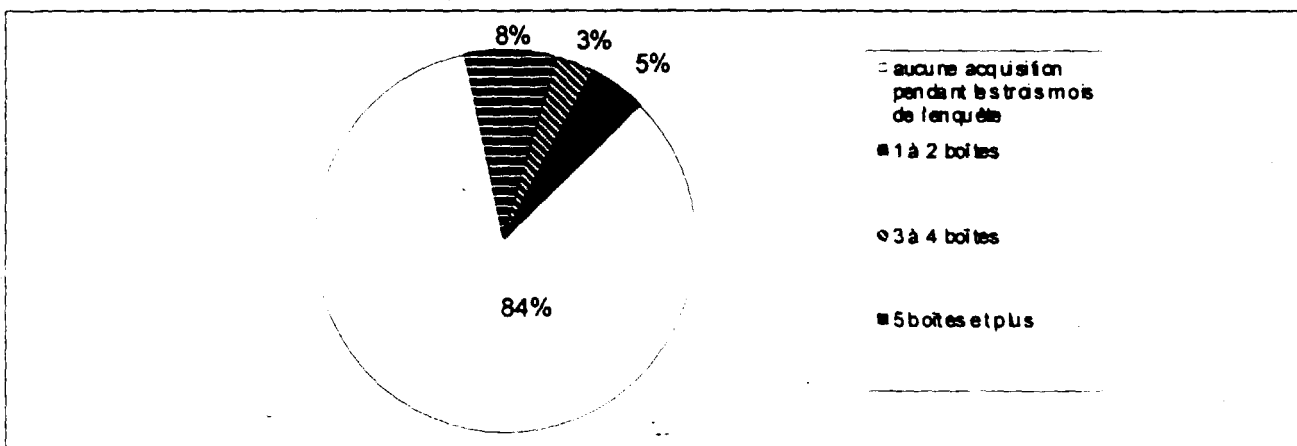
Figure 4 : Répartition de la population selon la durée de la prise régulière de médicaments psychotropes



Pour près de 4% des sujets, la prise dure depuis plus de dix ans. Ces données ont été analysées lors de précédentes études [10]; leur exploitation dans le cadre du présent projet reste donc secondaire, permettant d'opérer une distinction entre consommateurs réguliers et autres (Figure 4).

Le relevé de la consommation de produits pharmaceutiques au cours des trois mois d'enquête élargit le champ d'étude à l'ensemble des acquisitions de médicaments psychotropes déclarées, qu'il s'agisse de prescriptions ponctuelles ou régulières¹. Ces consommations correspondent à des acquisitions individualisables.

Figure 5 : Répartition de la population selon le nombre de boîtes de médicaments acquises pendant l'enquête



Un peu plus de 15% des sujets ont acquis au moins une boîte de psychotropes pendant l'enquête, et près de 5% ont au moins cinq boîtes (Figure 5).

¹ Dans certains cas de consommations hebdomadaires depuis plus de six mois, on ne retrouve pas d'acquisition de médicaments psychotropes pendant les trois mois de relevé. Les sujets correspondants n'ont pu être distingués des non consommateurs pendant la période.

Les médicaments acquis sont comptabilisés par nombre de boîtes et classe pharmaco-thérapeutique plus ou moins détaillée. Le classement retenu suit la nomenclature de l'EPHMRA¹ :

Neuroleptiques (classe N05A)

Hypnotiques et sédatifs (classe N05B)

Tranquillisants (classe N05C)

Antidépresseurs (classe N06A)

Autres psychostimulants (classes N06B à N06E)

Pendant l'enquête, 10% des sujets ont acquis au moins une boîte de tranquillisants, 6% d'hypnotiques, 4,5% d'antidépresseurs, 1,5% de neuroleptiques et 1,5% d'autres psychotropes.

Les traitements psychotropes sont la plupart du temps encore en cours à la fin de l'enquête. Seuls 8% des acquisitions correspondent à d'autres situations, fin normale du traitement ou interruption. Certaines situations ne peuvent que très difficilement être précisées, notamment les modifications de traitement et de façon plus large la non consommation de la totalité des produits acquis. Pratiquement, on considérera que chaque sujet ayant acquis des psychotropes a consommé au moins une partie des produits, le nombre de boîtes acquises restituant fidèlement l'importance des doses ingérées.

La durée de vie d'un médicament pouvant être courte et la mise sur le marché de nouvelles molécules et conditionnements étant régulière, un bref exposé des produits consommés en 1991-1992 n'est pas inutile...

Les acquisitions les plus fréquentes sont celles de tranquillisants, avec 22 boîtes pour 100 sujets (Temesta[®], Lexomil[®], Seresta[®], Tranxène[®], Xanax[®], Lysanxia[®]).

Viennent ensuite les acquisitions d'hypnotiques et sédatifs (13 boîtes pour 100 sujets : Rohypnol[®], Imovane[®], Noctran[®], Halcion[®], Stilnox[®], Mepronizine[®]) et celles d'antidépresseurs (8 boîtes pour 100 sujets : Prozac[®], Anafranil[®], Laroxyl[®], Athymil[®]).

Les autres familles de médicaments psychotropes sont plus rares : neuroleptiques (3 boîtes pour 100 sujets ; Dogmatil[®], Nozinan[®]), nootropiques (Nootropyf[®]).

¹ European PHarmaceutical Marketing Research Association

• *Prescripteurs et motifs de prescription des médicaments psychotropes*

L'étude des usages de psychotropes élargie aux produits non médicamenteux (alcool, tabac, café et thé) nécessite au préalable une mise au point sur la spécificité des mesures de la consommation de médicaments et sur les liens existant entre cette consommation, les recours aux soins et l'état de santé. L'enquête INSEE-CREDES permet d'associer à chaque acquisition de médicament déclarée la séance médicale au cours de laquelle la prescription a eu lieu et la maladie motif de la prescription.

Les prescriptions ne sont pas distinguées selon qu'il s'agisse d'un traitement initial ou d'un renouvellement d'ordonnance. Ceci entraîne une imprécision sur les poids respectifs des prescriptions des généralistes et des spécialistes, des médecins de ville et des hospitaliers.

La médecine générale est le secteur qui a prescrit le plus de traitements psychotropes (85%). Les médecins spécialisés en psychiatrie et neuropsychiatrie ont prescrit près de 10% des traitements.

Dans le détail, les traitements neuroleptiques sont davantage prescrits par les professionnels de la psychiatrie (19%). Il en est de même des traitements antidépresseurs (17%).

Les deux tiers des traitements sont prescrits au cabinet du médecin, et 30% au domicile des patients. Le poids des prescriptions en établissement de santé reste minime (2,5%) au sein de la population des ménages ordinaires.

L'étude des motifs de prescription de psychotropes permet de préciser différents contextes de santé justifiant cette consommation :

Diagnostic de trouble mental¹.

Expression de symptômes et d'états morbides mal définis (troubles du sommeil, fatigue, troubles nerveux, céphalées, etc.).

Diagnostics autres, correspondant à des maladies organiques.

Dans l'échantillon des 7575 sujets, 1345 ont acquis au moins une boîte de médicaments psychotropes pendant l'enquête. Par ailleurs, 137 sujets ont déclaré prendre régulièrement des psychotropes depuis au moins six mois, sans en avoir acquis pendant les trois mois du suivi. Si l'on entend par traitement l'acquisition unique ou renouvelée de médicaments destinée à soigner une maladie, la mise en ligne de la nature des acquisitions et des maladies permet de préciser le poids des différents traitements rencontrés en fonction des profils diagnostics².

On compte 1544 traitements psychotropes lorsque les familles de médicaments ne sont pas distinguées et 2065 lorsqu'elles sont distinguées, avec le détail suivant : 122 traitements neuroleptiques (6% des traitements), 575 hypnotiques (28%), 931 tranquillisants (45%), 318

¹ Cette distinction repose sur la Classification Internationale des Maladies (neuvième révision) : rubriques V (troubles mentaux), XVI (symptômes, signes et états morbides mal définis), autres rubriques.

² Dans l'appariement des acquisitions avec leurs motifs, certaines corrections ont été apportées (prescription psychotrope pour une maladie bénigne, le sujet présentant par ailleurs un trouble mental). 15 liens n'ont pu être retrouvés, aucune maladie n'étant déclarée pour ces sujets, ce qui est négligeable. Par ailleurs, pour les 137 sujets consommateurs réguliers n'ayant pas fait l'acquisition de médicaments pendant l'enquête, des acquisitions fictives ont été ajoutées : les prescriptions sont rapportées à la maladie mentale si elle est déclarée (50 sujets), et à un motif inconnu si aucun trouble mental n'est déclaré (87 sujets).

antidépresseurs (15%), 119 psychostimulants autres (6%). En moyenne, les sujets consommateurs se sont vus prescrire 1.5 traitement

Dans l'ensemble, sans distinction de famille, la santé mentale est à l'origine d'un peu plus de la moitié des prescriptions. Les symptômes et états morbides mal définis motivent un tiers des prescriptions, les maladies organiques 13%. Le 1% restant correspond à des motifs non assimilables à une maladie, plus ou moins précis : on identifie plusieurs cas d'antécédents de dépression nerveuse (Tableau IV).

Tableau IV : Maladies motifs des acquisitions de médicaments psychotropes

Maladies motifs des acquisitions	Nature des médicaments prescrits					
	tous produits	neuroleptique	hypnotique	tranquillisant	antidépresseur	psychostimulant
trouble mental	53%	69%	42%	65%	93%	25%
dont : psychose	1%	10%	1%	1%	3%	1%
anxiété	24%	9%	16%	33%	4%	5%
dépression	24%	37%	23%	26%	81%	15%
autres	5%	14%	3%	5%	5%	5%
symptômes morbides mal définis	33%	9%	49%	25%	2%	25%
dont : troubles du sommeil	25%	4%	41%	21%	4%	3%
fatigue, surmenage	2%	2%	1%	0%	1%	16%
autres	5%	4%	7%	4%	1%	7%
autres maladies	13%	20%	8%	9%	5%	45%
non assimilables à une maladie	1%	1%	1%	1%	0%	5%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les antidépresseurs et les neuroleptiques sont prescrits majoritairement pour des sujets présentant un trouble mental, le plus souvent un état dépressif. La prescription de ces deux familles de produits est rare lorsque le motif est un symptôme mal défini (9% et 2%).

20% des traitements neuroleptiques correspondent à des maladies somatiques (6% à des maladies des os, articulations, muscles, et 7% à des maladies de l'appareil digestif)¹.

Les deux tiers des traitements tranquillisants concernent un trouble mental, principalement l'anxiété et la dépression. Un quart des traitements tranquillisants sont motivés par des symptômes mal définis, principalement les troubles du sommeil.

Le poids de la pathologie mentale est plus faible pour les traitements hypnotiques, qui sont prescrits dans un même ordre de grandeur pour des plaintes liées au sommeil.

Moins souvent prescrits, les traitements psychostimulants concernent la pathologie mentale une fois sur quatre seulement. Les plaintes liées à la fatigue, à l'asthénie ou au surmenage motivent un traitement sur six. Les maladies les plus souvent rencontrées sont de nature somatique, liées en premier lieu aux troubles de l'appareil circulatoire (28%) et aux troubles respiratoires (7%).

¹ La première partie du rapport traite plus spécifiquement de la consommation de neuroleptiques. Dans le présent exposé, seules les consommations des sujets ayant répondu au questionnaire final sont considérées. Les chiffres fournis en première partie, qui concernent les consommations d'un ensemble plus large de l'échantillon INSEE-CREDES sont donc légèrement différents...

Chez les hommes d'âge avancé, on observe une attitude inverse, allant dans le sens d'une réduction des doses. Ce phénomène est d'autant plus précoce que le seuil de consommation fixé est élevé. Ainsi, la proportion d'hommes buvant au moins deux verres par jour est maximale entre 55 et 65 ans, contre 55 ans pour un seuil de trois verres et 45 ans pour un seuil de six verres. Seule la proportion de consommateurs très modérés (un verre par jour) reste stable après 70 ans.

Une telle variation n'a pas d'équivalent chez les femmes âgées, consommatrices modérées.

Deux types de consommation se distinguent nettement : l'une modérée et l'autre élevée. Pour des doses égales ou supérieures à huit verres par jour, les variations de consommation notées pour les doses modérées en fonction de l'âge ne sont plus perceptibles : 5% à 8% des hommes ingèrent de telles doses quel que soit l'âge.

• Vins, bière et cidre, alcools forts selon le sexe et l'âge

La consommation quotidienne de vin est essentiellement répandue parmi les générations d'hommes ayant atteint 40 ans. Elle n'est différente de la consommation d'alcool en général que pour les jeunes générations (moins de 35 ans), où moins de 10% des individus boivent chaque jour quatre verres de vin ou plus. La proportion de femmes buvant au moins trois verres par jour n'excède pas 5% quelle que soit la tranche d'âge.

A l'inverse du vin, la consommation quotidienne de bière est davantage prisée par les jeunes générations. Celle du cidre est sans doute différente, cette boisson étant moins prisée par les jeunes. Les données disponibles ne permettent pas d'en saisir les caractéristiques.

La consommation de bière et de cidre est moindre chez les hommes âgés d'au moins 50 ans. Elle est également un peu plus faible pour les hommes âgés de 35 à 45 ans. Ces variations concernent essentiellement la prise d'un nombre modéré de verres (un à deux). A des seuils plus élevés, les écarts de consommation selon l'âge sont minimes, une proportion d'environ 5% d'hommes buvant au moins cinq verres de bière ou de cidre par jour entre 20 et 60 ans.

La dose quotidienne d'apéritifs et autres alcools forts est modérée par rapport au nombre de verres de vin, de bière ou cidre ingérés chaque jour. Notons que les différences selon le sexe et selon l'âge sont moins marquées que pour les autres boissons alcoolisées. Cette régularité tient sans doute à un mode de consommation spécifique, plus convivial.

• Evolution de la consommation d'alcool selon le sexe et l'âge

Un second registre de variation apparaît en fonction de l'âge, sensible quel que soit le seuil de consommation fixé. Il s'observe en particulier chez les hommes, que l'on étudie le vin ou la bière, ou encore l'évolution de la consommation. Outre une variation selon l'âge, qui oppose le volume de consommation des jeunes adultes, des adultes et des personnes âgées, on observe différents âges propices à une réduction ou une augmentation de la consommation (Figure 7).

¹ Voir les figures correspondantes en annexe III-C du rapport (Tome 2).

1.2- DESCRIPTION DES CONSOMMATIONS PAR SEXE ET ÂGE

Le sexe et l'âge sont deux variables centrales dans l'analyse, caractérisant fortement tous les usages. Les résultats par âge permettent par ailleurs d'apprécier certaines évolutions de la consommation, bien qu'il soit difficile de faire la part entre effets d'âge et effets de génération.

Pour chaque produit, est représentée la proportion de consommateurs de sexe et âge donnés. Plusieurs seuils de consommation sont envisagés, afin de situer les consommations les plus élevées dans l'ensemble plus large des consommateurs.

Les séries présentées sont lissées selon la méthode des moyennes mobiles, ce qui autorise une quantification fine tout en gommant les différences de proportions entre deux années d'âge, qui sont dues aux faibles effectifs à chaque âge.

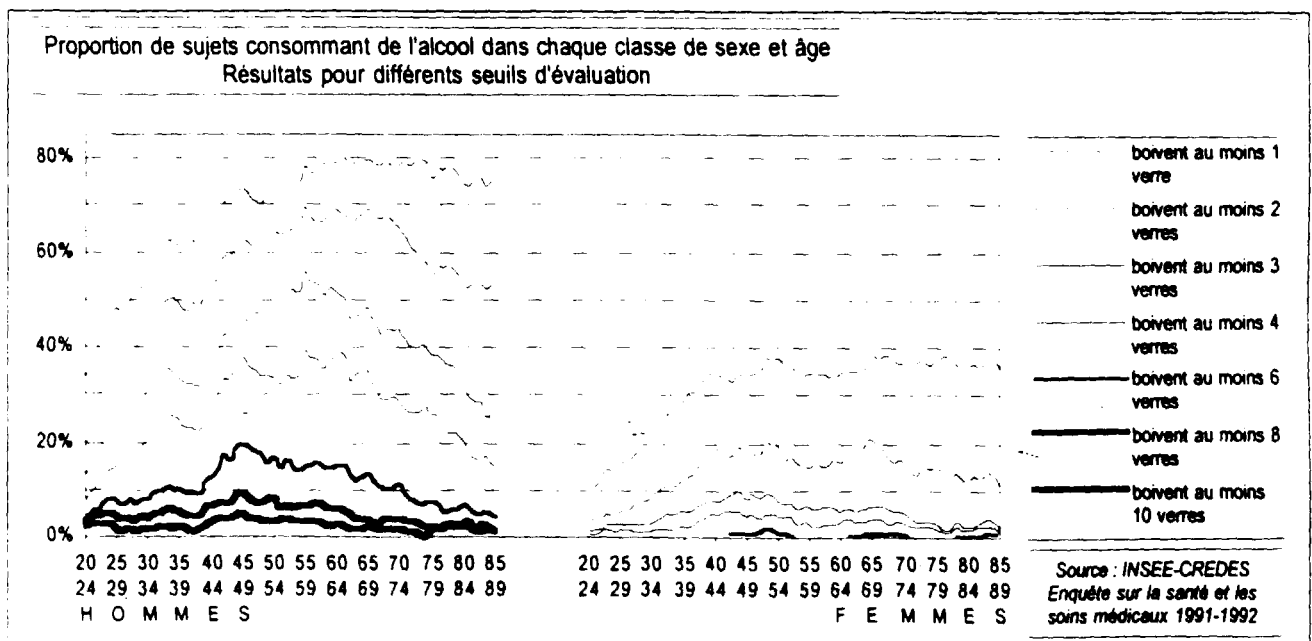
a) Consommation quotidienne de boissons psychotropes selon le sexe et l'âge

La déclaration d'une consommation quotidienne d'au moins un verre d'alcool est très fréquente chez les hommes : plus d'un homme sur deux est concerné à partir de 25 ans. La proportion de buveurs dépasse 75% après 55 ans.

En comparaison, la consommation quotidienne d'alcool est nettement moins répandue chez les femmes : moins de 40% des femmes ayant atteint la quarantaine déclarent une consommation quotidienne. La part des femmes déclarant des doses supérieures ou égales à quatre verres par jour reste inférieure à 5% quelle que soit la tranche d'âge.

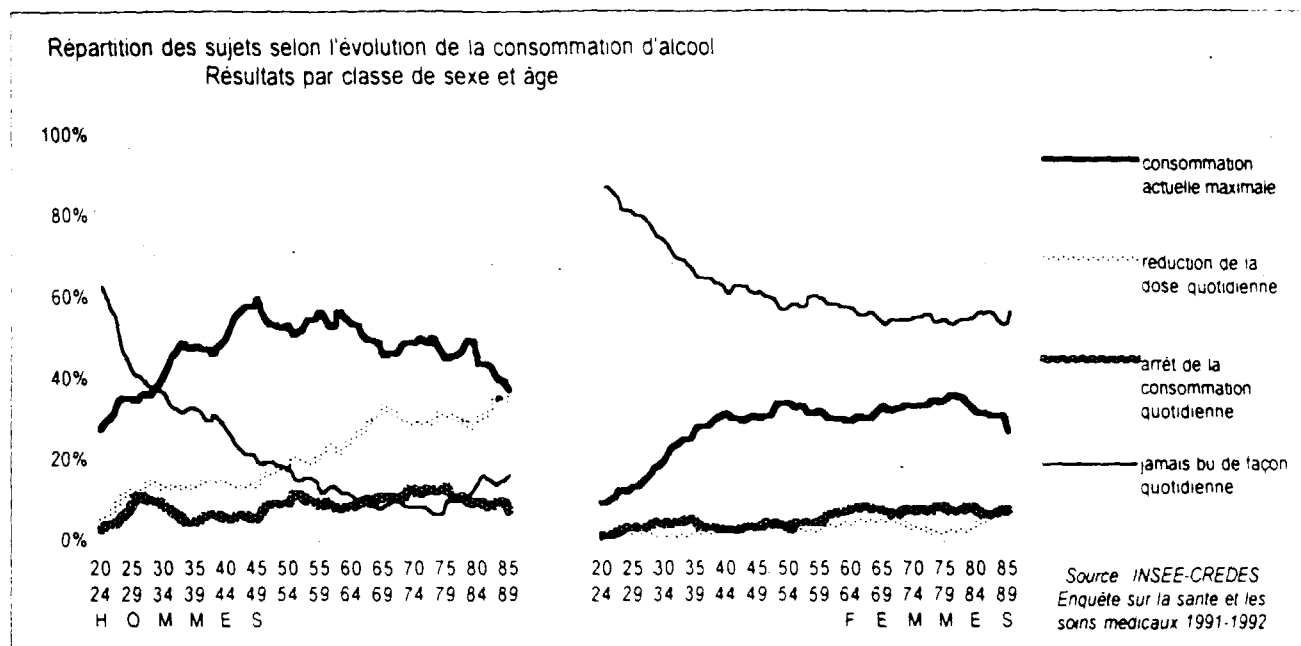
Les différentes courbes que l'on peut établir en fixant des seuils de consommation variant progressivement de «au moins un verre par jour» à «au moins huit verres par jour» apportent des indications sur les variations de l'usage selon l'âge (Figure 6).

Figure 6 : Pourcentage de consommateurs d'alcool selon le sexe et l'âge



Hommes ou femmes, les jeunes adultes sont moins nombreux que leurs aînés à boire de l'alcool tous les jours. Ainsi, entre 20 et 35 ans, la proportion de buveurs augmente de façon assez régulière.

Figure 7 : Evolution de la consommation d'alcool selon le sexe et l'âge



La consommation déclarée apparaît maximale entre 30 et 35 ans et vers de 45 ans. Autour et entre ces âges, elle est un peu moindre.

A partir de 50 ans, une proportion croissante d'hommes déclare avoir bu davantage par le passé. Avant 50 ans, la réduction de la dose quotidienne ou l'arrêt de toute boisson alcoolisée ne concerne qu'une faible fraction de la population masculine. On constate avant tout une diminution de la proportion d'hommes n'ayant jamais bu d'alcool au quotidien.

Le constat est différent pour les femmes. Les abstinentes de toujours restent largement majoritaires quelle que soit la tranche d'âge. Moindres consommatrices, les attitudes d'arrêt ou de réduction des doses quotidiennes sont relativement peu fréquentes. Cette maîtrise de la consommation consiste davantage en un arrêt de toute prise quotidienne, notamment entre 25 et 35 ans et après 60 ans.

On voit sans doute ici l'effet de caractéristiques familiales et sociales. Ces variations peuvent trouver une explication avec certains événements ou cycle de la vie active, matrimoniale, féconde, etc.

• Consommation de café et de thé selon le sexe et l'âge

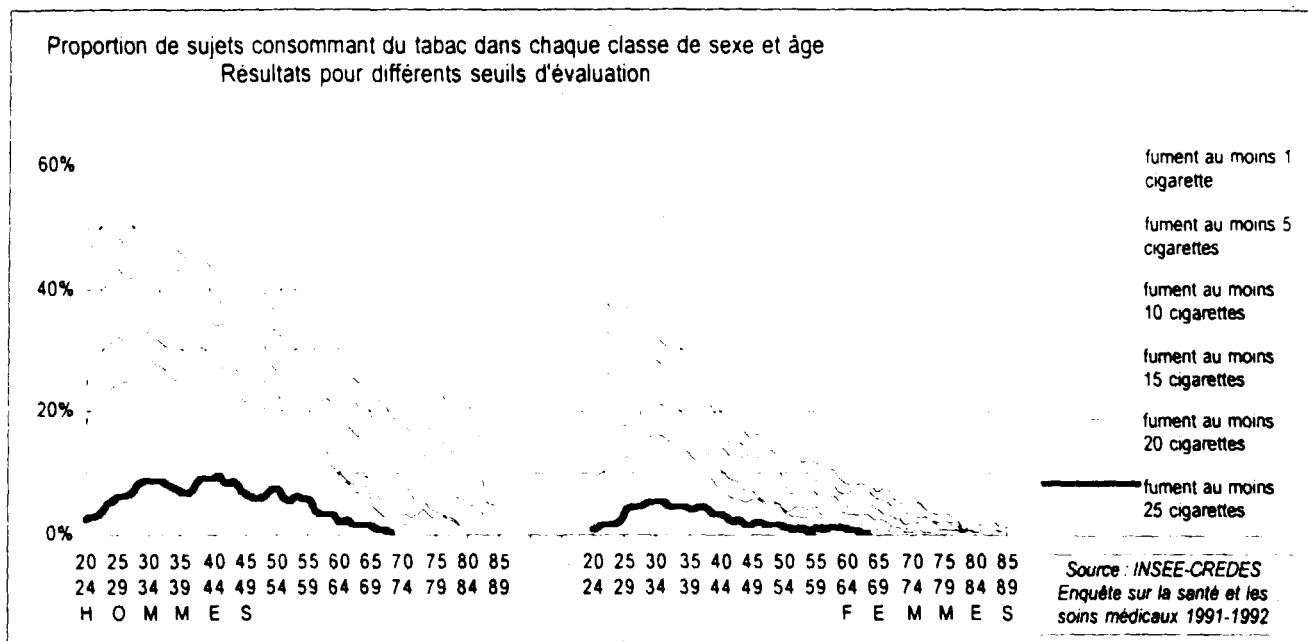
Ces deux boissons sont d'usage courant. Près de la moitié de la population déclare des doses modérées, inférieures à 3 verres par jour¹. Toutefois une proportion non négligeable (de 5% à 10% de sujets) consomme davantage de café ou thé : chez les hommes, les plus grands consommateurs (plus de 6 verres) se recrutent chez les jeunes, la tranche d'âge des femmes concernées est plus étendue (25 à 45 ans).

¹ Voir la figure en annexe III-C du rapport (Tome 2).

b) Consommation de tabac selon le sexe et l'âge

La consommation de tabac, plus élevée chez les jeunes et chez les hommes, présente des caractéristiques différentes de celles de la consommation d'alcool. Trois catégories de fumeurs peuvent être distinguées en fonction de la dose : les modérés, fumant moins de dix cigarettes par jour, les fumeurs moyens, qui prennent l'équivalent d'un paquet de cigarettes par jour et les grands fumeurs, qui déclarent une consommation supérieure ou égale à 25 cigarettes par jour (Figure 8).

Figure 8 : Pourcentage de consommateurs de tabac selon le sexe et l'âge



Cette structuration se retrouve chez les femmes. Cependant, il s'y ajoute un effet de génération. Les plus âgées fument peu en proportion comme en volume : après 50 ans, moins de 10% des femmes consomment plus de dix cigarettes par jour. En revanche, la tabagie des plus jeunes tend à ressembler à celle des hommes, en proportion comme en volume.

L'évolution de la tabagie selon l'âge oppose jeunes adultes, adultes et personnes âgées¹.

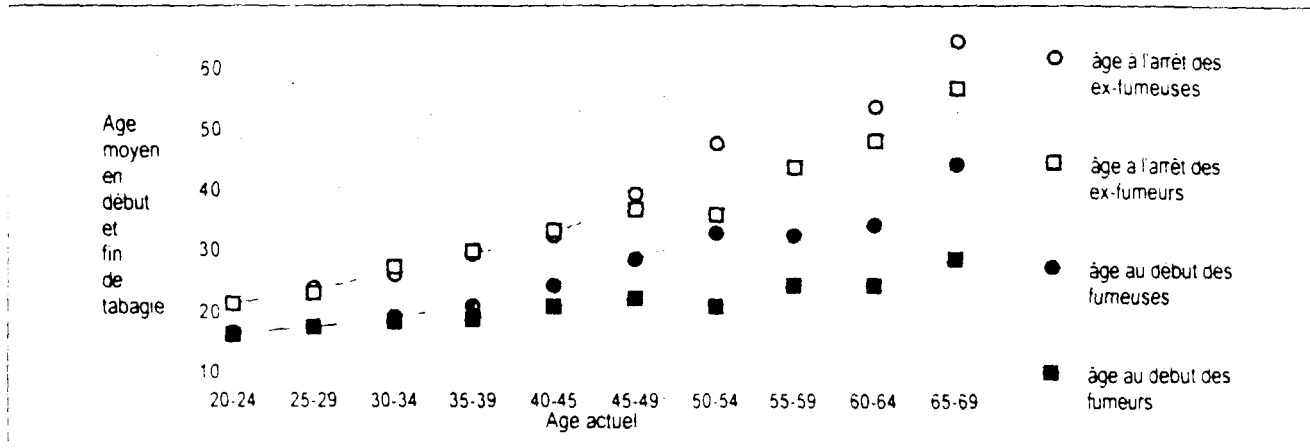
Chez les hommes âgés de 40 à 55 ans, on compte près de 40% de fumeurs, 30% d'anciens fumeurs et 30% d'abstinents de toujours. L'arrêt de la tabagie devient la situation prédominante après 60 ans, aux dépens des fumeurs, la part des abstinents de toujours restant relativement stable.

L'évolution de la tabagie semble différer pour les femmes. Le développement de l'usage étant plus récent, le phénomène est davantage marqué par un effet de génération. Les femmes âgées ont dans l'ensemble très peu fumé (plus de 80% des femmes âgées d'au moins 50 ans). Les jeunes femmes n'ayant jamais fumé restent majoritaires. Entre 25 et 35 ans, environ 45% des femmes déclarent n'avoir jamais fumé de façon quotidienne. La part restante se compose pour les deux tiers de fumeuses actives et le tiers restant de femmes ayant cessé de fumer. Cette dernière attitude distingue les jeunes femmes des hommes de leur génération.

¹ Voir la figure correspondante en annexe III-C du rapport (Tome 2).

La tabagie peut également être décrite en fonction de sa durée et de l'âge de début. L'analyse de ces durées pour les fumeurs actuels et les anciens fumeurs permet d'affiner certains points quant à l'évolution de l'usage.

Figure 9 : Age moyen en début et fin de tabagie selon l'âge actuel



Pour les hommes jeunes, l'âge au début de la tabagie se situe entre 15 et 20 ans. Il reste inférieur à 30 ans pour les hommes les plus âgés. L'âge au début de la tabagie des jeunes femmes est semblable à celui des hommes. En revanche, les femmes âgées de 45 ans et plus ont en moyenne commencé à fumer plus tard, vers 30 ans pour les femmes ayant 50-64 ans et après 40 ans pour les femmes ayant plus de 65 ans (Figure 9).

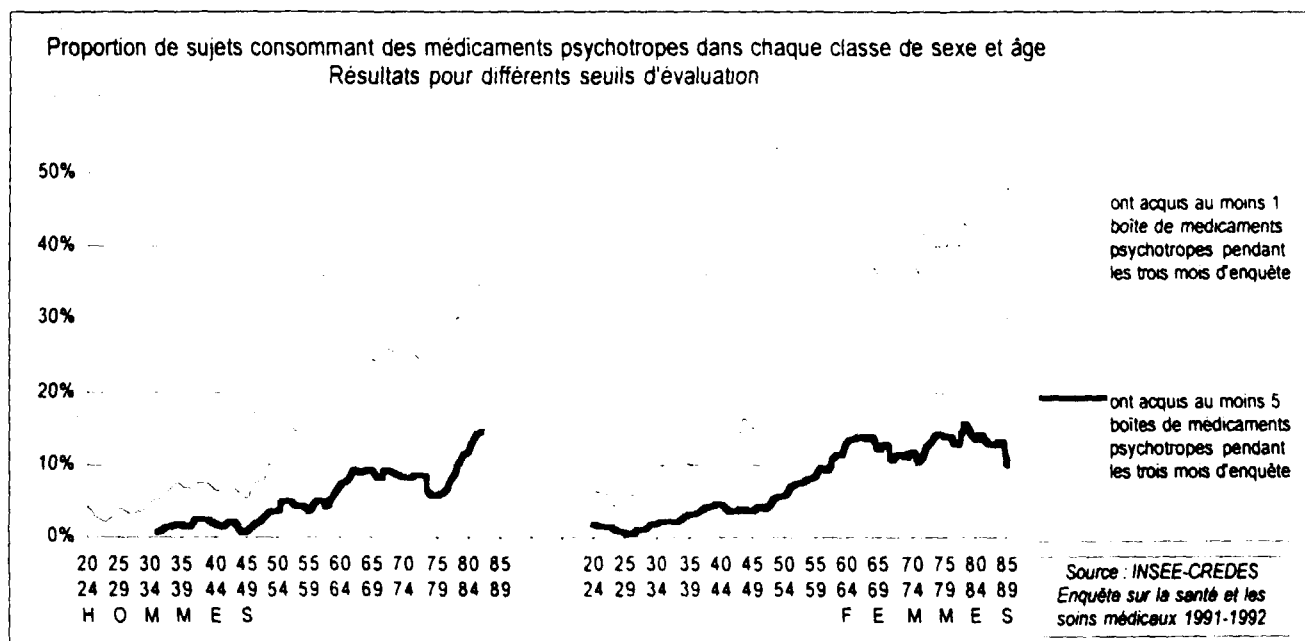
L'âge auquel les anciens fumeurs ont arrêté le tabac n'est pas connu. Si l'on fait l'hypothèse que l'âge au début de la tabagie des anciens fumeurs est peu différent de celui des fumeurs actuels, on obtient pour les hommes et les femmes deux courbes d'âge à l'arrêt de profil comparable. Les femmes, bien qu'ayant commencé à fumer plus tard que les hommes, auraient cessé de fumer aux mêmes âges que les hommes.

c) Consommation de médicaments psychotropes selon le sexe et l'âge

Une tendance de fond est à dégager : une plus forte proportion de personnes âgées consomment des médicaments à action psychotrope. Pour les deux sexes, la part des consommateurs progresse sensiblement à partir de 60 ans. Après cet âge, plus d'une femme sur trois a pris des psychotropes, et plus d'un homme sur quatre.

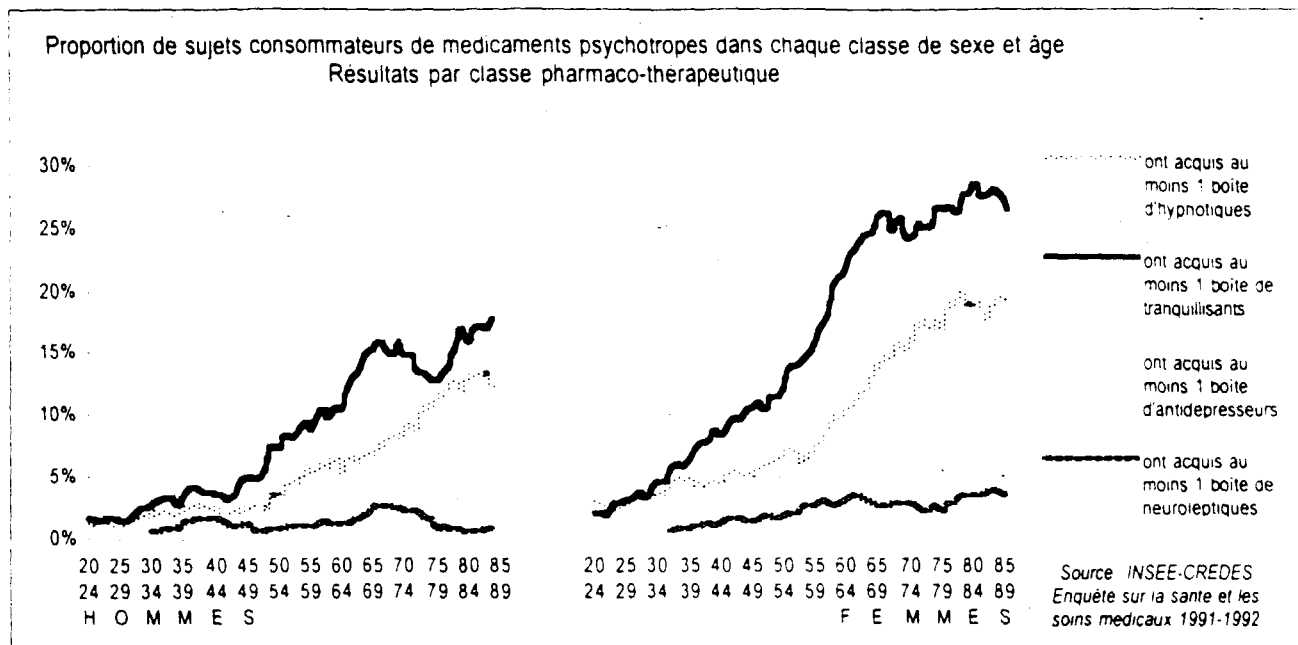
L'usage est moindre dans la population masculine. Cependant, l'écart entre hommes et femmes est plus réduit lorsqu'on considère un nombre élevé d'acquisitions (5 boîtes et plus) (Figure 10).

Figure 10 : Pourcentage de consommateurs de médicaments psychotropes par sexe et âge (résultats détaillés par nombre de boîtes acquises)



Les tranquillisants et les hypnotiques, médicaments les plus consommés, contribuent principalement à la surconsommation des personnes âgées (Figure 11).

Figure 11 : Pourcentage de consommateurs de médicaments psychotropes par sexe et âge
(résultats détaillés par classe de médicaments)



Pour les hypnotiques, la proportion de consommateurs augmente avec l'âge de façon régulière.

L'augmentation intervient plus précocement pour les tranquillisants (vers 40-45 ans chez les hommes et dès la vingtaine chez les femmes). Aux âges élevés, un plafond de consommateurs semble atteint (15% à 20% des hommes et 25% à 30% des femmes).

La surconsommation des personnes âgées est moins manifeste en ce qui concerne les antidépresseurs et les neuroleptiques. Une tendance à l'augmentation du nombre de consommateurs avec l'âge se double de pics de consommation à des âges spécifiques. C'est le cas des antidépresseurs entre 50 et 65 ans, et des neuroleptiques chez les hommes âgés de 35 à 45 ans.

2 ANALYSE TYPOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS

2.1- TYPOLOGIE DES USAGES

a) *Analyse des correspondances multiples sur les données de consommation*

L'analyse des correspondances multiples¹ permet de dégager les grandes tendances en matière d'usage, notamment les associations de produits psychotropes.

Les données analysées concernent neuf produits. Cinq variables décrivent la consommation quotidienne de produits non médicamenteux (vin, bière et cidre, alcools forts, café et thé, tabac). Quatre autres comptabilisent les acquisitions de boîtes de médicaments (neuroleptiques, hypnotiques et sédatifs, tranquillisants, antidépresseurs et autres psychostimulants).

Le 1^o axe factoriel oppose nettement consommation médicamenteuse et consommation non médicamenteuse. Cette structure est d'autant plus renforcée que différents produits sont consommables au sein d'une même famille (alcools, prescription de plusieurs psychotropes)².

Les modalités contribuant le plus au 1^o axe correspondent aux consommations élevées de médicaments : 3,5 boîtes d'antidépresseurs, 5,3 boîtes d'anxiolytiques, 3,9 boîtes d'hypnotiques et 3,1 boîtes de neuroleptiques. Ces catégories de volume s'opposent aux catégories de volumes modérés ou importants des différents alcools et du tabac.

Le 2^o axe oppose les catégories correspondant à l'abstinence³ et aux faibles consommations et les catégories correspondant aux volumes de consommation élevés.

Le premier plan factoriel présente ainsi une structure caractéristique en arc de cercle. Le centre du nuage est occupé par les modalités correspondant à l'abstinence vis-à-vis des différents produits, le nuage s'étalant en deux directions opposées, relatives aux usages médicamenteux d'une part et non médicamenteux d'autre part.

Le 3^o axe distingue l'usage des psychotropes non médicamenteux en fonction du volume, opposant les consommations élevées de tabac, des alcools et du café aux consommations modérées ou nulles. Le 4^o axe est le pendant du 3^o axe en ce qui concerne les médicaments : il oppose les acquisitions importantes d'anxiolytiques, d'hypnotiques et de neuroleptiques à celles modérées ou nulles d'anxiolytiques et d'hypnotiques.

Le 5^o axe correspond à l'association du tabac et du café à doses élevées, opposée à leurs faibles consommations ainsi qu'aux doses élevées d'alcool.

L'examen du nuage des individus montre une dispersion relative le long des axes. Sur le 1^o axe, la dispersion des sujets est orientée dans la direction de la consommation de médicaments. Sur le 2^o

¹ Voir les représentations graphiques du premier plan factoriel en annexe IV-A du rapport (Tome 2).

² Une analyse préalable regroupant les produits en quatre grandes familles (médicaments, alcool, tabac, café et thé) a montré que l'opposition entre les médicaments et les autres produits structure le premier axe de la même façon.

³ Rappelons que par abstinence vis-à-vis du tabac et des alcools, il faut entendre l'absence de toute consommation quotidienne. Pour les médicaments, l'abstinence correspond au fait de n'avoir acquis aucune boîte de psychotrope pendant les trois mois de l'enquête, y compris si le sujet a déclaré par ailleurs être un consommateur régulier...

axe, les sujets projetés laissent supposer l'existence de sous-groupes de gros consommateurs, de médicaments d'une part et d'autres produits d'autre part.

b) Typologie des usages de psychotropes

• Introduction

L'analyse factorielle est prolongée par une analyse de classification automatique des sujets à partir des mêmes variables, pour quantifier les tendances et les sous-groupes suggérés par les premières descriptions.

Les données exploitées décrivent les consommations quotidiennes de boissons alcoolisées (vin, bière ou cidre, apéritifs et autres alcools forts), de café ou de thé, la consommation quotidienne de tabac et les acquisitions de quatre familles de médicaments psychotropes (neuroleptiques, hypnotiques et sédatifs, tranquillisants, antidépresseurs et autres psychostimulants)¹.

• Types d'usages mis en évidence

Après plusieurs essais de classification, 7 groupes sont retenus. Ces groupes se distinguent selon les usages suivants : consommation de médicaments (2 groupes), de tabac, café et thé, d'alcool (4 groupes) et abstinence ou usage modéré (1 groupe).

Les spécificités des usages des sept groupes issus de la classification automatique sont résumées dans le tableau suivant (Tableau V), qui présente les volumes moyens consommés ainsi que les graphiques qui représentent les quantités consommées².

Tableau V : Consommations moyennes d'alcool, tabac et médicaments par type d'usage

type d'usage	alcools			café ou thé	tabac	Médicaments			
	vin	bière ou cidre	alcools forts			neuro- leptiques	hypno- tiques	tranquil- lisants	antidé- presseurs
vin modéré	3,1	0,3	0,2	2,2	1,2	0,0	0,0	0,2	0,0
vins et tabac	3,9	0,5	0,9	2,9	23,8	0,0	0,0	0,1	0,0
tabac seul	0,4	0,2	0,1	3,8	19,6	0,0	0,0	0,1	0,0
antidépresseurs et tranquillisants	0,6	0,1	0,0	2,4	2,9	0,3	0,7	2,5	2,5
consommation faible ou nulle	0,2	0,1	0,1	2,2	0,8	0,0	0,0	0,2	0,0
hypnotiques	0,7	0,2	0,1	2,0	2,3	0,2	3,9	1,0	0,5
bière et autres	2,0	5,0	0,4	3,0	11,0	0,0	0,0	0,1	0,1
	nombre de verres par jour			cigarettes par jour		boîtes acquises en trois mois			

INSERM U302 - Données INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Deux groupes sont consommateurs de médicaments : l'un d'hypnotiques et l'autre d'antidépresseurs et tranquillisants.

Groupe «hypnotiques» : la consommation d'hypnotiques et sédatifs se singularise des autres familles pharmaceutiques. Les individus de ce groupe ont tous fait l'acquisition d'au moins deux boîtes d'hypnotiques pendant l'enquête, près de 30% prenant également des tranquillisants et 15% des antidépresseurs.

¹ Voir l'annexe IV-B du rapport (Tome 2) pour la mise en forme des données et la méthodologie.

² Voir l'annexe IV-C du rapport (Tome 2) les distributions de chacun des groupes pour la consommation des produits actifs de la typologie.

Groupe «antidépresseurs et tranquillisants» : près de 75% des sujets de ce groupe ont acquis des antidépresseurs et 60% des tranquillisants. Par ailleurs, 20% ont consommé des hypnotiques et 10% des neuroleptiques.

Globalement, le nombre de boîtes de médicaments acquises par les sujets du groupe «antidépresseurs et tranquillisants» (6,9 boîtes) est supérieur à celui du groupe «hypnotiques» (5,7 boîtes - $t=2,7$ - $p<0,01$). Les différences de volumes sont significatives pour les hypnotiques et sédatifs ($t=-21,1$ - $p<0,0001$), les tranquillisants ($t=6,0$ - $p<0,0001$), les antidépresseurs ($t=12,4$ - $p<0,0001$) et les autres psychostimulants ($t=6,1$ - $p<0,0001$). La différence n'est pas significative pour les neuroleptiques.

La consommation régulière (prise hebdomadaire depuis au moins six mois) est marquée dans le groupe «hypnotiques», où la prise remonte à 6,5 ans en moyenne. L'ancrage dans la durée est plus limité pour le groupe «antidépresseurs et tranquillisants» (3,7 ans).

La consommation d'alcool et de tabac est faible dans ces deux groupes. L'abstinence vis-à-vis de l'alcool concernant plus de 60% des sujets et 80% pour le tabac.

Dans les autres groupes constitués, la consommation de médicaments est très réduite, inférieure ou égale à 0,2 boîte par sujet en moyenne. Deux groupes associent alcool et tabac, un groupe boit uniquement de l'alcool et un groupe réunit majoritairement des fumeurs.

Deux groupes associent le tabac à une dose d'alcool à la fois plus élevée et plus diversifiée : les buveurs de vins et d'alcools forts (groupe «vins et tabac») se distinguent des buveurs de bière ou de cidre (groupe «bière et autres»).

Groupe «vins et tabac» : ces sujets boivent en moyenne 5,3 verres d'alcool par jour. Tous les sujets de ce groupe sont fumeurs, le nombre moyen de cigarettes étant le plus élevé observé (24 cigarettes). Plus de la moitié des sujets déclarent boire au moins un verre d'alcool fort par jour. Le poids de la bière et du cidre reste limité.

Groupe «bière et autres» : la dose quotidienne d'alcool est la plus élevée (7,5 verres par jour). Tous les sujets boivent au moins deux verres de bière (ou de cidre) par jour, 60% au moins un verre de vin et près de 30% de l'alcool fort. Près de 60% sont fumeurs. Le volume d'alcool est significativement supérieur à celui du groupe «vins et tabac».

La surconsommation d'alcool dans ces deux groupes est manifeste par rapport aux autres.

Un groupe consomme essentiellement du vin (groupe «vin modéré»). La dose quotidienne d'alcool est modérée (3,5 verres en moyenne).

Seuls 20% des sujets de ce groupe boivent de la bière, la dose quotidienne ne dépassant pas deux verres. Une même proportion déclare boire des apéritifs et autres alcools forts, la dose étant également modérée. Ces buveurs modérés sont pour la majorité non fumeurs, et le nombre de cigarettes par jour reste faible parmi les 20% qui fument.

Que ce soit le vin, la bière ou le cidre, les alcools forts, le volume consommé dans ce groupe est significativement inférieur aux volumes consommés dans les groupes consommant le plus, et significativement supérieur aux volumes consommés dans les groupes consommant peu ou très peu d'alcool.

Un groupe déclare fumer sans abuser d'alcool (groupe «tabac seul»). Le volume moyen de café et thé est le plus élevé (proche de 4 verres par jour), significativement supérieur aux volumes des six autres groupes.

*Pres de 40% boivent de l'alcool : 25% du vin, 15% de la bière ou du cidre et 10% des alcools forts
Les doses quotidiennes d'alcool restent modérées*

Le dernier groupe rassemble les abstinents et les faibles consommateurs (groupe «abstinents - consommation faible ou nulle»). Le café et le thé sont les seuls produits consommés (2 verres par jour).

Un sujet sur quatre environ boit de l'alcool de façon quotidienne, principalement du vin (20%)

Pres d'un sujet sur dix a acquis des tranquillisants, le nombre de boîtes restant inférieur ou égal à deux. La consommation d'autres médicaments est négligeable

Pres de 15% sont fumeurs, le nombre de cigarettes quotidien restant inférieur à 15.

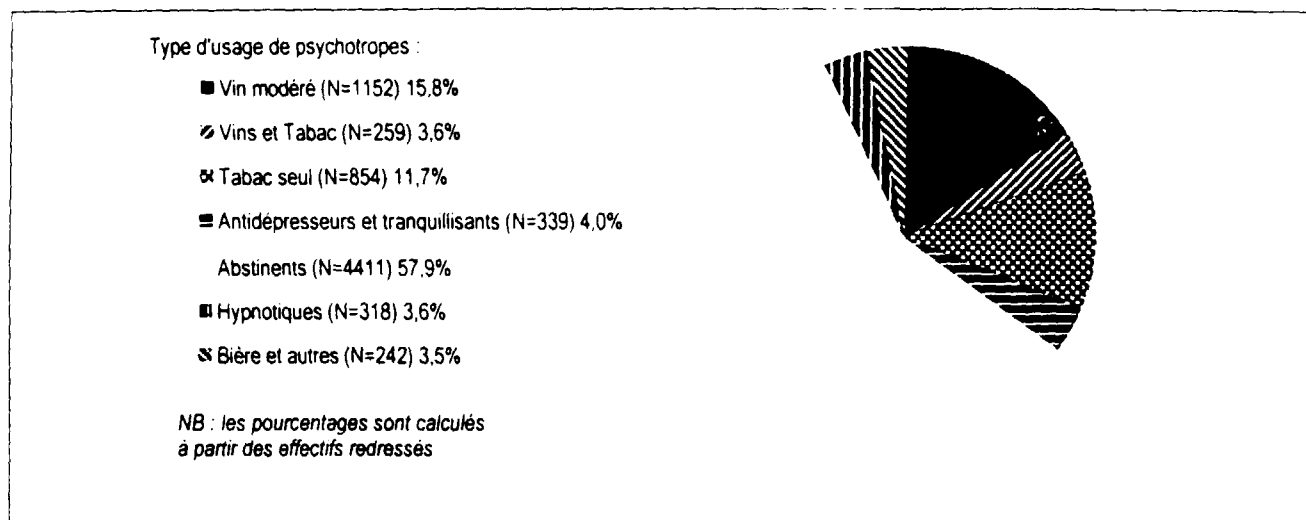
Les consommations de ce groupe restent modérées. Les consommateurs de différents produits sont minoritaires par rapport aux abstinents actuels et de toujours. La consommation de médicaments de ce groupe n'est statistiquement pas différente des consommations médicamenteuses des groupes «vin modéré», «vins et tabac», «tabac seul» et «bière et autres». De même, sa consommation de café et thé, de bière ou de cidre et d'alcools forts n'est statistiquement pas différente de celles des groupes «antidépresseurs et tranquillisants» et «hypnotiques».

Le groupe des abstinents et faibles consommateurs représente une situation de référence intéressante : les membres de ce groupe s'abstiennent au moment de l'enquête de toute consommation excessive. De par la présence de sujets consommateurs modérés pour les produits les plus courants (notamment l'alcool), il constitue sans doute un groupe de comparaison plus valide que les seuls abstinents, dont l'attitude peut correspondre à certains contextes particuliers (contre-indications sanitaires majeures, interdits personnels pouvant ressortir de difficultés au plan psychologique, interdits communautaires, etc.).

• Prévalence des usages mis en évidence

Le groupe des abstinentes et faibles consommateurs rassemble un peu moins de 60% de la population (Figure 12). Les consommateurs de vin à dose modérée sont 16%. Les fumeurs ne buvant pas d'alcool ou très peu sont 12%. Les quatre autres groupes, consommateurs de médicaments ou de plusieurs produits non médicamenteux dont l'alcool à doses élevées, constituent des fractions minoritaires mais non négligeables de la population. Leurs poids sont comparables, situés entre 3,5% et 4%.

Figure 12 : Répartition de la population par type d'usage de psychotropes



Au total, on compte cinq groupes de forts consommateurs, rassemblant un peu plus du quart de la population :

Les deux groupes usagers de médicaments rassemblent près de 8% de la population. En moyenne, ils ont consommé l'équivalent d'une boîte par période de quinze jours. Une telle dose peut correspondre à une prise quotidienne, étalée sur toute la période de l'enquête. La consommation est également installée dans la durée.

Les deux groupes consommateurs d'alcool à dose élevée rassemblent environ 7% de la population. Ce chiffre se rapproche de certaines estimations de la dépendance alcoolique en population générale. Ces deux groupes se situent également parmi les fumeurs et consommateurs de café et thé. L'attrait des substances psychotropes se traduit par une diversité des consommations et l'importance des doses.

Le groupe consommateur de tabac se distingue également par le volume plus élevé de café et de thé consommé.

2.2- TABLEAU SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DES GROUPES D'USAGERS

Voir l'annexe V-A du rapport (Tome 2) pour le descriptif détaillé des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des groupes issus de la typologie

a) Groupes consommateurs d'alcool, de tabac et de café ou thé à doses élevées

- Groupe «vins et tabac» : 3,5% de la population

Ce groupe est composé de 90% d'hommes. L'âge moyen de ce groupe est de 44 ans (contre 45,6 dans l'ensemble).

Tous fument du tabac quotidiennement, dont 83% plus de 20 cigarettes par jour. La consommation actuelle de boissons alcoolisées est de 5,3 verres par jour.

30% vivent dans le sud de la France (contre 22% pour l'ensemble de la population étudiée). Les ouvriers sont nettement surreprésentés (44% contre 26% pour la population étudiée) ainsi que la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (13% contre 7%).

La mise en évidence de ce groupe témoigne de la fréquence des surconsommations d'alcool dans la population masculine. L'alcool est régulièrement associé au tabac et au café.

- Groupe «bière et autres» : 3,5% de la population

Ce groupe comprend 90% d'hommes. L'âge moyen de ce groupe est relativement jeune (41 ans contre 46,5 dans l'ensemble). 52% ont moins de 40 ans.

La consommation actuelle de boissons alcoolisées est de 7,4 verres par jour. 61% sont fumeurs.

60% vivent dans le Bassin Parisien, le Nord et l'Est de la France (contre 35% pour l'ensemble de la population étudiée). 38% vivent en milieu rural (contre 26% dans l'ensemble). Les agriculteurs sont surreprésentés (13% contre 6% dans l'ensemble), de même que les ouvriers (50% contre 26% dans l'ensemble).

Ce groupe consomme de l'alcool ou de la bière à dose élevée. Une majorité y associe également le tabac. Cet usage concerne principalement des hommes, issus des milieux ouvriers et ruraux, ainsi que de jeunes consommateurs, davantage tournés vers la bière que vers les vins.

- Groupe «tabac seul» : 12% de la population

Ce groupe est composé de 54% d'hommes. Les trois quarts ont moins de 40 ans (contre 53% dans l'ensemble).

Tous sont fumeurs (un paquet par jour en moyenne). Le nombre moyen de verres de café ou de thé est de 3,8 par jour, volume le plus élevé observé. Près de 60% s'abstiennent de toute consommation quotidienne d'alcool au moment de l'enquête.

Les ouvriers et les employés sont surreprésentés (62% contre 52% pour la population étudiée). 39% des individus de ce groupe sont célibataires. 71% occupent un emploi.

La mise en évidence de ce groupe témoigne de la fréquente association du tabac et du café ou du thé, notamment chez les jeunes des deux sexes.

b) Groupes consommateurs de médicaments

• Groupe « antidépresseurs et tranquillisants » : 4% de la population

Ce groupe est composé de 68% de femmes. L'âge moyen de ce groupe est de 55 ans (contre 45,6 dans l'ensemble).

58% déclarent prendre des psychotropes depuis au moins six mois. Pendant l'enquête, 73% ont acquis des antidépresseurs et 58% des tranquillisants.

78% sont non fumeurs et 64% ne consomment pas d'alcool au quotidien.

97% ont eu recours à un médecin pendant l'enquête. 60% estiment leur état de santé général moyen ou mauvais, contre 27% dans l'ensemble. 82% ont déclaré au moins 5 maladies pendant l'enquête.

77% présentent des troubles mentaux : dans 80% des cas, il s'agit de dépression.

Le niveau scolaire atteint est le primaire pour près de la moitié de ce groupe (contre 34% pour la population étudiée). 18% sont veuf(ve)s, contre 9% dans l'ensemble.

Ce groupe consommateur de médicaments, bien que plus âgé que la population générale, recrute dans les différentes classes d'âge. La dimension psychopathologique est manifeste.

• Groupe « hypnotiques » : 3,5% de la population

Ce groupe est composé de 64% de femmes. L'âge moyen 63ans (contre 46,5 dans l'ensemble). 40% ont atteint l'âge de 70 ans (contre 13% dans l'ensemble).

Tous ont acquis des hypnotiques pendant l'enquête, 31% des tranquillisants et 14% des antidépresseurs. 76% déclarent une consommation régulière de psychotropes depuis au moins six mois.

83% sont non buveurs et 59% ne consomment pas d'alcool au quotidien.

95% ont eu recours à un médecin pendant l'enquête. 66% estiment leur état de santé général moyen ou mauvais. 91% ont déclaré au moins cinq maladies pendant l'enquête. 40% présentent des troubles mentaux : l'anxiété et la dépression apparaissent à part égale. 72% ont déclaré des symptômes mal définis.

55% sont retraités (contre 22% pour l'ensemble de la population étudiée). 32% sont veuf(ve)s, contre 9% dans l'ensemble. Le niveau scolaire atteint est le primaire pour 61% des individus (contre 34% dans l'ensemble).

L'état de santé défavorable de ce groupe est corrélé à son âge élevé. La composante somatique des problèmes de santé est marquée. Parmi les diagnostics de troubles mentaux, les symptômes mal définis sont plus répandus que dans l'ensemble (72% contre 27%) de même que l'anxiété (19% contre 7%).

c) Groupes de consommateurs modérés, des abstinents et faibles consommateurs

- Groupe «vin modéré» : 16% de la population

Ce groupe est composé de 80% d'hommes. L'âge moyen est de 55 ans (contre 45.6 pour l'ensemble de la population étudiée)

67% boivent uniquement du vin et 13% vin et bière ou cidre avec une moyenne de 3.6 verres d'alcool par jour. 40% sont d'anciens fumeurs et les 18% de fumeurs actuels fument en moyenne 6.6 cigarettes par jour

Les individus habitant en milieu rural et dans le sud de la France sont surreprésentés (34% et 30% contre 26% et 22% pour l'ensemble de la population étudiée). Nous trouvons dans ce groupe 41% de retraités, 33% d'ouvriers et 11% d'agriculteurs (contre respectivement 22%, 26% et 6% pour l'ensemble de la population étudiée). Seule une moitié est en activité

L'usage de vin semble s'inscrire ici dans un contexte d'habitudes rurales, partagées également en milieu populaire urbain. La faible prévalence du tabagisme et des différentes pathologies dans ce groupe suggère des modes de vie équilibrés et peu anxiogènes. 7% déclarent un trouble mental, 23% des symptômes mal définis, contre 13% et 27% pour l'ensemble de la population étudiée.

- Groupe «consommation faible ou nulle» : 58% de la population

Ce groupe est composé de 66% de femmes. L'âge moyen est comparable à celui de la population de l'ensemble.

67% sont abstinents de toujours à l'égard du tabac et 20% ont arrêté de fumer. Ceux qui fument (13%) ne prennent en moyenne que 6 cigarettes par jour. 66% n'ont jamais bu d'alcool de façon quotidienne, 12% ont arrêté l'alcool ou boivent moins que par le passé. Ceux qui boivent actuellement (26%) prennent en moyenne 0.4 verre par jour. Seuls 10% ont acquis un ou plusieurs psychotropes pendant l'enquête.

Ce groupe comprend un peu plus de catégories de niveau socio-culturel élevé (22% ont accédé à l'enseignement supérieur, contre 18% dans l'ensemble).

Ce groupe réunit des abstinents de toujours, d'anciens consommateurs et des usagers modérés de tabac et d'alcool. Il représente un pourcentage élevé de la population, et se distingue peu de l'ensemble tant au plan social que sanitaire.

2.3- COMPARAISON DE LA TYPOLOGIE A LA TYPOLOGIE DU CREDOC

L'étude du CREDOC menée en 1987-1988 aborde la consommation de différents produits psychotropes licites. L'échantillon, représentatif de la population majeure, a permis de dégager les principales tendances de consommations à partir d'une typologie mettant en évidence sept groupes de consommateurs [21].

La comparaison des deux typologies montre des différences dues essentiellement aux instruments de mesure différents. En particulier, le CREDOC a pris en compte la consommation occasionnelle, introduisant une plus grande diversité dans les usages. Ceci se traduit par l'isolement de classes consommant de manière occasionnelle certains des produits peu consommés selon les données INSEE-CREDES, comme les médicaments et les apéritifs.

Par ailleurs, une certaine évolution des usages en quatre ans est à évoquer, la diminution moyenne, de l'alcool notamment, ayant été enregistrée à partir d'autres sources de données.

5% de l'échantillon CREDOC sont forts consommateurs d'alcool et de tabac. Les données INSEE-CREDES amènent à la définition de deux groupes représentant environ 7% de la population ayant les mêmes caractéristiques, l'un étant tourné vers le vin et les alcools forts, l'autre vers la bière ou le cidre. Ces estimations sont peu différentes.

Les données du CREDOC isolent 18% de la population consommatrice de médicaments. Les deux groupes consommateurs de médicaments («antidépresseurs et tranquillisants», «hypnotiques») ne rassemblent à eux deux que 8% de la population, noyau dur des plus grands consommateurs? Rappelons que le relevé de la consommation de médicaments est particulier dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux : il dépend de la déclaration par le patient des acquisitions faites entre deux passages de l'enquêteur et décrit, pour ce qui touche aux psychotropes, des acquisitions individualisables correspondant à une prescription médicale. A-t-on alors trace de l'auto-prescription avec l'enquête du CREDOC?

Le groupe des fumeurs rassemble 19% de la population analysée par le CREDOC. Les données INSEE-CREDES amènent à un résultat différent (12% pour le groupe «tabac seul»), la consommation de tabac concernant également les groupes «vins et tabac» et «bière et autres». Y-a-t-il un effet d'association plus nette avec les usages d'alcool dans l'enquête INSEE-CREDES?

Le groupe «vin modéré», issu des données INSEE-CREDES apparaît plus important que dans la typologie du CREDOC, suggérant l'évolution importante des consommations moyennes, vers la baisse.

Pour l'étude CREDOC, plusieurs groupes représentent des consommateurs très modérés d'une seule substance et se rapprochent du groupe de consommation faible ou nulle issu de la typologie INSEE-CREDES ; l'existence d'un agrégat d'usages variés (consommateurs occasionnels, anciens consommateurs, abstinents de toujours) se confirme, par opposition à des usages plus marqués en régularité et volume.

3. INFLUENCE DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LES COMPORTEMENTS

Contrairement à l'analyse précédente, qui privilégie les données de comportement en matière d'usages de psychotropes, une analyse des correspondances multiples est réalisée à partir des données socio-démographiques : les types d'usages sont replacés dans ce contexte. Les usages sont ensuite analysés en fonction des données socio-démographiques de manière détaillée. Cette double analyse peut renforcer les interprétations des corrélations entre données sociales et comportements.

3.1- APPROCHE D'ENSEMBLE

L'analyse des correspondances multiples a été réalisée à partir des données socio-démographiques et des usages donnent les résultats suivants...

Sur le premier plan factoriel¹, le nuage des variables présente une structure éclatée selon trois directions, qui correspondent à trois strates au plan socio-démographique :

Une première rassemble les caractéristiques de populations âgées (classes d'âge avancé, veuvage, retraite, personnes seules, faible niveau de formation, milieu agricole).

Une deuxième isole parmi les catégories actives et plus jeunes les situations socio-économiques favorisées (haut niveau de formation, milieux intellectuels et professions intermédiaires, revenus confortables ou très élevés, résidence en Ile de France, milieu urbain, célibat).

Une troisième rassemble certains traits plus disparates, moins favorables au plan socio-économique : milieu ouvrier ou employé, formation technique ou secondaire, charges familiales (ménages monoparentaux et biparentaux en union libre ou non), chômage et activité interrompue.

Les modalités correspondant aux usages mis en évidence avec la typologie s'intègre dans cette structure de la façon suivante :

Les groupes «hypnotiques», «antidépresseurs et tranquillisants» et «vin modéré» se situent à proximité des âges élevés et des situations défavorables quant à la formation et au milieu professionnel (ouvriers, agriculteurs).

Les groupes «bière et autres», «tabac seul» et «vins et tabac» sont en opposition avec le sous nuage des populations âgées comme avec celui des populations économiquement favorisées.

Le groupe «consommation faible ou nulle» se situe non loin du centre de gravité du nuage.

Pour résumer, on peut opposer deux dominantes dans les profils de consommations de psychotropes, l'une (médicaments, vin) davantage corrélée aux caractéristiques des populations avançant en âge (fin d'activité, vieillesse), l'autre (alcools, tabac) à des groupes plus jeunes, peu favorisés au plan socio-économique.

¹ Voir la représentation de ce premier plan factoriel en annexe V-B du rapport (Tome 2).

3.2- INFLUENCE DU SEXE ET DE L'ÂGE

Les différences d'usage sont marquées selon le sexe et selon l'âge. Schématiquement, on peut opposer des comportements masculins (consommation élevée d'alcool) et féminins (usage de médicaments, consommation faible ou nulle), de même que des comportements répandus chez les jeunes (la consommation faible ou nulle, la tabagie) et chez les personnes âgées (consommation de médicaments).

Tableau VI : Répartition par sexe des différents groupes d'usagers de psychotropes

type d'usage	vin	vins et	antidépresseurs			bière et		Ensemble
	modéré	tabac	tabac seul	tranquillisants	abstinents	hypnotiques	autres	
hommes	80%	90%	54%	32%	34%	36%	90%	48%
femmes	20%	10%	46%	68%	66%	64%	10%	52%
ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

INSERM U302 - Données INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Les femmes sont majoritaires dans les deux groupes de consommateurs de médicaments (68% et 64%), de même que dans le groupe de plus faible consommation (66%). Ainsi, dans les groupes ne consommant ni alcool, ni tabac, deux sujets sur trois sont de sexe féminin.

A l'inverse, les groupes de buveurs d'alcool sont majoritairement masculins, la proportion allant de 80% à 90% selon le groupe. En comparaison, la structure par sexe au sein du groupe «tabac» (fumeurs ne buvant pas d'alcool) est quasi équilibrée, avec 54% d'hommes et 46% de femmes (Tableau VI).

Tableau VII : Répartition des usages de psychotropes chez les hommes et chez les femmes

type d'usage	vin	vins et	antidépresseurs			bière et		Ensemble
	modéré	tabac	tabac seul	tranquillisants	abstinents	hypnotiques	autres	
hommes	27%	7%	13%	3%	42%	3%	7%	100%
femmes	6%	1%	10%	5%	73%	4%	1%	100%
ensemble	16%	4%	12%	4%	58%	4%	3%	100%

INSERM U302 - Données INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

La répartition selon le type d'usage au sein des populations masculine et féminine oppose essentiellement la consommation faible ou nulle d'alcool à sa consommation élevée. Près de 75% des femmes sont classées dans le groupe «abstinents - faibles consommateurs», contre seulement 42% des hommes. Un pourcentage équivalent d'hommes (41%) appartient aux différents groupes consommateurs d'alcool («vin modéré», «vin et tabac», «bière et autres»), contre seulement 8% des femmes.

Le groupe «hypnotiques» réunit 3% des hommes et 4% des femmes, les pourcentages au sein du groupe «antidépresseurs et tranquillisants» étant également peu différents (3% des hommes et 5% des femmes). Il en est de même pour le groupe consommant du tabac sans alcool, qui réunit 13% des hommes et 10% des femmes (Tableau VII).

a) Structure par sexe et âge des différents groupes d'usagers

La Figure 13 (page 56) présente les structures par âge des sept groupes d'usagers ainsi que la structure démographique de l'ensemble de l'échantillon.

Les groupes «tabac seul» et «bière et autres» présentent une structure de population jeune. Dans le groupe «tabac seul», les structures par âge des hommes et des femmes sont comparables. La légère surreprésentation des hommes au sein de ce groupe provient des tranches d'âges situées entre 40 et 60 ans, générations où la tabagie féminine est moins développée.

3.3- INFLUENCE DES DONNEES FAMILIALES ET SOCIALES¹

Les données familiales et sociales sont fortement corrélées à l'âge et au sexe. Leur influence sur la consommation de psychotropes reste à apprécier une fois neutralisés les effets liés au sexe et à l'âge. Cette influence est abordée selon deux perspectives : les consommations produit par produit et la répartition des usages mis en évidence avec la typologie.

Pour chacune des variables socio-démographiques, les spécificités de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments et de café ou thé sont présentées, les volumes consommés étant détaillés par sexe et âge. Le découpage de l'âge en classe distingue quatre sous-ensembles : jeunes adultes (18-34 ans), adultes de 35 à 49 ans, adultes de 50 à 64 ans et personnes âgées (65 ans ou plus)²

La prévalence de chaque usage mis en évidence avec la typologie au sein d'une strate socio-démographique est comparée à la prévalence d'ensemble du même usage. Un indice ajusté selon le sexe et l'âge permet dans un second temps de comparer ces deux proportions.

a) Situation matrimoniale

Situation familiale et usages de psychotropes ne sont pas indépendants : l'expérience du veuvage, de la séparation, de la solitude sont connues comme facteurs fragilisants et réciproquement les comportements d'intoxication notamment en matière d'alcool ne sont pas sans effet sur la stabilité matrimoniale.

Les sujets en couple, mariés ou non, et ceux qui sont séparés boivent en moyenne 1,5 verre d'alcool par jour, contre 1,0 verre pour les célibataires et les veufs. La surconsommation des sujets vivant en couple subit un effet d'âge. Les hommes vivant en couple, mariés ou non, sont les plus faibles buveurs : leur dose quotidienne d'alcool reste inférieure à trois verres quelle que soit la tranche d'âge considérée. Parmi les hommes ne vivant pas en couple, le nombre moyen de verres bus chaque jour est supérieur à trois entre 35 et 65 ans. Chez les femmes, les volumes consommés restent faibles et peu différents par tranche d'âge et catégorie matrimoniale, à l'exception des femmes vivant en couple sans être mariées, qui entre 35 et 49 ans boivent plus d'un verre par jour en moyenne.

Les individus vivant en couple non mariés fument en moyenne 8,5 cigarettes par jour. Ceux qui sont séparés fument légèrement moins (6,9). La consommation de tabac est plus faible chez les célibataires (4,7), les mariés (4,0) et minimale chez les veufs (1,1). En considérant le sexe et l'âge, les veufs se situent dans la moyenne en ce qui concerne le tabac : leur faible consommation globale est avant tout la conséquence de l'âge. Il en est de même des hommes célibataires, qui aux mêmes âges ne fument ni plus ni moins que les hommes mariés. En revanche, la consommation de tabac reste élevée chez les hommes séparés et ou vivant en couple sans être mariés : entre 20 et 50 ans, ces sujets fument environ deux fois plus que les autres catégories matrimoniales masculines. Le constat est à peu près semblable chez les femmes, les écarts observés étant toutefois moindres : les femmes mariées fument moins, les célibataires et les veuves ne s'en distinguent guère, les volumes maximaux se rencontrant parmi les femmes séparées ou en couple hors mariage.

La prise de médicaments des veufs est particulièrement élevée (1,7 boîte acquise pendant l'enquête). Les individus célibataires ou en couple consomment peu de médicaments (0,4 à 0,6 boîte). La consommation des sujets séparés est intermédiaire (0,9 boîte). Ces résultats bruts expriment avant tout les différences d'âge entre catégories matrimoniales. De manière générale, la consommation croît avec l'âge. Après 65 ans, seuls les hommes vivant en couple restent de faibles consommateurs. Chez les femmes, on retiendra principalement la surconsommation en cas de

¹ Les graphiques et tableaux relatifs à ce sous-chapitre figurent aux annexes III-A, III-B (consommations moyennes par produits) et V-C (répartition des usages issus de la typologie) du rapport (Tome 2).

² Ce découpage correspond à la définition de quatre classes d'une amplitude de 15 ans, les classes extrêmes 18-19 ans et 80 ans et plus étant regroupées avec les classes voisines 20-34 ans et 65-79 ans.

séparation. La relation entre le fait d'être séparé au plan matrimonial et la prise de médicaments psychotropes semble se traduire différemment selon le sexe.

La consommation de café et de thé varie peu selon l'état matrimonial. En tenant compte du sexe et de l'âge, seuls les jeunes veuves se distinguent par le volume plus élevé de leur consommation (plus de quatre verres). La consommation de café et de thé des hommes célibataires tend à augmenter avec l'âge, allant de 2 verres en dessous de 35 ans à 3 verres à partir de 65 ans, à l'inverse des autres catégories matrimoniales masculines et féminines.

La répartition des usages de psychotropes en fonction de la situation matrimoniale reflète en premier lieu les structures par sexe et âge des différentes catégories.

La consommation faible ou nulle (64%) et la consommation de tabac sans alcool (18%) sont deux usages répandus parmi les célibataires, différence de comportement due à la jeunesse du groupe. Pour les personnes mariées, la surconsommation de vin à dose modérée (20% vs. 16% dans l'ensemble) est également à relier à l'âge, la proportion ajustée étant de 16%.

A sexe et âge égal, la consommation faible ou nulle est moins répandue parmi les veufs et les divorcés. Les veufs appartiennent plus souvent aux deux groupes consommateurs de médicaments (21% vs. 8% dans l'ensemble). Les divorcés consomment davantage d'alcool associé au tabac, les deux groupes «vins et tabac» et «bière et autres» réunissant 14% des divorcés, contre 8% dans l'ensemble.

b) Vie en couple

La vie en couple semble au premier abord distinguer les usages : la consommation modérée de vin est plus répandue parmi les personnes en couple (19% vs. 9% parmi les personnes ne vivant pas en couple). A sexe et âge égal, les répartitions des usages apparaissent peu différentes que l'on soit en couple ou non.

La consommation modérée de vin concerne avant tout certaines tranches d'âge et de sexe, une situation de couple favorisant ensuite une consommation domestique tout en modérant les doses ingérées. C'est l'avancée en âge qui se traduit principalement par une modération de la consommation.

c) Composition du ménage

La composition du ménage exerce certaines influences sur les consommations, principalement sur l'alcool et le tabac.

C'est au sein des ménages élargis¹ que la consommation d'alcool est la plus élevée (en moyenne 2,2 verres par jour). Les autres catégories boivent des volumes comparables (entre 1,3 et 1,5 verres), les personnes seules ayant la charge d'enfants mineurs se distinguant par leur moindre consommation (0,7 verre). A sexe et âge égal, la consommation d'alcool dans les ménages élargis reste supérieure. Les hommes vivant seuls consomment également un peu plus d'alcool que les autres groupes. La moindre consommation au sein des foyers monoparentaux ne se maintient pas, cette catégorie comprenant essentiellement des femmes, faibles consommatrices d'alcool.

¹ L'exploitation du fichier individuel d'ensemble a permis de préciser la composition des ménages ainsi que la position des individus interrogés au sein du ménage. La présence d'enfants mineurs, la position de référence (chef de ménage ou conjoint), la structure nucléaire ou élargie sont les trois principaux traits retenus pour décrire la diversité des ménages. Sont distingués : les personnes seules, les couples sans enfants, les personnes seules ayant des enfants mineurs (foyers monoparentaux), les couples ayant des enfants mineurs (foyers biparentaux), les chefs de ménages ou leurs conjoints vivant avec leur(s) enfant(s) majeur(s), les chefs de ménages ou leurs conjoints vivant avec d'autres adultes (collatéraux, ascendants, tiers - ménages élargis) et les individus interrogés qui ne sont pas référents du ménage (principalement les enfants majeurs d'une structure nucléaire et les ascendants ou collatéraux dans une structure élargie).

Le groupe « consommation faible ou nulle » est lui aussi relativement jeune, notamment en ce qui concerne sa composante masculine. Il recrute cependant parmi l'ensemble des générations la surreprésentation des femmes se venant à tous âges.

Le groupe « vins et tabac » est d'âge moyen : le contingent majoritaire se compose d'hommes ayant entre 30 et 60 ans. La différence essentielle avec le groupe « bière et autres » tient au plus jeune âge des consommateurs de bière.

Les trois derniers groupes, consommateurs de médicaments ou de vin à dose modérée, présentent les structures les plus âgées. La prédominance masculine à chaque âge est nette dans le groupe « vin modéré », de même que la prédominance féminine dans le groupe « antidépresseurs et tranquillisants ». La situation est moins nette au sein du groupe « hypnotiques ».

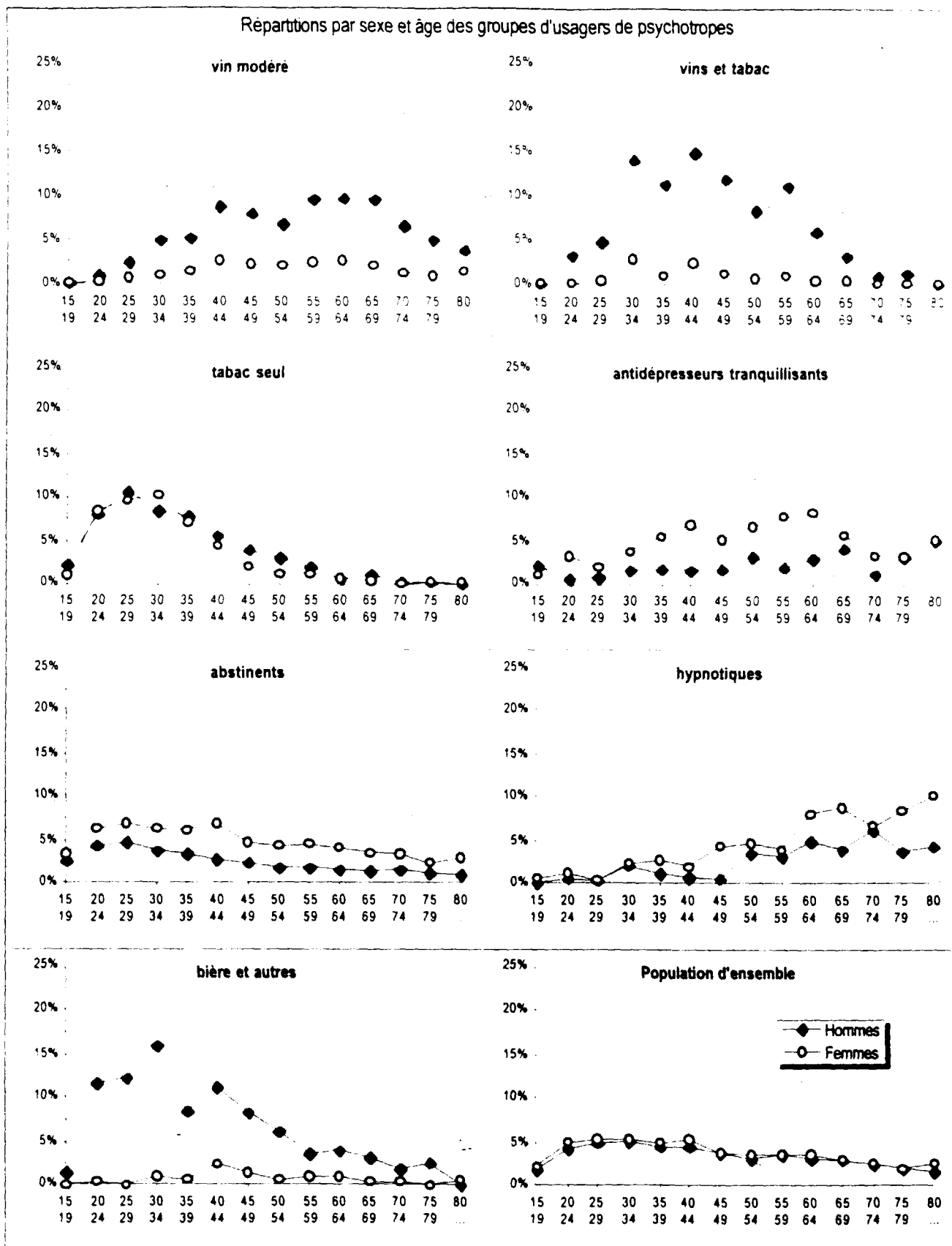
Les types d'usage les plus caractéristiques des populations jeunes sont la consommation faible ou nulle (44 ans en moyenne) et la consommation de tabac sans alcool au quotidien (34 ans). L'âge moyen du groupe « hypnotiques » est de 8 ans supérieur à celui du groupe « antidépresseurs et tranquillisants » (63 vs. 55 ans). L'âge moyen du groupe « vins et tabac » est de 3 ans supérieur à celui du groupe « bière et autres » (44 vs. 41 ans). Les buveurs modérés de vin sont les plus âgés parmi les consommateurs d'alcool (55 ans) (Tableau VIII).

Tableau VIII : Âges moyens et répartition par quantiles selon le type d'usage

type d'usage :	âge moyen	Répartition par quantiles				
		1° décile	1° quartile	3° médiane	3° quartile	9° décile
"vin modéré"	55 ans	35	43	58	67	76
"vins et tabac"	44 ans	30	35	43	54	62
"tabac seul"	34 ans	23	27	33	40	57
"antidépresseurs tranquillisants"	55 ans	32	41	57	68	80
"consommation faible ou nulle"	44 ans	24	31	43	61	73
"hypnotiques"	63 ans	37	54	66	76	82
"bière et autres"	41 ans	25	30	39	52	66

NB: la moyenne est calculée sur les effectifs redressés, les quantiles à partir des données brutes.
INSERM U302 - Données INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992
LIRE AINSI : 10% des sujets du groupe "vin modéré" ont moins de 35 ans, et 25% moins de 43 ans...

Figure 13 : Structure par sexe et âge des groupes d'utilisateurs de psychotropes



Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux

NB Les répartitions au sein de chaque groupe sont calculées sur la base des données redressées

La consommation moyenne de cigarettes est faible dans trois catégories de ménages : personnes seules, couples sans enfant et ménages où les enfants sont majeurs. A sexe et âge égal, la tabagie s'avère plus importante pour les ménages élargis, les hommes seuls ou en couple sans enfant et les femmes seules ayant des mineurs à charge.

La prise de médicaments est faible au sein des foyers biparentaux et pour les personnes qui ne sont pas référents du ménage (0,3 et 0,2 boîte). Les volumes moyens des autres catégories varient de 0,7 boîte (foyers monoparentaux) à 1,2 boîte (personnes seules).

Au premier abord, les usages apparaissent différents d'un type de ménage à l'autre. L'âge et le sexe expliquent en grande partie ces différences. Toutefois, certaines spécificités se maintiennent dans les foyers monoparentaux et élargis.

Les personnes seules consomment moins de tabac et davantage de psychotropes. A sexe et âge égal, cette différence de comportement s'avère peu importante : la solitude correspond à des situations diversifiées (jeunes célibataires, personnes âgées isolées, etc.). Les membres de couples sans enfant sont 23% à consommer du vin à dose modérée. Les parents d'enfants majeurs sont à rapprocher de ce groupe (une fraction des couples sans enfant correspond aux cellules familiales d'où les enfants sont partis), s'avérant davantage consommateurs modérés de vin. La surconsommation de vin dans ces deux groupes ne se maintient pas après ajustement.

Les parents seuls ayant des mineurs à charge consomment plus de tabac et moins d'alcool : près d'un quart (23%) appartiennent au groupe «tabac» et 7% appartiennent au groupe «antidépresseurs et tranquillisants». A sexe et âge égal, ces deux usages restent caractéristiques des foyers monoparentaux, aux dépens du comportement abstinent qui rassemble moins de la moitié de ces parents seuls, qui sont majoritairement des femmes.

La surconsommation de tabac notable chez les couples ayant des enfants mineurs (17% pour le groupe «tabac» vs. 12% dans l'ensemble) s'avère en revanche une conséquence de l'âge et ne se maintient pas après ajustement : ces couples représentent une fraction de la population relativement jeune, plus volontiers consommatrice de tabac, alors que leurs aînés sont plus nombreux à n'avoir jamais fumé ou avoir stoppé cet usage.

Chefs et conjoints des ménages élargis consomment davantage de boissons alcoolisées, de tabac et moins de médicaments. La proportion de consommation faible ou nulle est la plus faible (46% vs. 58% dans l'ensemble) ; elle se maintient après ajustement. Les usages mettent en avant la consommation d'alcool à dose modérée (18%) ou élevée (8% pour le groupe «vin et tabac» et 8% pour le groupe «bière et autres»). Les psychotropes restent moins consommés (5% vs. 11% dans l'ensemble).

Le dernier type de ménage réunit les personnes interrogées non référents du ménage. 74% déclarent une consommation faible ou nulle. Les usages les moins répandus sont la prise de médicaments et la consommation d'alcool à dose modérée. Après ajustement, la consommation faible ou nulle reste la pratique prépondérante.

d) Situation géographique

Les données spatiales sont abordées selon le type d'habitat et la zone géographique. Les disparités géographiques sont d'autant plus marquées que les données repèrent la consommation quotidienne de boissons alcoolisées plus ou moins ancrées régionalement, valorisant l'usage d'alcool comme élément de la ration liquide alimentaire journalière.

Dans les régions Ile de France et Centre Est (correspondant aux deux métropoles parisiennes et lyonnaises), on boit moins d'alcool (1,1 verre par jour), quel que soit le produit (0,8 verre de vin, 0,2 de bière et 0,1 d'alcools forts).

La consommation d'alcool dans le Nord (1.7 verre) correspond pour moitié à celle de bière et de cidre (0.7) et d'alcools forts (0.2), la ration moyenne de vin étant relativement basse (0.7).

Le nombre moyen de verres d'alcool bus chaque jour est également élevé dans le Sud Ouest (1.6 verre) et tient essentiellement à la consommation de vin (1.3). Il en est de même dans le Sud Est (1.4 verre d'alcool dont 1.1 de vin).

Dans les régions Est et Ouest, la consommation quotidienne d'alcool est également élevée (respectivement 1.6 et 1.5 verre), sans prédominance d'une boisson particulière, de 0.7 à 1.0 verre de vin selon la région et de 0.4 à 0.5 verre de bière et de cidre.

Pour ce qui est de la répartition des usages, les oppositions relevées reflètent les spécificités régionales en matière d'alcool.

Le groupe «vin modéré» rassemblant 24% de la population dans le Sud Ouest, 20% dans le Sud Est et 19% dans l'Ouest de la France. La part du groupe «bière et autres» est forte dans la région Nord et, à un moindre degré, dans le Bassin Parisien. Le pourcentage du groupe «consommation faible ou nulle» est maximal en Ile de France (61%) et en Centre Est (64%).

D'une région à l'autre, les différences de consommation de tabac sont limitées : de 3,9 cigarettes par jour (Centre Est) à 5,1 (Est). Il en est de même des médicaments. Pour ces produits, les oppositions géographiques se traduisent d'abord en fonction de l'habitat, rural ou urbain. Si la consommation d'alcool est plus élevée en milieu rural et minimale dans les zones urbaines de plus de cent mille habitants (y compris Paris et sa banlieue), la situation pour le tabac est inverse : le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est d'autant plus élevé que la commune de résidence est peuplée. C'est dans les villes moyennes de vingt à cent mille habitants que la prise de médicaments apparaît maximale.

En ce qui concerne la répartition des usages, on note une surreprésentation du groupe «vin modéré» en zone rurale (20% vs. 13% à 16% en zone urbaine). Notons également l'implantation rurale et au sein des petites villes du groupe «bière et autres» (5% vs. 2% pour Paris et sa banlieue).

e) Diplôme

Le niveau de diplôme est corrélé avec la consommation d'alcool masculine et la tabagie chez les jeunes. Pour les médicaments, il semble plus particulièrement différencier les comportements aux âges où la prescription commence à être répandue, entre 50 et 64 ans.

La consommation d'alcool est d'autant plus élevée que le niveau de diplôme est bas : 1,0 verre par jour pour les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, du baccalauréat et du B.E.P.C., 1,6 verre par jour pour les non diplômés et les titulaires du certificat d'études primaires et les diplômés du technique secondaire (C.A.P., B.E.P.). En dessous de 50 ans, les hommes sans diplôme boivent en moyenne un à deux verres de plus que les différentes catégories de diplômés. A tous âges, les hommes diplômés du certificat d'études primaire, d'un C.A.P., B.E.P. ou d'un certificat de fin d'apprentissage boivent en moyenne un verre de plus que les diplômés du supérieur.

Ces oppositions s'observent également pour le tabac, chez les hommes et les femmes : les diplômés du supérieur et les bacheliers fument moins que les autres catégories, les écarts observés variant de 6 cigarettes chez les hommes à 18-34 ans, 4 cigarettes chez les hommes à 35-49 ans et environ 5 cigarettes chez les femmes à 18-34 ans.

La prise de médicaments est plus faible pour les bacheliers et diplômés du supérieur, notamment à 50-64 ans, pour les hommes comme pour les femmes. Les écarts sont plus réduits après 65 ans. Aux âges jeunes, cette hiérarchie relative distingue les femmes alors que pour les hommes, le nombre

moyen de boîtes de médicaments acquises pendant l'enquête reste faible et peu corrélé au niveau de diplôme.

La consommation faible ou nulle est un comportement plus répandu parmi les bacheliers et diplômés du supérieur : 67% sont abstinents ou faibles consommateurs, contre un peu plus de la moitié des individus faiblement diplômés. Ces derniers consomment davantage de médicaments et d'alcool. La proportion du groupe «tabac seul» est maximale parmi les populations ayant un niveau de diplôme intermédiaire, correspondant à l'enseignement secondaire technique ou général.

A sexe et âge égal, la consommation faible ou nulle reste plus répandue parmi les populations les plus diplômées. Les populations non ou faiblement diplômées restent plus grands consommateurs de médicaments, d'alcool et de tabac.

f) Niveau scolaire atteint

Les volumes de consommation moyens par niveau de formation, non détaillés par sexe et par âge, restituent l'influence du niveau de formation. Les différences de comportement sont en effet marquées pour l'alcool chez les hommes, pour le tabac chez les jeunes et pour les médicaments aux âges élevés, c'est-à-dire dans les strates démographiques où la consommation de ces produits respectifs est maximale. Les individus ayant un niveau de formation supérieur consomment moins d'alcool, de tabac et de médicaments et davantage de café et de thé que les individus n'ayant pas atteint ce niveau de formation.

La consommation d'alcool est globalement de 1,6 verre par jour pour le niveau primaire, 1,5 pour les filières techniques, 1,3 pour le niveau secondaire et 1,0 verre pour les formations supérieures. La consommation de tabac est plus élevée si la filière suivie est technique (6,7 cigarettes vs. 3,0 pour le primaire et 3,6 pour le supérieur). La prise de médicaments est quatre fois plus importante pour le niveau primaire (1,2 boîte) que pour le niveau supérieur (0,3 boîte).

Le différentiel entre les niveaux de formation supérieur et primaire est particulièrement élevé pour ce qui est du nombre de verres d'alcool bus chaque jour. Entre 18 et 34 ans, les hommes sortis du primaire boivent 3,5 fois plus que les hommes sortis du supérieur et deux fois plus que ceux qui sont sortis du secondaire, général ou technique.

La consommation de tabac oppose les formations supérieures aux autres formations. En dessous de 50 ans, les hommes et les femmes ayant suivi des filières supérieures fument environ deux fois moins que ceux qui se sont arrêtés au primaire.

Ces oppositions se retrouvent pour la consommation de médicaments, les volumes déclarés étant inversement proportionnels au niveau de formation.

Le comportement à l'égard du café et du thé est différent : les catégories de niveau de formation supérieur consomment plus en moyenne.

g) Situation d'activité

L'influence de la situation d'activité actuelle et antérieure sur l'usage de psychotropes semble importante pour les différents produits.

Les volumes moyens d'alcool consommés ne sont guère différents entre actifs ayant un emploi (1,5 verre d'alcool par jour), chômeurs (1,4) et inactifs (1,3). Les inactifs n'ayant jamais travaillé boivent moins (0,8 verre).

Les écarts sont plus marqués pour le tabac, les personnes au chômage fumant plus (8.7 cigarettes par jour) que les actifs ayant un emploi (5.7 cigarettes), qui eux-mêmes fument plus que les inactifs ayant déjà travaillé (1.9) ou n'ayant jamais travaillé (3.4).

En moyenne, les chômeurs ont acquis deux fois plus de médicaments que les actifs ayant un emploi (0.6 vs. 0.3 boîte). La consommation de médicaments des inactifs est sensiblement plus élevée (1.1 boîte pour ceux qui ont déjà travaillé et 1.5 pour ceux qui n'ont jamais travaillé).

La consommation de café et de thé des actifs ayant un emploi est un peu plus forte que dans l'ensemble (2.7 vs. 2.4 verres par jour).

A sexe et âge égal, deux groupes s'avèrent consommer davantage de produits psychotropes : les chômeurs et les inactifs n'ayant jamais travaillé.

Les hommes au chômage comptent parmi les plus gros buveurs et fumeurs. Leur consommation de médicaments est également plus élevée que celles des actifs occupant un emploi.

Le second groupe réunit les inactifs n'ayant jamais travaillé. Cette population est composite (femmes au foyer, jeunes et étudiants, invalides de tous âges). La consommation d'alcool de ce groupe est maximale chez les hommes de plus de 35 ans, de même que la prise de médicaments. Ce résultat ne se retrouve pas avec la même ampleur pour les femmes inactives.

Les actifs ayant un emploi et les inactifs ayant déjà travaillé (retraités et femmes ayant renoncé à leur activité professionnelle) présentent les niveaux de consommation les plus faibles. Toutefois, après 50 ans, les actifs ayant un emploi se distinguent des sujets ayant cessé le travail par leur surconsommation de café et de thé. On constate un comportement similaire vis-à-vis du tabac pour la minorité masculine encore active après 65 ans. On peut supposer que ces deux usages sont associés au maintien d'un rythme professionnel. Pour leur part, les sujets ayant cessé de travailler consomment davantage de médicaments.

La répartition par type d'usage permet de préciser les associations de produits propres à certaines catégories définies selon l'occupation actuelle.

16% des actifs appartiennent au groupe «tabac seul», alors que ce groupe représente 12% de l'échantillon total.

Cette surreprésentation s'observe également parmi les chômeurs (21%). Ces derniers sont aussi plus nombreux à figurer dans les deux groupes consommateurs d'alcool à forte dose (7% dans le groupe «vin et tabac» et 7% dans le groupe «bière et autres» soit près de 15%.

Les étudiants appartiennent au groupe «de consommation faible ou nulle» pour une écrasante majorité (87%). Le seul usage notable parmi les étudiants est celui du tabac non associé à l'alcool (8%).

Les femmes au foyer ont majoritairement une consommation faible ou nulle (71%). Seules 2% d'entre elles appartiennent aux groupes consommateurs d'alcool à forte dose, et 8% au groupe «vin modéré».

Le poids du groupe «consommation faible ou nulle» est minimal pour les retraités, 15% appartenant aux groupes consommateurs de médicaments et près de 30% au groupe «vin modéré». Le poids des groupes consommateurs d'alcool ou de tabac à doses élevées est faible parmi les retraités.

Les autres inactifs ont la consommation de médicaments la plus élevée : 11% appartiennent au groupe «antidépresseurs et tranquillisants» et 15% au groupe «hypnotiques», le poids de ces usages étant le triple de celui de la population d'ensemble (26% vs. 8%).

h) Catégorie socioprofessionnelle

Les usages de psychotropes apparaissent globalement différents selon la catégorie socioprofessionnelle. L'examen des résultats détaillés par sexe et âge montre que l'influence de la C.S.P. sur la consommation d'alcool et de tabac se maintient.

Le volume moyen d'alcool consommé par les agriculteurs et les ouvriers (2.0 verres par jour) et par les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (1.8 verre) vaut plus du double du volume consommé par les employés (0.8 verre). Les professions intellectuelles supérieures et intermédiaires se situent dans la moyenne quant à la dose d'alcool ingérée quotidiennement (respectivement 1.4 et 1.3 verre).

La consommation de tabac est maximale chez les ouvriers (6 cigarettes par jour) et minimale chez les agriculteurs (1.6). Les autres catégories socioprofessionnelles fument en moyenne entre 4 et 5 cigarettes par jour.

La consommation de médicaments est deux fois plus importante chez les agriculteurs (1.1 boîte acquise pendant l'enquête) que chez les professions intellectuelles supérieures ou les artisans et commerçants (0.5 boîte). Les employés et ouvriers ont acquis en moyenne entre 0.7 et 0.8 boîte de médicaments.

A sexe et âge égal, les agriculteurs, les artisans et commerçants, les ouvriers boivent plus d'alcool que les professions intellectuelles supérieures et intermédiaires et les employés.

Un lien existe également entre la CSP et la tabagie : on fume moins en milieu agricole, à l'inverse des milieux ouvriers, artisans et commerçants.

Dans le détail par sexe et âge, les différences selon la C.S.P. sont moins nettes pour l'acquisition de médicaments.

Les artisans et commerçants se singularisent par leur faible consommation. Chez les hommes comme chez les femmes, les ouvriers consomment le plus entre 35 et 49 ans, les agriculteurs entre 50 et 65 ans, et les professions intermédiaires après 65 ans. Doit-on envisager une influence plus ou moins précoce du milieu socioprofessionnel sur la prise de médicaments psychotropes, ou un impact des couvertures sociales?

La répartition des usages des différents psychotropes apparaît ainsi sensiblement différente d'une catégorie socioprofessionnelle à une autre. Lorsqu'on étudie les résultats à sexe et âge égal, les différences persistent.

Les types d'usage relativement plus répandus parmi les agriculteurs sont «vin modéré», «bière et autres» ainsi que ceux de médicaments. L'usage du tabac seul ou associé au vin est particulièrement restreint. Après ajustement, le poids des groupes «vin modéré» et «bière et autres» reste supérieur et celui du groupe «tabac» inférieur.

La catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise se démarque, après ajustement par sexe et âge, essentiellement par une moindre consommation de médicaments (4% vs. 8% dans l'ensemble).

Les professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires présentent des usages relativement voisins, avec une surreprésentation de consommation faible ou nulle à sexe et âge égal. Les groupes consommateurs d'alcool à doses élevées sont peu représentés dans ces deux catégories (4% et 5% vs. 8% dans l'ensemble).

C'est parmi les ouvriers que la consommation faible ou nulle est la moins répandue (44%) : ce constat persiste après neutralisation des effets dus au sexe et à l'âge. Ils montrent une surreprésentation des groupes «tabac», «vin modéré», «vins et tabac» et «bière et autres», qui à eux quatre rassemblent près de la moitié des ouvriers (48% vs. contre 36% dans l'ensemble).

i) Revenu du ménage

Les disparités de consommation selon le revenu correspondent principalement à un comportement spécifique des individus membres des ménages les plus aisés, qui ont une consommation d'alcool et de tabac plus faible.

A sexe et âge égal, on compte plus de faibles consommateurs parmi les personnes issues de ménages à haut revenu (entre 13.000 et 40.000 francs par unité de consommation). L'écart après ajustement reste supérieur de 4 points en comparaison à l'ensemble, l'écart observé pour les membres des ménages à faible revenu (moins de 2.700 francs par unité de consommation) étant inférieur de 4 points. Les usages opposant ces deux classes portent notamment sur la bière et les hypnotiques.

j) Nationalité

La nationalité oppose le comportement des français aux non nationaux.

Les sujets de nationalité française boivent plus d'alcool, notamment après 50 ans, où leur consommation moyenne est supérieure de un verre à la consommation des sujets étrangers. Les françaises boivent également un peu plus que les femmes étrangères. Notons qu'une différence de structure démographique limite les effets de cette différence de comportement : globalement, les français boivent en moyenne 1,3 verre d'alcool par jour et les étrangers 1,4 verre.

On note pour le tabac une différence de comportement selon le sexe : les étrangers fument plus que les français et les étrangères moins que les françaises. Ceci explique des moyennes globales identiques (4,5 pour les étrangers et 4,4 pour les français).

La consommation de médicaments distingue les françaises des étrangères, ces dernières ayant acquis deux fois moins de médicaments entre 50 et 65 ans. Cette différence est-elle la conséquence d'un accès plus limité des femmes étrangères au système de soins?

En ce qui concerne la répartition des différents profils d'usagers, on note que les étrangers sont plus souvent de faibles consommateurs (62% vs. 58%), différence qui se maintient après neutralisation des effets de sexe et d'âge.

4. MISE EN RELATION DE LA TYPOLOGIE DES USAGES AVEC LES DONNEES SANITAIRES

La typologie des usages de produits psychotropes peut être considérée comme un indice synthétique des comportements de consommation. Il est utile alors que des recherches de corrélation soient faites avec les données de santé, pour tester des hypothèses interprétatives, soit de conduites à risque, soit d'équivalents de traitements, soit de symptômes de souffrance psychique en fonction d'usages de produits.

4.1- CORRELATION ENTRE TYPES DE CONSOMMATION ET DONNEES DE SANTE

a) Santé mentale : diagnostics déclarés par les sujets

Les trois groupes «vin modéré», «vins et tabac» et «tabac seul» ont déclaré peu de troubles mentaux (Tableau IX). Les groupes «consommation faible ou nulle» et «bière et autres» sont également peu concernés. En revanche, près des trois quarts des sujets du groupe «antidépresseurs et tranquillisants» sont concernés. La part dans le groupe «hypnotiques» est inférieure (40%) : dans ce groupe, les pathologies mal définies (troubles du sommeil, fatigue, céphalées, autres symptômes mal définis) sont majoritaires (55%).

Tableau IX : Troubles mentaux selon les usages de psychotropes (typologie)

Groupes de consommation	Santé mentale		
	Troubles mentaux	Symptômes morbides mal définis	Pas de trouble
«Vin modéré»	6%	22%	72%
«Vins et tabac»	9%	19%	72%
«Tabac seul»	7%	21%	72%
«Antidépresseurs et tranquillisants»	77%	15%	8%
«Consommation faible ou nulle »	11%	22%	67%
«Hypnotiques»	40%	55%	5%
«Bière et autres»	10%	14%	76%

(N=7575 - $\chi^2=1773$ - $p<0,01$)

b) Santé mentale : mal être exprimé

L'examen des corrélations entre le mal être exprimé et la typologie des usages fournit un résultat comparable, avec une opposition entre les deux groupes consommateurs de médicaments et les autres groupes (Tableau X).

Le mal être exprimé n'apparaît pas plus important dans les groupes forts consommateurs d'alcool ou de tabac que dans les groupes abstinents ou consommateurs modérés.

Tableau X : Expression du mal être selon les usages de psychotropes (typologie)

Groupes de consommation	Expression du mal être		
	Bas (classes 1,2 et 3)	Moyen (classes 4 et 5)	Élevé (classes 6 et 7)
«Vin modéré»	70%	22%	8%
«Vins et tabac»	69%	24%	7%
«Tabac seul»	65%	26%	9%
«Antidépresseurs et tranquillisants»	30%	36%	34%
«Consommation faible ou nulle»	63%	26%	11%
«Hypnotiques»	29%	37%	34%
«Bière et autres»	63%	29%	8%

(N=7575 - $\chi^2=420$ - $p<0,01$)

N.B.: L'expression du mal être correspond aux classes mises en évidence au chapitre V (typologie).

c) Nombre de maladies

L'âge explique une grande partie des corrélations observées entre le nombre de maladies et les usages de psychotropes. Le Tableau XI résume les corrélations entre usages de psychotropes et nombre de maladies, après ajustement selon le sexe et l'âge, le risque pour chacun des groupes de consommateurs étant comparé à celui du groupe des abstinentes et faibles consommateurs¹.

Tableau XI : Corrélation entre usages et psychotropes et nombre de maladies (résultats ajustés par sexe et âge)

Risque de déclarer 10 maladies ou plus			
Groupe d'usagers	O.R.*	I.C.	
vin modéré	0,62	0,48-0,80	
vins et tabac	0,26	0,09-0,70	
tabac seul	0,81	0,50-1,32	n.s.
antidépresseurs et tranquillisants	2,53	1,89-3,38	
hypnotiques	3,12	2,38-4,10	
bière et autres	0,95	0,53-1,72	n.s.

*odds-ratio ajusté selon le sexe et l'âge (Mantel-Haenszel)

Le risque de déclarer dix maladies ou plus est trois fois plus élevé dans le groupe «hypnotiques» que dans le groupe «consommation faible ou nulle». Le risque est moindre dans le groupe «antidépresseurs et tranquillisants». Il est inférieur à l'unité pour les groupes «vin modéré» et «vins et tabac».

Certains usages apparaissent associés à un plus faible nombre de maladies. La consommation de médicaments est liée à un état de santé dégradé, en particulier la prise d'hypnotiques.

¹ Voir en annexe I-B du rapport (Tome 2) les pathologies rencontrées en fonction du nombre total de maladies déclarées pendant l'enquête.

d) Nature des maladies

L'étude par rubriques détaillées de la C.I.M. permet d'affiner ce résultat. A âge égal, les quatre groupes consommateurs de produits hors médicaments déclarent moins de maladies que le groupe des abstinents et faibles consommateurs¹.

L'appartenance au groupe «vin modéré» apparaît corrélée à une prévalence moindre de plusieurs rubriques de la C.I.M..

Ce groupe regroupe principalement des hommes d'âge élevé. Ils consomment moins d'alcool et de tabac qu'auparavant, et poursuivent ces consommations dans la mesure où l'état de santé le permet.

Les groupes «tabac seul», «bière et autres» et «vins et tabac» rassemblent une population pour laquelle la santé semble poser moins de difficultés que pour le groupe «consommation faible ou nulle». Toutefois, certaines associations sont significatives, concernant des pathologies qui peuvent être reliées aux usages.

Les maladies pulmonaires obstructives sont plus fréquentes pour les groupes «vins et tabac» et «bière et autres». De même, les symptômes respiratoires mal définis (groupe «tabac seul», «vins et tabac»), les maladies bucco-dentaires (groupe «tabac seul»), la mention de dépendance alcoolique (groupes «vins et tabac» et «bière et autres»), les artérites (groupe «vins et tabac»), les troubles du métabolisme des lipides (groupe «bière et autres»), les résultats sanguins et urinaires anormaux (groupes «vin modéré», «vins et tabac» et «bière et autres»).

Les deux groupes consommateurs de médicaments ont plus souvent déclaré des maladies, suivant les différentes rubriques de la C.I.M..

Une opposition existe entre les deux groupes en ce qui concerne la nature des maladies : le risque de déclarer un trouble mental est très élevé dans le groupe «antidépresseurs et tranquillisants» (O.R.=21,5). Son ampleur est moindre dans le groupe «hypnotiques» (O.R.=3,8). Cela se vérifie pour la dépression, la psychose ainsi que certains troubles mentaux moins fréquents (état réactionnel, syndrome post-traumatique et troubles de la mémoire). Les résultats pour l'anxiété et les troubles de la personnalité sont différents : le lien est significatif pour le groupe «hypnotiques» et non significatif pour le groupe «antidépresseurs et tranquillisants».

On observe également un lien entre l'appartenance au groupe «hypnotiques» et la déclaration de symptômes morbides mal définis (fatigue, asthénie, surmenage, troubles du sommeil, état sénile, état nerveux).

L'appartenance au groupe «hypnotiques» est également corrélée à un état de santé physique plus dégradé. Le détail par rubrique de la C.I.M. permet de relever certaines associations avec des pathologies organiques lourdes ou à pronostic défavorable, associations qui n'apparaissent pas significatives pour le groupe «antidépresseurs et tranquillisants» : tumeurs malignes, troubles endocriniens (diabète, troubles thyroïdiens), maladie du système nerveux (maladie de Parkinson, épilepsie, paralysies), cardiopathies (hypertension artérielle, angine de poitrine), troubles urinaires (insuffisance rénale, calculs rénaux, cystites, infections urinaires). L'inverse est plus rare : on identifie moins de pathologies associées au groupe «antidépresseurs et tranquillisants» non significatives pour le groupe «hypnotiques» : anémie, insuffisance de la circulation cérébrale, troubles génitaux divers.

¹ Voir les résultats détaillés en annexe V-D du rapport (Tome 2).

e) Recours au système de santé

Les liens entre types de recours et consommation de psychotropes sont à noter¹. Les consommateurs d'antidépresseurs et de tranquillisants sont 40% à recourir au secteur spécialisé en médecine mentale. La proportion reste largement inférieure à 10% pour les autres modes de recours. La consommation d'hypnotiques distingue peu les recourants au secteur de la santé mentale des sujets consommant des soins paramédicaux et des analyses (11%, 12% et 9% respectivement). L'opposition entre ces deux types d'usages de médicaments traduit le clivage entre la prescription de psychotropes du secteur spécialisé en santé mentale et la prescription de psychotropes dans le cadre d'autres formes de prise en charge.

Les types de recours associés à la consommation élevée d'alcool (groupes «vins et tabac» et «bière et autres») sont l'arrêt de travail ou l'alitement, le recours au secteur de santé mentale et les faibles recourants.

La consommation de tabac est plus élevée dans trois types de recours caractéristiques des populations jeunes (recours à la médecine spécialisée, arrêt d'activité et faible recours pendant l'enquête).

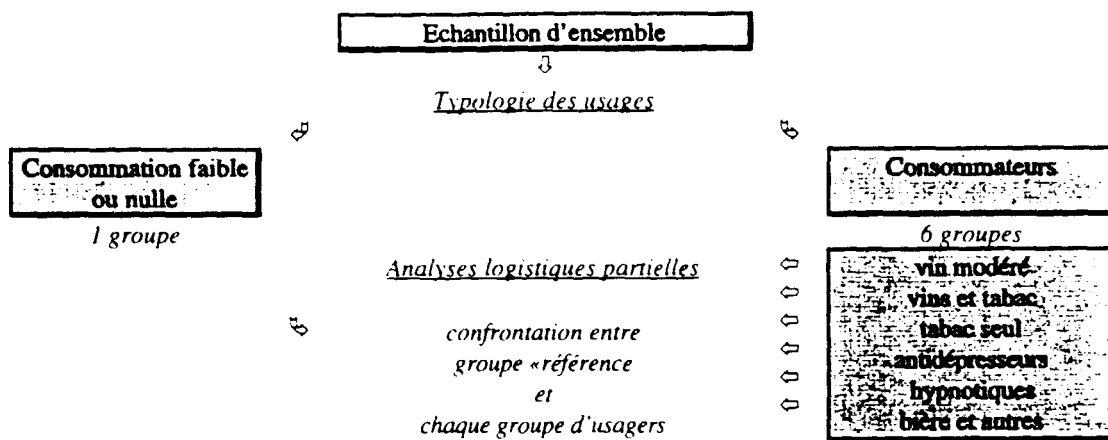
¹ Voir la classification des individus selon les recours aux soins, en annexe I-B du rapport (Tome 2).

4.2- ANALYSE LOGISTIQUE DES GROUPES D'USAGERS SUIVANT LES DONNÉES SANITAIRES ET SOCIALES

La validité de la typologie des usages ayant été éprouvée précédemment à travers les corrélations avec les données sociales d'une part, les données médicales d'autre part, il apparaît nécessaire de rechercher une hiérarchie des corrélations, pour mieux «expliquer» la typologie et éclairer les rôles de déterminants de la santé, dans le champ social ou dans le champ du comportement individuel. Les méthodes d'analyse discriminante, particulièrement la régression logistique, permettent de tester les niveaux de différenciation de groupes, à partir d'un ensemble de facteurs.

a) Méthodologie

Chaque groupe de consommateurs de psychotropes issu de la typologie des usages est confronté au groupe «consommation faible ou nulle», considéré comme référence de base.



Chaque groupe est comparé au groupe de référence, dont certaines spécificités toutefois, comme la surreprésentation féminine sont à prendre en compte.

b) Résultats¹

L'appartenance au groupe des usagers de vin à dose modérée dépend principalement de facteurs sociodémographiques. Le sexe et l'âge jouent un rôle prépondérant. Certains environnements sociaux et géographiques sont également associés à une probabilité plus grande : milieux ouvriers, ruraux et régions du Sud de la France.

Les caractéristiques associées aux probabilités significativement les plus faibles sont à relier aux données sociodémographiques. Outre les jeunes adultes, on retiendra le fait de n'avoir jamais travaillé, la possession d'un diplôme de l'enseignement supérieur et la résidence en grandes villes.

Quant aux facteurs sanitaires, les effets à retenir sont les probabilités plus faibles liées aux états de santé aggravés : plus de 10 maladies déclarées, hospitalisation et trouble mental.

L'appartenance au groupe «vins et tabac» est associée à plusieurs caractéristiques d'ordre sociodémographique et sanitaire. Le sexe est la variable la plus influente. Certaines expériences au plan familial ou professionnel paraissent vulnérabilisantes : veuvage, chômage. Socialement, la probabilité de

¹ Les résultats détaillés sont dans l'annexe V-E du rapport (Tome 2).

cet usage est importante dans différentes catégories socioprofessionnelles. La possession d'un diplôme du supérieur reste en revanche associée à un risque d'appartenance plus faible.

Les facteurs liés à la santé opposent le jugement personnel aux critères plus objectifs. Si un nombre élevé de maladies est associé à un risque d'appartenance minime, le risque est élevé lorsque le sujet se juge en mauvaise santé. Le risque est également plus élevé quand le sujet déclare que sa santé a perturbé ses études ou son travail. Certaines contradictions sont également à relever pour la santé mentale. Les diagnostics ne jouent guère sur les probabilités d'appartenance. Cependant, on note un risque accru en cas de recours au secteur psychiatrique et plus faible lorsque le recours se fait auprès des secteurs hospitaliers ou spécialisés autres. Faut-il voir ici un problème de prise en charge ou de sélection des sujets dans l'enquête?

L'appartenance au groupe «tabac seul» est associée en premier lieu aux variables sociodémographiques. Certains indicateurs subjectifs de l'état de santé apparaissent également associés à un risque d'appartenance plus élevé.

L'âge apparaît comme le facteur le plus déterminant. Plusieurs milieux sont associés à un risque plus élevé d'appartenance à ce groupe : milieux ouvriers et commerçants, par opposition aux agriculteurs et aux diplômés du supérieur. Également, l'expérience du veuvage, comme celle du chômage, le fait d'être célibataire et de n'avoir jamais travaillé sont associés à des probabilités plus faibles. Le risque est plus élevé lorsque le sujet est de nationalité française.

Ce groupe est le seul à présenter une probabilité plus élevée en cas de survenue d'un événement récent alors que le sujet mentionne un antécédent familial grave pendant l'enfance.

Du point de vue de la santé, le recours aux généralistes ou aux paramédicaux, un jugement défavorable de la santé sont également associés à des probabilités élevées. Les sujets déclarant des symptômes mal définis et ceux qui déclarent que la santé a gêné leur parcours scolaire ou professionnel sont plus souvent membres de ce groupe.

L'appartenance au groupe «antidépresseurs et tranquillisants» est associée en premier lieu par les données de santé mentale, diagnostics et expression d'un mal être.

L'influence des données sanitaires est prépondérante. Cela concerne l'existence d'un trouble mental, le fait d'avoir recouru au secteur spécialisé en psychiatrie, l'expression d'un mal être important, qui s'opposent à la mention de symptômes mal définis, à l'absence de recours au système de soins, à l'absence de mal être et un état de santé jugé bon ou très bon.

Du point de vue des facteurs sociodémographiques, la probabilité est plus élevée pour les hommes. Age, situation familiale ou professionnelle ne semblent pas déterminants. En revanche, le risque d'appartenir à ce groupe consommateur de médicament est plus élevé lorsque le sujet déclare un événement marquant récent sans mention d'antécédent familial.

L'appartenance au groupe consommateur d'hypnotiques est associée en premier lieu à l'existence de troubles mentaux, mais également à la mention de symptômes morbides mal définis. Les sujets exprimant un mal être important ont une probabilité également supérieure.

Les facteurs relatifs à la santé physique ressortent peu en dehors de l'effet âge. Du point de vue des recours, le secteur spécialisé en psychiatrie et le recours aux généralistes sont associés à des probabilités supérieures.

On note certaines probabilités élevées pour des groupes «favorisés» au plan social ou sanitaire : professions intellectuelles supérieures, sujets ne déclarant pas de maladie ou une seule. Doit-on voir ici les effets d'une consommation de confort? D'autres résultats sont contradictoires, tels qu'un risque plus faible pour les diplômés du supérieur ou les résidents des grandes villes, de Paris et de sa banlieue.

La probabilité est plus élevée chez les hommes. Un événement marquant récent accroît le risque de consommation.

L'appartenance au groupe «bière et autres» est associée en premier lieu avec les facteurs sociodémographiques.

Les facteurs sociodémographiques sont les plus influents, notamment le sexe (hommes), l'âge (les plus âgés ont un risque faible). Différents milieux paraissent également déterminants : milieux agricoles et ouvriers, régions du Nord et de l'Est du pays. Les non diplômés et les possesseurs du certificat d'études primaires présentent un risque supérieur. Comme pour les classes consommant du tabac seul ou des vins associés au tabac, le veuvage et le chômage sont associés à des risques plus élevés.

Les données relatives à la santé ont une influence moindre. Comme pour les consommateurs de vins associés au tabac, le risque est plus élevé lorsque le sujet a recouru au secteur spécialisé en psychiatrie. Il est plus faible en cas de recours aux généralistes ou paramédicaux.

5. COMPARAISON DES ETUDES EN POPULATION GENERALE (INSEE) ET EN POPULATION CONSULTANTE (CPAM)

Les études de représentativité au plan socio-démographique sont réalisées sur un sous-échantillon tiré de l'enquête INSEE-CREDES, correspondant aux jeunes adultes âgés de 20 à 35 ans vivant en Ile de France. Ce sous-échantillon est comparé à la population âgée de 20 à 35 ans consultante de deux centres d'examen de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris (Etude CPAM [7]), qui comprend 3421 individus une fois exclus les consultants déclarant résider en collectivité ou être sans domicile fixe.

5.1- ETUDE DES REPRESENTATIVITES AU PLAN SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

a) *Représentativité selon le sexe et l'âge*

Du point de vue de la répartition par sexe, il n'y a pas de différence observée entre les deux enquêtes : la surreprésentativité féminine est similaire (56%).

La population de l'échantillon CPAM est plus âgée que la population INSEE-CREDES vivant en Ile-de-France ($28,7 \pm 4,0$ ans vs. $27,6 \pm 4,8$ ans). Les moins de 25 ans sont 30% dans l'enquête INSEE-CREDES, vs. 19% dans l'enquête CPAM, et les 30-35 ans respectivement 37% et 46%.

b) *Comparaison des niveaux de diplôme*

La population CPAM, plus âgée, devrait apparaître plus intégrée au plan professionnel, mais aucune information n'est disponible sur l'activité ou la catégorie socioprofessionnelle dans la version originale du questionnaire soumis aux consultants. Les niveaux de diplôme permettent cependant de préciser certaines spécificités.

Il y a autant de sujets diplômés dans les deux enquêtes (CPAM: 89% vs. INSEE-CREDES: 91%). Il y a peu de différence lorsqu'on examine le taux de diplômés par tranche d'âge et de sexe, à l'exception des 20-24 ans (CPAM: 87% de diplômés vs. INSEE-CREDES 92%). En revanche, on observe une différence importante parmi les diplômés en fonction du niveau du diplôme le plus élevé. Les diplômés de l'enseignement supérieur sont 37% dans l'étude CPAM, vs. 24% dans l'enquête INSEE-CREDES, soit un écart de 13%. Cet écart entre les deux enquêtes s'observe pour les hommes (17%) comme pour les femmes (9%). La population consultante de la CPAM de Paris comprend moins de sujets ayant un CAP ou un BEP (23% vs. 39% dans l'enquête INSEE-CREDES).

Si l'on considère le taux de diplômés du supérieur pour les différentes tranches d'âges, on constate qu'il n'y a pas seulement une surreprésentation liée à l'âge moyen plus élevé de l'échantillon CPAM : le taux est plus élevé à 20-24 ans (22% vs. 17% dans l'enquête INSEE-CREDES), à 25-29 ans (31% vs. 22%) et à 30-35 ans (47% vs. 31%). Entre 20 et 29 ans, l'échantillon INSEE-CREDES compte près de deux fois plus de sujets qui possèdent un diplôme d'un niveau inférieur ou égal au BEPC (42% vs. 22%).

c) Représentativité selon l'état matrimonial

Sur le plan familial, on constate également des différences. Les structures selon l'état matrimonial sont en effet différentes entre les deux échantillons : la population consultante de la CPAM de Paris compte plus de célibataires (56% vs. 38%) et moins de sujets mariés ou en union libre (41% vs. 62%), le pourcentage des sujets ayant une autre situation (veufs, divorcés) étant comparable d'une enquête à l'autre (3%). La surreprésentation des célibataires dans l'échantillon CPAM se vérifie pour les hommes (56% vs. 43%) et pour les femmes (56% vs. 33%), ainsi que pour chaque tranche d'âge : 85% vs. 63% entre 20 et 24 ans, 63% vs. 37% entre 25 et 29 ans et 41% vs. 18% entre 30 et 35 ans. Elle n'est donc pas seulement due à un âge moyen plus élevé.

d) Représentativité géographique

Paris est surreprésenté dans l'échantillon CPAM (53% vs. 26% INSEE-CREDES). Le recrutement de la population consultante est en partie local (qui peut être dû à la proximité du lieu de résidence ou du lieu de travail). C'est pour les sujets consultants résidant à Paris intra-muros que les écarts concernant le taux de diplômés du supérieur, le pourcentage de célibataires et le pourcentage de sujets vivant seuls sont les plus élevés (Tableau XII). Cette situation explique en partie les différences observées entre les deux échantillons CPAM et INSEE-CREDES, les chiffres pour les consultants de la CPAM ne vivant pas à Paris tendent à se rapprocher de ceux de l'échantillon INSEE-CREDES.

Tableau XII : Consultants de la CPAM de Paris : caractéristiques selon le lieu de résidence

lieu de résidence	échantillon CPAM		INSEE-CREDES
	Paris	Hors Paris	Ile de France
% diplômés du supérieur	45%	28%	24%
% célibataires	61%	50%	38%
% seul (vivant)	41%	23%	12%

5.2- COMPARAISON DES USAGES DE PSYCHOTROPES DANS LES ENQUETES CPAM ET INSEE-CREDES

L'appréciation des groupes d'utilisateurs de produits psychotropes apparaît similaire entre les deux études, validant ainsi les échantillons (Tableau XIII). Toutefois ces études illustrent les difficultés de mesure des quantités absorbées et des chronologies des usages, qui demeurent des points non comparables entre les études et rappellent les difficultés métrologiques dans les recueils de données.

Tableau XIII : Consommation d'alcool, tabac, médicaments des franciliens dans les enquêtes INSEE-CREDES et CPAM

Usages de psychotropes	Répartition par sexe (% en ligne)						Répartition par âge (% en ligne)					
	(% en colonne)		CPAM		INSEE		CPAM			INSEE		
	CPAM	INSEE	Hom mes	Fem mes	Hom mes	Fem mes	20-24 ans	25-29 ans	30-35 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-35 ans
Consommation d'alcool												
actuelle	65%	26%	51%	49%	70%	30%	15%	35%	49%	22%	36%	41%
antérieure	14%	5%	33%	67%	46%	54%	28%	33%	39%	11%	41%	48%
abstinence	21%	66%	29%	71%	33%	68%	24%	35%	41%	35%	31%	34%
Consommation de tabac												
actuelle	43%	40%	46%	54%	50%	50%	19%	37%	44%	30%	34%	36%
antérieure	12%	13%	42%	58%	40%	60%	14%	27%	60%	16%	30%	54%
abstinence	45%	47%	42%	58%	40%	60%	21%	35%	44%	34%	34%	33%
Prise de médicaments												
actuelle	4%	4%	30%	70%	30%	70%	12%	31%	57%	12%	41%	48%
antérieure	12%	...	29%	71%	...	...	17%	35%	48%	...	...	...
abstinence	84%	...	47%	53%	...	...	20%	35%	45%	...	...	...
Médicaments consommés												
tranquillisants	2%	2%	28%	72%	26%	74%	10%	22%	68%	0%	51%	49%
hypnotiques	<1%	1%	27%	73%	46%	54%	12%	46%	42%	0%	46%	54%
neuroleptiques	<1%	<1%	86%	14%	40%	60%	43%	43%	14%	0%	60%	40%
antidépresseurs	2%	2%	32%	69%	10%	90%	11%	30%	59%	34%	32%	34%
Produits consommés												
alcool	30%	12%	51%	49%	74%	26%	14%	34%	52%	15%	40%	45%
tabac	9%	22%	26%	74%	38%	62%	27%	35%	38%	34%	34%	33%
alcool et tabac	32%	17%	53%	47%	68%	33%	17%	38%	45%	28%	33%	39%
médicaments	2%	3%	24%	76%	29%	71%	9%	33%	59%	16%	39%	45%
alcool, tabac et médicaments	2%	1%	36%	64%	32%	68%	15%	21%	56%	0%	44%	56%
aucun	24%	45%	33%	67%	32%	69%	26%	34%	40%	35%	31%	35%

...: non disponible

5.3- CONCLUSION

Les différences socio-démographiques observées montrent les biais de sélection induits par l'offre de dépistage que constituent les bilans de santé de la CPAM, probablement modifiés actuellement du fait d'une politique volontariste d'accès aux populations les plus défavorisées.

Il n'en demeure pas moins que la similitude des usages entre les deux échantillons permet de relativiser fortement le poids des données familiales et sociales, à ces âges, pour expliquer les différents comportements.

6. DISCUSSION

1- Les usages de psychotropes en population générale sont connus dans leurs grandes tendances et la situation française est bien établie depuis plusieurs enquêtes (CREDOC 1987 [21], INSEE-CREDES 1991-1992 [10]).

Les difficultés principales rencontrées concernent les mesures qui sont utilisées, la sincérité des réponses, les interprétations qui en découlent et leurs utilisations pour établir des actions de prévention de santé, comme cela a déjà été évoqué dans les travaux cliniques pour l'alcool [16], pour le tabac [19] et dans les enquêtes en population générale [1.2].

Ainsi les niveaux de dépendance sont très mal repérés dans l'enquête générale INSEE-CREDES 1991-1992.

Le nombre de patients identifiés comme alcooliques avec un diagnostic de dépendance issu de la CIM-9^e révision (alcoolisme chronique) n'est que de 20 alors que les études récentes spécifiques à l'alcool fournissent des estimations beaucoup plus importantes [9]. Ce constat rejoint les observations faites à propos des diagnostics de santé mentale rapportés dans une telle enquête, comme pour la schizophrénie, où les cas signalés montrent une sous-estimation importante.

Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces sous-estimations :

- groupes «extrêmes» non atteints par l'enquête : institutions exclues du champ et sujets marginaux difficiles à contacter [12.18].
- diagnostics difficiles à poser, et surtout à rapporter dans des conditions d'entretien étrangères à tout soin [23].

2- Au-delà de la connaissance des usages de chaque produit psychotrope, l'approche typologique permet de délimiter les consommations associées, par rapport à l'ensemble des produits psychotropes, et de définir les pôles d'usages les plus marqués [3.4].

Suivant les enquêtes réalisées en population générale, les mesures peuvent privilégier quantité ou régularité des usages, la comparabilité s'en trouve réduite et la quantification des sous-groupes, représentant les pôles de consommations peut montrer des résultats différents.

Un intérêt majeur de ces typologies est de créer un indice synthétique des usages qu'il est ensuite possible de croiser aisément avec les autres variables, socio-démographiques ou sanitaires [14].

Les déterminants sociaux des comportements d'usages de psychotropes montrent le poids déterminant de deux facteurs principaux : l'âge et le sexe, auxquels s'ajoutent mais de façon plus nuancée des facteurs environnementaux ou occupationnels, comme l'ont montré certaines études régionales sur la mortalité [17] ou l'offre de soins [8].

Les corrélations avec les données de santé tempèrent l'influence des données sociales [22], notamment pour les groupes d'usagers de médicaments. Une concordance importante est retrouvée avec la connaissance de diagnostics de santé mentale : le groupe consommateur d'antidépresseurs et de tranquillisants corrélés avec le diagnostic de trouble mental, le groupe consommateur d'hypnotiques avec en outre les symptômes morbides mal définis.

Par contre, pour les autres groupes, qu'ils soient usagers ou non de produits, entre 6% et 10% des sujets ont un diagnostic de trouble mental et entre 14% à 22% déclarent des symptômes ou états morbides mal définis. On peut s'interroger alors, pour ces catégories de populations, sur le rôle éventuellement thérapeutique attribué aux produits non médicamenteux, au maximum pour un quart des sujets (ou a contrario leur effet négatif) : la limite des corrélations statistiques est consécutive aux variables retenues et à l'interprétation de causalité difficile à poser du fait des conditions d'observation de l'enquête [14,18].

Par ailleurs, il est à noter que le groupe des abstinents et faibles consommateurs, même si près des deux tiers sont indemnes de trouble mental, comprend plus de sujets diagnostiqués que les groupes consommateurs de produits psychotropes non médicamenteux.

Se pose évidemment comme problème la nature des outils utilisés pour caractériser l'état de santé mentale. Entre des grilles cliniques réservées à des spécialistes et des questions de sens commun, comment allier les impératifs liés aux enquêtes en population générale au souci de validité des interprétations des réponses en terme de groupes de différents niveaux de souffrance psychique ou de mal être? [13].

3- Les niveaux de mal être peuvent être interprétés qualitativement ou quantitativement. Les corrélations avec la typologie des usages de psychotropes sont significatives dans les deux cas.

Les usagers de médicaments ont en moyenne les scores les plus élevés de mal être. Toutefois, les consommateurs les plus faibles n'ont pas les scores les plus bas. Les niveaux moyens ou élevés de mal-être sont plus fréquents relativement pour les consommateurs de médicaments (70%), puis les consommateurs les plus faibles (40%), les fumeurs (35%), les autres (30%). Ces corrélations indiquent un sens général aux consommations, dont les cliniciens proposent des interprétations pour les médicaments [20] ou plus généralement en psychopathologie [23].

4- L'influence des données individuelles et familiales est particulièrement nette sur les usages de psychotropes, en fonction également des données sociales. Chez les jeunes, les événements de vie sont corrélés avec la surconsommation de tabac, chez les plus âgés, la surconsommation de médicaments est conditionnée par la biographie. Il en est de même pour les conditions de travail, sans qu'il soit possible de distinguer les parts respectives des influences des facteurs strictement personnels ou socio-professionnels.

7. CONCLUSION

1- La répétition d'enquête en population générale est indispensable pour la connaissance quantitative des comportements d'usage de produits psychotropes.

Lorsque les enquêtes sont répétées à l'identique, l'évolution des comportements peut être analysée à biais constant. Ainsi en 1991-1992, il est possible d'apprécier la part des consommations, depuis l'abstinence jusqu'à des usages importants, les plus faibles consommations concernant 60% de la population alors que les conduites les plus extrêmes représentent 15% de la population.

Toutefois, une telle enquête ne peut permettre d'avoir le panorama complet des usages de psychotropes, depuis des comportements épisodiques jusqu'à des conduites de dépendance.

L'estimation quantitative ne peut provenir que du croisement de plusieurs indicateurs, spécifiques à des groupes d'usagers, y compris les patients traités [6,18].

Par contre la répétition d'une telle enquête permet la mesure des tendances «lourdes» dans le temps, à biais constant, du fait des sélections opérées par le mode d'enquête et des «réticences» générales constatées pour ces questions.

L'intérêt d'une typologie des usages est d'apprécier schématiquement les comportements sans cibler a priori un produit ou un autre et la confrontation de différentes typologies [21] issues de plusieurs enquêtes renforce l'hypothèse de l'existence de ces pôles :

- *Consommation faible ou nulle*
- *Usages associés d'alcool et tabac*
- *Consommation de tabac*
- *Consommation de médicaments psychotropes*
- *Consommation modérée d'alcool*

2- Les corrélations entre usages de psychotropes, diagnostics de santé mentale et expressions de mal être, si elles sont globalement significatives, suggèrent toutefois des interprétations nuancées suivant la typologie des consommations. Les plus grosses consommations correspondent à plus de difficultés, mais les consommateurs les plus faibles ne sont pas les plus indemnes de difficultés.

Les groupes «paradoxaux» pourraient être approfondis sur un plan clinique : sujets ayant des troubles mentaux, (10% des plus faibles consommateurs), sujets usagers de médicaments sans trouble mental (5% à 8%).

L'expression de mal être, s'il distingue nettement les usagers de médicaments psychotropes des autres sujets avec les scores les plus élevés, ne différencie pas beaucoup les autres catégories d'usagers en fonction des produits (hors médicaments). Le recours aux produits serait-il alors plus lié aux facteurs

sociaux qu'à l'intensité des difficultés ou bien seraient-ils des prédicteurs de difficultés ultérieures, liées à la dépendance ou aux modes de vie associés?

Pour les usages de substances non médicamenteuses, les données démographiques et environnementales semblent prépondérantes. On note toutefois l'influence relative de certains aspects concernant la santé, en particulier les appréciations subjectives de l'état de santé général, notamment dans les groupes consommateurs de tabac.

Qu'il s'agisse du groupe des hypnotiques ou de celui consommateur d'autres médicaments, les probabilités de consommation sont minimales lorsque les sujets ne déclarent pas de diagnostic de trouble mental et lorsqu'ils ne recourent pas au système de soins. Un tel résultat laisse entendre une bonne adéquation générale des prescriptions.

La consommation de médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs et les tranquillisants est dans l'ensemble quasi exclusivement expliquée par la santé mentale et le recours au secteur spécialisé en psychiatrie. Les seuls autres facteurs ayant une influence sont relatifs aux événements de vie récents et à l'expression d'un mal être général.

Les résultats pour l'usage d'hypnotiques sont plus nuancés. Du point de vue des diagnostics déclarés, on retrouve à part égale l'influence des troubles mentaux et des symptômes mal définis. L'expression d'un mal être reste un facteur à noter, indice de l'existence de besoins non pris en charge. Les données relatives à l'état de santé physique ont une faible influence. Celle-ci semble pouvoir être résumée par l'âge qui, à l'inverse du groupe consommateur d'antidépresseurs et de tranquillisants, reste influent.

3- Les usages de psychotropes apparaissent corrélés à plusieurs caractéristiques d'ordre démographique, géographique et socio-économique. Qu'on s'intéresse aux différents produits ou à la répartition des usages, les résultats ajustés selon le sexe et l'âge montrent la permanence de certaines associations :

Un registre de facteurs correspond aux pratiques socioculturelles. Il s'agit des traditions régionales, du clivage rural/urbain, des catégories socioprofessionnelles, du niveau de la formation.

On observe également l'influence de facteurs fragilisants dans différents domaines : celui de la vie familiale (divorce, veuvage), celui de la vie professionnelle (chômage).

Par ailleurs, les effets du sexe et de l'âge et des différentes caractéristiques sociales et familiales paraissent imbriqués. Dans certains cas, au sein d'une même catégorie sociale, les usages apparaissent différents d'un sexe à l'autre, d'une classe d'âge à l'autre.

Les données sociales révèlent des différences de consommation selon la catégorie d'appartenance. L'influence de facteurs fragilisants est à apprécier en tenant compte de ces niveaux variables selon l'appartenance et des oppositions marquées entre consommations masculine et féminine, consommations des classes jeunes et âgées. Ces oppositions selon le sexe et l'âge peuvent également se traduire par des réactions différentes face à des situations fragilisantes, être plus ou moins marquée selon la catégorie d'appartenance examinée.

4- Sur un plan méthodologique, le potentiel de représentativité de l'étude par rapport à la population générale est extrêmement utile pour tester la validité d'autres enquêtes plus limitées et pour éprouver des résultats partiels.

Pour l'enquête ainsi mise à l'épreuve, réalisée avec la CPAM de Paris sur un échantillon d'assurés âgés de 20 à 35 ans, les effets de sélection sont mis en évidence avec les particularités de la région parisienne et des inductions produites par une offre de dépistage ou de soins.

La relativisation d'une enquête ponctuelle par rapport à une base de données nationales permet l'extrapolation des informations supplémentaires, comme dans l'enquête CPAM [7], sinon leur généralisation. Ainsi les données sur les drogues illicites et la santé mentale suggèrent que deux sous-groupes sont les plus exposés : les fumeurs et les plus grands consommateurs de plusieurs produits, donnant valeur prédictive à de tels usages, à des âges jeunes.

Cette technique qui s'apparente à la méthode de greffe d'enquête développée par le CREDOC [21] pourrait être utilement proposée pour des échantillons réduits, constitués par sondage stratifié tenant compte des sous-groupes les plus exposés, souvent les moins importants. L'intérêt des enquêtes multiples est éprouvé dans les études québécoises [1.2] ou européennes [6].

5- Des prolongements d'études pourraient être suggérés. L'utilisation de questionnaires utilisés pour dépister des conduites de dépendances [13] pourrait être envisagée pour améliorer de tels recueils de données, à la lumière de l'expérience d'autres pays. De même, les conditions d'usages, particulières ou dans la vie courante, pourraient être approfondies, en confrontant différents outils déjà utilisés pour le tabac ou l'alcool. De façon complémentaire, les produits illicites pourraient être recherchés, à l'instar de l'étude de la CPAM, sur un échantillon de sujets plus jeunes. L'exemple d'autres pays européens, l'Allemagne pour les sujets âgés de 12 à 39 ans, les Pays-Bas pour l'ensemble de la population, devrait servir à élaborer des questions plus complètes par rapport à l'ensemble des produits psychotropes [6].

Au niveau de la recherche, pour approfondir les analyses de données, des modélisations mathématiques pourraient être proposées pour éprouver la validité et la spécificité des indicateurs issus des typologies en terme de probabilités de consommations [18] : des difficultés individuelles, en lien avec l'histoire personnelle ou l'état de santé mentale, peuvent influencer sur ces probabilités, qui devraient être distinguées en fonction de différents contextes sociaux.

Les consommations de produits psychotropes, de l'abus à la dépendance, sont actuellement reconnues comme faisant partie des comportements responsables de problèmes sanitaires et sociaux importants ("La santé en France" [11]), à travers différents indicateurs de Santé Publique (mortalité ou morbidité). Les comportements de violence et dépendance expliquent une part non négligeable en France de la mortalité prématurée. Les risques de morbidité, simultanés ou différés sont également bien établis. Il importe alors d'organiser des systèmes d'observation et de recherche épidémiologique pour suivre et évaluer les actions de prévention auprès des populations.

8. BIBLIOGRAPHIE

- [1] AUBIN J, GRATTON J, CAOUETTE L. L'usage de la cigarette au Québec, 1985-1994 : analyse d'enquêtes multiples. Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 1996.
- [2] BELLEROSE C, LAVALLEE C, CAMIRAND J. Enquête sociale et de santé 1992-1993 - Faits saillants. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 1994.
- [3] BOUROCHE JM, SAPORTA G. L'analyse des données. Que sais-je? n° 1854. PUF, 1983.
- [4] CHANDON JL, PINSON S. Analyse typologique. Théories et applications. Masson, 1980, 1-254.
- [5] CHANOIT PF, DE VERBIZIER J. Informatique et épidémiologie psychiatrique. Editions Eres, 1985, 1-266.
- [6] Etudes multivilles : Tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes. Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994, 174 p.
- [7] FACY F, VARSAT B, RABAUD M, EMPTOZ B, RENE MN. Usages d'alcool et polyconsommation de psychotropes chez de jeunes adultes. *Alcoolologie*, 1998, 20 (2), 117-125.
- [8] FRENKIEL J, HECKETSWEILER P. Les inégalités inter-régionales de l'offre de soins en France. *Solidarité Santé, Etudes statistiques*, 1992, 4 ; 35-48.
- [9] GOT C, WEIL J. Alcool à chiffres ouverts. Seli Arslan, Paris, 1997, 350 p.
- [10] GUIGNON N. *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*. *Solidarité Santé n° 1 : Les français et leur santé*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1994, 16 p.
- [11] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La santé en France. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. La Documentation Française, 1994.
- [12] I.N.S.E.E., C.N.A.M.T.S., C.R.E.D.E.S., M.I.R.E., S.E.S.I.. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Actes du colloque Paris 20 juin 1994. I.N.S.E.E. Résultats. *Consommation Modes de vie*, 1994, n° 67-68, 193 p.
- [13] KOVESH V. *Epidémiologie et santé mentale*. Flammarion, Médecine-Sciences, 1996, 162 p.
- [14] LEBART L, MORINEAU A, TABARD N. *Technique de la description statistique*. Dunod, Paris, 1997.
- [15] LE PAPE A, LECOMTE T. Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92. *C.R.E.D.E.S.*, 1996, 83 p.
- [16] MELON R. Etude comparative des différents moyens de diagnostic précoce de l'alcoolisme : test C.A.G.E., grille de Le Gô et gamma GT. *Rev. Alcool.*, 1987, 32 (4), 248-260.
- [17] MICHEL E. *Les disparités régionales de la mortalité en France : Situation en 1990*. *Solidarité Santé, Etudes statistiques n°1*, 1993.
- [18] PADIEU R. L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies. La Documentation Française, 1994.
- [19] PAULAN I, BRUCHON-SCHWEITZER M. *Différentes composantes du comportement tabagique : construction et validation d'un questionnaire (QCT)*. *L'encéphale*, 1994, 20, 741-746.
- [20] PELISSOLO A, BOYER P, LEPINE JP, BISSERBE JC. *Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et hypnotiques en France et dans le monde*. *L'encéphale*, 1996, 22, 187-196.
- [21] RÖSCH D, HAEUSLER L, FACY F. La consommation de produits psychotropes dans la population française : alcool, tabac, café, thé, médicaments. *C.R.E.D.O.C., Collection des rapports 1989*, 153 p.
- [22] SERMET C. Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques : enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. *C.R.E.D.E.S.*, 1995/01, 22 p.
- [23] WIDLÖCHER D, CLODION M, FACY F. *Epidémiologie et psychiatrie*. *I.N.S.E.R.M.*, 1993, 197 p.

TROISIEME PARTIE :

EXPRESSION DU MAL ETRE EN POPULATION GENERALE

**Souffrance psychique,
maladies mentales et somatiques associées,
contexte des événements de vie et recours**

THURIN J-M.(1), RUFFIN D.(2)

1) Médecin - Fédération Française de Psychiatrie - Ecole de Psychosomatique

2) Vacataire INSERM

1. MESURE DU MAL ÊTRE A PARTIR DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES SOINS MÉDICAUX 1991-1992

1.1- INTRODUCTION

a) Données disponibles

L'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 aborde la question du mal être au travers du paragraphe n°6 du questionnaire final individuel. Les personnes interrogées se sont prononcées à la grille suivante :

Ditez-vous qu'habituellement, les phrases suivantes s'appliquent à votre cas?

- «Vous vous sentez tendu, nerveux»
- «Vous vous faites du souci pour des choses qui ne sont pas graves»
- «Vous vous sentez souvent effrayé, apeuré»
- «Vous avez du mal à vous concentrer»
- «Vous vous sentez souvent fatigué»
- «Vous vous fâchez pour des choses sans importance»
- «Vous avez des difficultés à vous endormir ou rester endormi»
- «Vous avez souvent des douleurs»
- «Vous vous sentez sans espoir en pensant à l'avenir»
- «Vous vous sentez seul»

Les modalités de réponse aux dix propositions sont les suivantes¹ :

- 1 - pas du tout
- 2 - plutôt non
- 3 - plutôt oui
- 4 - tout-à-fait

Signalons qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une cotation selon une échelle de valeur. Sont opposées deux réponses positives et deux négatives, deux réponses catégoriques et deux réponses relatives. L'exploitation quantitative de telles données repose sur l'estimation des intervalles entre ces modalités qualitatives ordinales.

Cette grille permet aux individus d'exprimer un certain nombre de difficultés composant différentes dimensions du mal être. L'appréciation globale des difficultés fournit donc en population générale une mesure de la souffrance psychique, allant jusqu'à la pathologie lorsque la plupart des items sont de cotation élevée.

Les difficultés évoquées sont présentes dans le tableau permettant de poser le diagnostic de dépression, à l'exception de deux : la perte de l'intérêt et les troubles de l'appétit et de la sexualité.

Cette mesure a l'intérêt d'être systématique, tous les sujets ayant été interrogés. Elle fournit ainsi un instrument précieux d'évaluation de la morbidité ressentie, indépendante des déclarations personnelles de

¹ Voir en annexe VI-A du rapport (Tome 2) pour le traitement des non réponses et des réponses «sans objet».

maladie ou de plainte. Cependant, il faut cependant relativiser ces réponses car les enquêteurs n'ont pas eu de formation particulière à l'entretien psychiatrique.

b) Objectifs et méthodologie

Dans l'analyse du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité", deux approches sont envisagées (chapitre 2 : Analyse du mal être à partir du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité"). La première approche prend en compte la nature des difficultés évoquées. Outre la prévalence de chacun des symptômes, il s'agit de repérer les éventuelles associations ou oppositions. Cette perspective est sans doute peu riche en enseignements, compte tenu du nombre limité d'items et des problèmes de fiabilité liés à une administration par des non spécialistes. Cela dit, l'identification de dimensions particulières dans l'expression du mal être permettra d'apprécier la qualité de l'outil de mesure. Cette approche sera privilégiée dans un premier temps au moyen d'une étude des corrélations entre items et d'une analyse des correspondances multiples. La seconde approche correspond à la recherche d'une hiérarchisation dans l'expression du mal être. Un premier outil de synthèse est le calcul d'un score global (score «anxiété, sommeil, irritabilité»). Son calcul reste contestable car les réponses fournies ne correspondent pas à des cotations sur une échelle de valeurs. Une typologie de l'expression du mal être cherche à construire une mesure exempte de tels défauts. Elle a pour objectif d'isoler un sous-groupe de sujets exprimant le plus de difficultés, sous-groupe que nous qualifierons de «sujets dépressifs», opposable à des groupes n'exprimant pas de difficultés et se situant dans un registre intermédiaire.

L'analyse de cette grille propose une alternative à l'exploitation des données relatives aux maladies mentales. Les maladies déclarées dans l'enquête correspondent à un diagnostic médical ou autodéclaré. La confrontation de la typologie d'expression du mal être aux pathologies mentales déclarées par ailleurs doit permettre de juger de la validité globale de la typologie : une corrélation forte est attendue. Cette analyse s'intègre dans une recherche plus globale des déterminants de l'expression du mal être, mettant en jeu les données de morbidité, et de recours aux soins, les variables sociodémographiques ainsi que les données relatives aux événements de vie personnels (chapitre 3 : Mise en relation de la typologie d'expression du mal être avec les données sanitaires et sociodémographiques).

Le croisement de la typologie de l'expression du mal être avec les maladies déclarées permettra d'étudier plus finement certains sous-groupes : sujets exprimant un mal être important, sujets exprimant un mal être important sans déclarer de trouble mental, sujets ayant déclaré un trouble mental exprimant peu de difficultés (chapitre 4 : Etude de sous-populations).

Une fois la place des événements de vie personnels établie, leur influence sera analysée sur les consommations de produits psychotropes, en faisant le détail des événements (chapitre 5 : Tolérance aux événements de vie au travers de la prise de psychotropes).

2. ANALYSE DU MAL ÊTRE A PARTIR DU PARAGRAPHE "ANXIÉTÉ, SOMMEIL, IRRITABILITÉ"

2.1- PREVALENCE DES DIFFERENTS SYMPTOMES DE LA GRILLE "ANXIÉTÉ, SOMMEIL, IRRITABILITÉ"

Les difficultés ne sont pas exprimées avec la même ampleur dans l'échantillon (Tableau XIV). Sont plus souvent énoncées : la nervosité (13%), le souci (13%), les troubles du sommeil, les douleurs fréquentes, la fatigue (11%).

Si l'on prend en compte également les réponses «plutôt oui», trois difficultés touchent plus de 40% de l'échantillon : nervosité (51%), souci (45%) et fatigue (44%). Les troubles du sommeil et les douleurs fréquentes atteignent des proportions légèrement inférieures (33% et 35%).

Les autres propositions reçoivent moins souvent l'assentiment relatif ou complet des personnes interrogées : il s'agit des peurs, du sentiment de solitude et de l'absence d'espoir en pensant à l'avenir (selon l'item, entre 3% et 6% des sujets tout-à-fait concernés, et entre 13% et 17% de sujets plutôt ou tout-à-fait concernés). L'irritabilité et les problèmes de concentration sont deux difficultés rarement cotées «tout à fait» (6% et 4%), avec toutefois une proportion plus importante de réponses «plutôt oui» (23% et 20%).

Tableau XIV : Répartition des réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»

Items du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité"	Reponses à l'item				ensemble
	pas du tout	plutôt non	plutôt oui	tout à fait	
<i>Vous vous sentez tendu, nerveux</i>	23%	27%	38%	13%	100%
<i>Vous vous faites du souci pour des choses qui ne sont pas graves</i>	32%	23%	32%	13%	100%
<i>Vous vous sentez souvent effrayé, apeuré</i>	62%	25%	10%	3%	100%
<i>Vous avez du mal à vous concentrer</i>	49%	27%	20%	4%	100%
<i>Vous vous sentez souvent fatigué</i>	26%	31%	33%	11%	100%
<i>Vous vous fâchez pour des choses sans importance</i>	43%	27%	23%	6%	100%
<i>Vous avez du mal à vous endormir ou à rester endormi</i>	48%	20%	22%	11%	100%
<i>Vous avez souvent des douleurs</i>	40%	25%	24%	11%	100%
<i>Vous vous sentez sans espoir en pensant à l'avenir</i>	58%	26%	12%	4%	100%
<i>Vous vous sentez seul</i>	67%	16%	12%	5%	100%

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Quatre items se révèlent particulièrement sensibles à l'âge, les plus jeunes éprouvant moins de difficultés que leurs aînés : douleurs fréquentes, sentiment de solitude, perte d'espoir en l'avenir et troubles du sommeil (Tableau XV).

Tableau XV : Age moyen selon les réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»

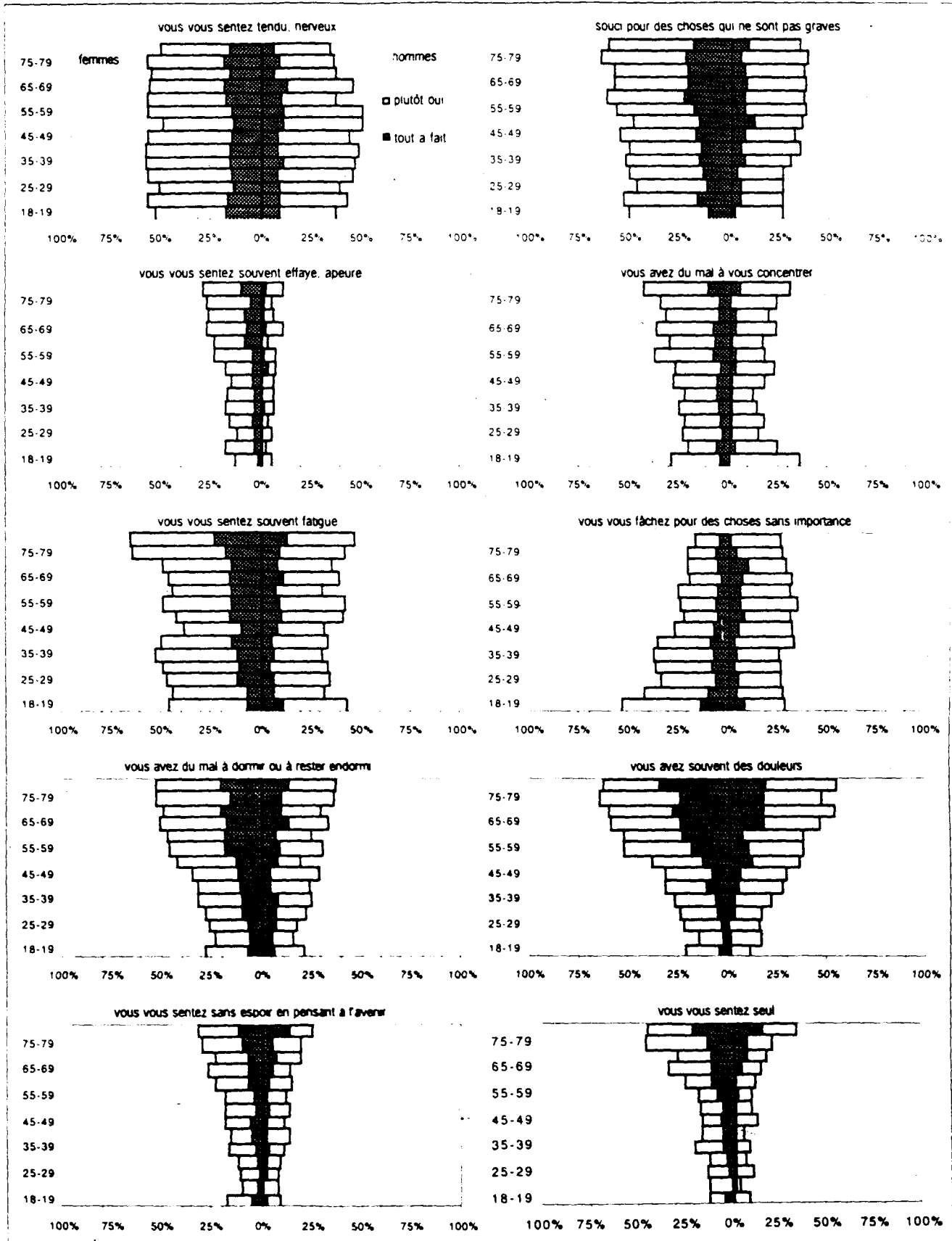
Items du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité"	Réponse à l'item			
	pas du tout	plutôt non	plutôt oui	tout à fait
Vous vous sentez tendu, nerveux	48	47	47	48
Vous vous faites du souci pour des choses qui ne sont pas graves	45	47	49	50
Vous vous sentez souvent effrayé, apeuré	46	48	52	54
Vous avez du mal à vous concentrer	45	48	50	52
Vous vous sentez souvent fatigué	45	47	48	51
Vous vous fâchez pour des choses sans importance	49	47	44	45
Vous avez du mal à vous endormir ou à rester endormi	43	51	51	53
Vous avez souvent des douleurs	40	48	53	60
Vous vous sentez sans espoir en pensant à l'avenir	44	51	52	57
Vous vous sentez seul	45	50	53	60

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Les sujets évoquant des douleurs ont en moyenne 20 ans de plus que celles qui n'en évoquent pas. Les écarts sont de 15 ans pour le sentiment de solitude, 13 ans pour la perte d'espoir en l'avenir et 10 ans pour les troubles du sommeil. Les autres propositions sont peu voire pas du tout sensibles à l'âge. Ainsi, l'écart entre les âges moyens des personnes «tout à fait» et «pas du tout» concernées est nul pour la nervosité, et faible pour les autres difficultés. C'est seulement aux âges extrêmes (moins de 20 ans, 75 ans et plus) que ces difficultés sont mises en avant. Les résultats sont inversés pour l'irritabilité : les sujets concernés sont en moyenne plus jeunes que les sujets non concernés (45 ans vs. 49 ans).

La Figure 14 (page 87) présente les proportions d'individus se déclarant tout à fait ou plutôt concernés pour chaque classe de sexe et âge. Elle donne un aperçu de la contribution des différentes générations à la population exprimant un mal être et du poids de chacune des difficultés.

Figure 14 : Réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité» par sexe et âge



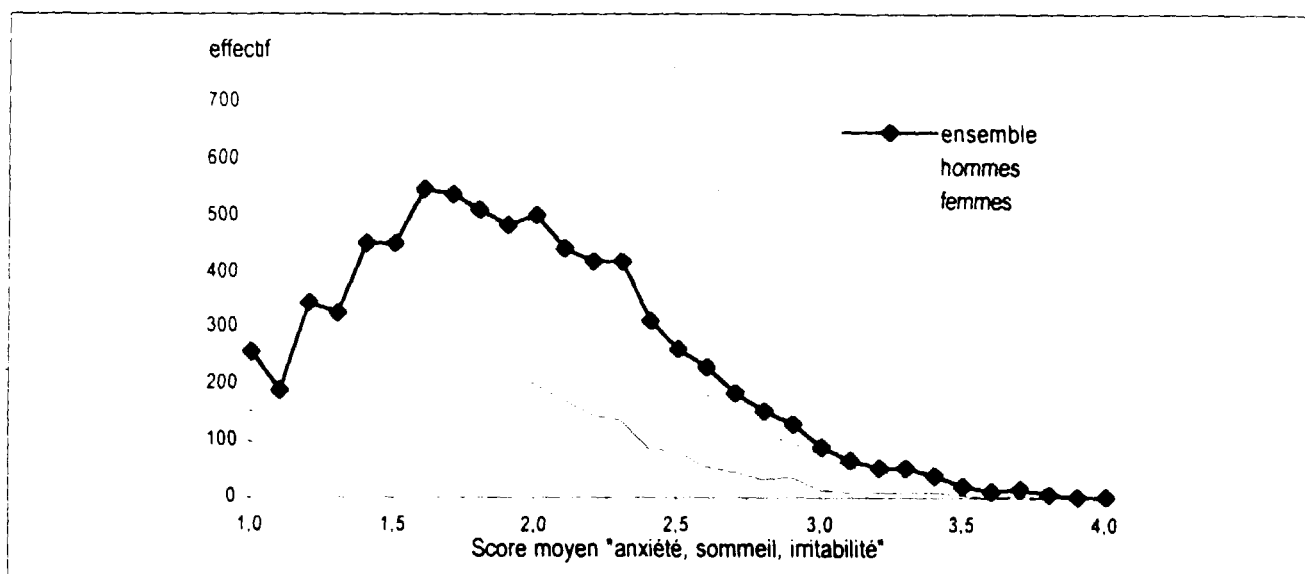
2.2- INDICATEURS SYNTHETIQUES DE LA GRILLE « ANXIETE, SOMMEIL, IRRITABILITE »

a) Score moyen «anxiété, sommeil, irritabilité»

Un score moyen est calculé pour chaque individu à partir des réponses considérées comme des cotations allant de 1 à 4. C'est un premier indicateur synthétique de l'expression du mal être, d'autant plus important que le score moyen est élevé.

La distribution du score «anxiété, sommeil, irritabilité» présente un profil correspondant la loi normale, avec un net décalage vers la gauche (Figure 15). Une majorité d'individus présente un score faible ou moyen. Dans le segment des scores élevés, une inflexion se dessine aux environs de la valeur 3, témoignant de l'existence d'un sous-groupe marginal exprimant des difficultés importantes.

Figure 15 : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»



Le score moyen d'ensemble vaut 1,9, c'est-à-dire proche de la cotation «2- plutôt non». Trois classes d'effectifs inégaux s'opposent du point de vue des moyennes (Tableau XVI).

Tableau XVI : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»

niveau de difficultés	Valeur du score "anxiété, sommeil, irritabilité"		
	entre 1 et 2	entre 2 et 3	entre 3 et 4
	"pas ou peu de difficultés"	"niveau moyen" (difficultés partielles ou cotations intermédiaires)	"difficultés"
effectif (N=7575)	4119	3074	382
pourcentage redressé	57%	39%	4%

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Quel que soit l'âge, les femmes expriment plus de difficultés que les hommes (Tableau XVII). L'hypothèse d'une surdéclaration féminine ou son corollaire, une moindre importance accordée en cours d'entretien par les hommes à ces mêmes problèmes, n'est pas à exclure. Rappelons qu'il s'agit d'une expression personnelle, empreinte de subjectivité. Le ressenti, mais également son expression à l'enquêteur, peuvent varier d'une catégorie de sujets à une autre.

Tableau XVII : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité» par sexe et âge

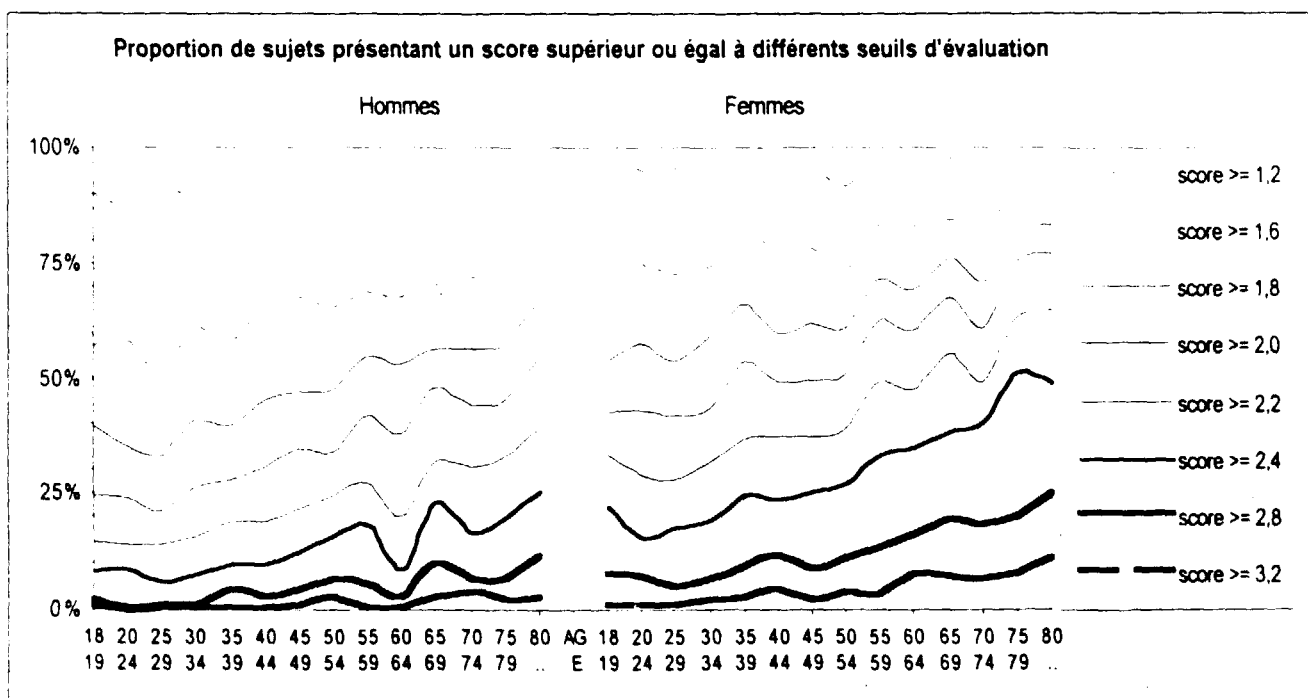
Age	hommes	femmes
18-29 ans	1.65	1.89
30-39 ans	1.70	1.97
40-49 ans	1.77	2.00
50-59 ans	1.85	2.06
60-69 ans	1.86	2.19
70 ans et plus	1.96	2.30
tous âges	1.78	2.05

b) Seuils repérables en fonction du sexe et de l'âge

La Figure 16 montre les différentes proportions atteintes, pour chaque catégorie de sexe et d'âge, lorsque l'on fait varier le seuil du score moyen à partir duquel on estime l'existence de difficultés.

Pour un seuil élevé (à partir de 2.8), on peut isoler un groupe d'hommes et de femmes exprimant le plus de difficultés. Chez les hommes, trois classes d'âges alimentent ce groupe de façon particulière : 35-39 ans, 50-54 ans et 65-74 ans. Chez les femmes, majoritaires dans ce groupe, la proportion dans la classe d'âge 40-44 ans est plus élevée, elle augmente de façon régulière à partir de 50 ans, pour atteindre les niveaux les plus élevés observés aux grands âges. Cette amplitude et cette régularité ne se retrouvent pas chez les hommes âgés ou très âgés, les âges concernés se situant au niveau de l'espérance de vie masculine.

Figure 16 : Seuils d'évaluation du mal être



Fixer le seuil à des niveaux moyens (entre 2 et 2,6) altère sensiblement les profils des courbes par âge. Une variation accusée se fait jour à 55-59 ans et à 65-69 ans, c'est-à-dire en fin d'activité et après le départ à la retraite.

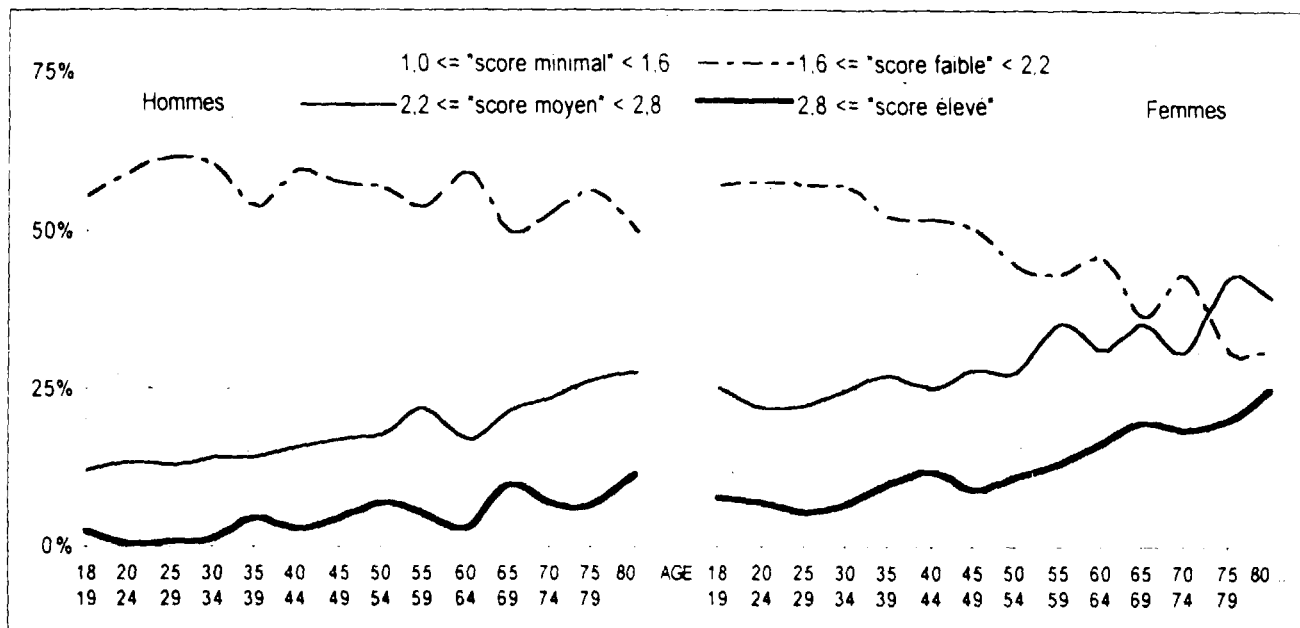
Enfin, c'est seulement pour des seuils très bas, sans grande valeur discriminante, que s'estompent les oppositions selon le sexe et l'âge. La variation de l'expression du mal être selon ces deux données constitue un trait fondamental.

Le groupe des individus présentant les scores maximaux reste donc composite du point de vue démographique : il rassemble des individus d'âge moyen comme des personnes très âgées. La

répartition par sexe est très déséquilibrée, de même que la répartition par âge. Par ailleurs, certaines tranches d'âge fournissent un effectif relativement plus important que leurs tranches d'âge voisines. Un tel résultat suggère l'existence d'âges critiques, propices à l'émergence de difficultés. Le fait que ces âges critiques soient différents selon le sexe limite toute explication mettant en avant le vécu historique commun à certaines générations.

Le regroupement suivant (Figure 17) réunit au sein d'une même classe les scores présentant sur le graphique précédent des profils similaires. Il met en valeur quelques résultats complémentaires :

Figure 17 : Répartition selon le score «anxiété, sommeil, irritabilité» : résultats par sexe et âge



Quelle que soit la tranche d'âge, plus de la moitié des hommes présentent un score faible (compris entre 1,6 et 2,2). La proportion des hommes présentant les scores les plus bas (inférieurs à 1,6) diminue régulièrement avec l'avancée en âge. Pour les classes de score élevé (supérieur ou égal à 2,8), l'opposition entre hommes jeunes et hommes âgés semble moins caractéristique que l'expression d'un surcroît de difficultés à des âges spécifiques.

La proportion de femmes présentant des scores élevés augmente régulièrement à partir de 50 ans. Il faut y ajouter le groupe bien spécifique des femmes atteignant la quarantaine, en fin de vie féconde.

L'expression du mal être doit être mise en relation avec des événements et phénomènes propres à différents cycles de vie, dont l'influence reste à apprécier. Outre le vieillissement, il faut considérer la vie active, la vie féconde, de même que l'entrée à l'âge adulte. La recherche de corrélations éprouvées doit tenir compte de ces différents contextes, qu'il est possible d'aborder à partir des données sociales de l'enquête décennale.

Par ailleurs, la question de l'influence des événements de vie privée (événements marquants récents, événements familiaux graves avant 18 ans) doit intégrer ces contextes. La répercussion d'un événement dans le parcours individuel n'est-elle pas accrue lorsque l'individu est dans une phase critique du point de vue de sa vie d'adulte, de sa vie professionnelle, féconde?

c) Cumul de difficultés

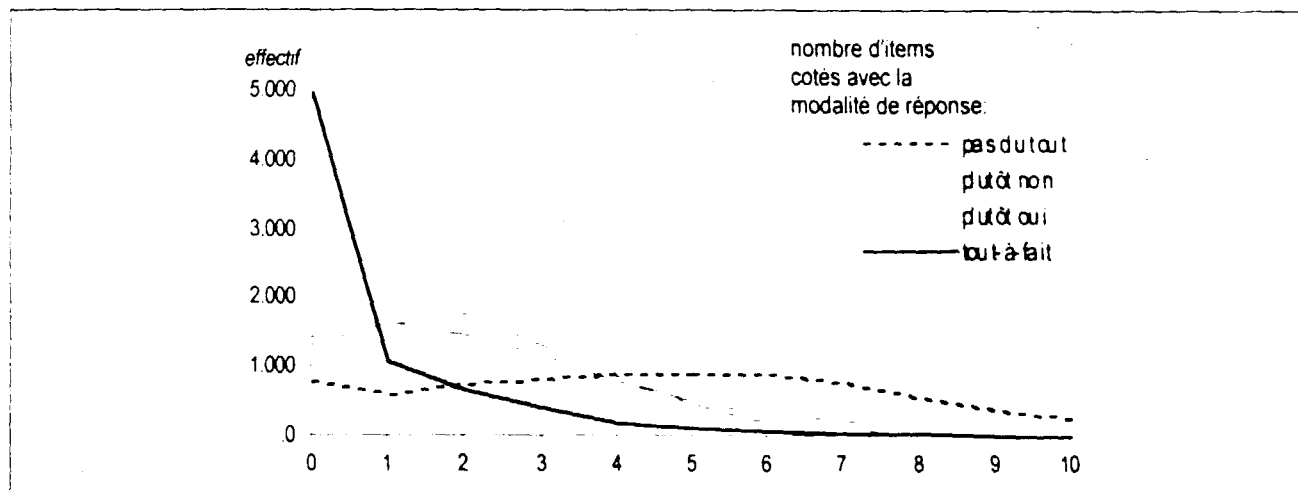
Quatre autres indicateurs de synthèse repèrent le nombre de réponses semblables au sein de la grille : nombre de réponses «pas du tout», «plutôt non», «plutôt oui» et «tout à fait» (Figure 18). Ils restituent le niveau de difficultés en terme de cumul sans inférer de valeurs aux intervalles entre deux modalités de réponse. La validité de tels indicateurs repose sur la pertinence de l'additivité des dix difficultés évoquées dans la grille.

Les différences entre les distributions sont marquées. L'utilisation répétée de la réponse «tout à fait» est rare : seuls 2% de l'échantillon l'ont utilisée pour six items ou plus, les deux tiers ne l'ayant pas utilisée.

L'utilisation de la réponse «pas du tout» est différente : elle concerne six items ou plus pour près de 25% de l'échantillon.

Les deux réponses relatives présentent des distributions intermédiaires peu différentes.

Figure 18 : Répartition selon le nombre de réponses utilisées à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»



Globalement, les réponses n'ont pas la même valeur aux yeux des personnes interrogées. En l'absence de coefficients que l'on pourrait affecter à chaque modalité de réponse, l'exploitation du score moyen reste un indicateur grossier du mal être exprimé.

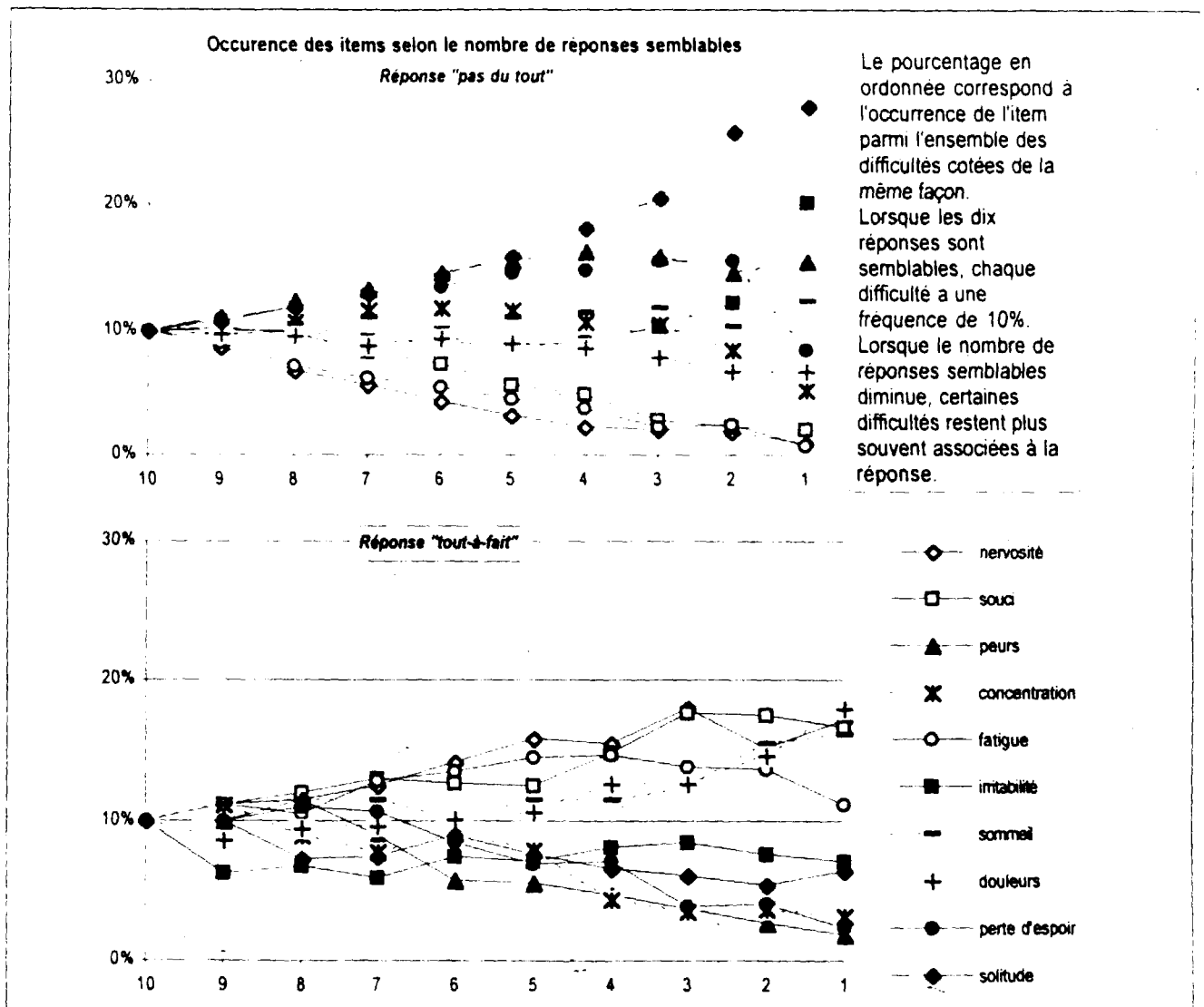
d) Synthèse de la nature des difficultés exprimées

L'examen conjoint des cotations et des items donne une première indication sur les associations de difficultés (Figure 19). Certains items sont cités isolément ou conjointement à d'autres. D'autres ne sont cités que lorsque le nombre de difficultés exprimées est élevé.

Lorsque l'utilisation de la réponse «pas du tout» diminue, c'est-à-dire lorsque les sujets expriment des difficultés, «sentiment de solitude», «perte d'espoir en l'avenir» «peurs» et «problèmes de concentration» restent plus souvent cotés comme non problématiques.

Les sujets qui n'ont utilisé qu'un nombre limité de réponses «tout à fait» mettent en avant la nervosité, le tempérament soucieux, la fatigue, et à un moindre degré les troubles du sommeil ou la douleur.

Figure 19 : Occurrence des items aux réponses «pas du tout» et «tout à fait» de la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»



Un tel résultat suggère l'existence de deux dimensions dans l'expression du mal être mesurable dans cette enquête. Dans la première s'exprime un mal être qui représenterait un premier stade «fonctionnel» d'entrée dans la psychopathologie. La seconde correspondrait davantage à la pathologie psychiatrique, où l'on voit s'ébaucher un diagnostic de dépression majeure à partir du syndrome constitué par la

mention du sentiment de solitude, de la perte d'espoir en l'avenir, des peurs fréquentes et des problèmes de concentration.

Le Tableau XVIII résume les corrélations partielles existant entre difficultés. A partir de certaines associations majeures, on peut distinguer quatre tendances dans l'expression de difficultés.

La nervosité et le tempérament soucieux sont souvent associées. Plusieurs autres items sont également corrélés à ce couple. L'irritabilité apparaît corrélée en premier lieu avec ces deux variables et n'apparaît qu'en dernier rang des variables corrélées avec les autres difficultés. Une seconde composante, correspondant à l'anxiété, se dessine avec l'association «peurs» / «tempérament soucieux» / «nervosité»

La douleur fréquente est la mieux corrélée avec la fatigue, et réciproquement. Ces deux difficultés apparaissent aux derniers rangs des corrélations avec le tempérament soucieux et le sentiment de solitude.

La perte d'espoir et le sentiment de solitude sont fortement corrélées. Ces deux difficultés apparaissent aux derniers rangs des variables corrélées au couple «nervosité» / «souci». Peurs et concentration leur sont également associées, sans doute du fait de la prévalence plus faible de ces différentes difficultés.

Les troubles du sommeil occupent une place particulière. Ils sont bien corrélés à la mention de douleurs. Ils sont également bien associés à la nervosité, mais pas au tempérament soucieux, et également corrélés au couple «solitude» / «perte d'espoir». On pourrait leur rapprocher les problèmes de concentration, eux aussi assez bien corrélés à la nervosité et au couple «solitude» / «perte d'espoir».

Tableau XVIII : Corrélations entre items de la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»

Rangs des corrélations entre difficultés										
	tendu nerveux	souci	peurs	concen- tration	fatigue	irritabilité	sommeil	douleurs	perte d'espoir	solitude
tendu, nerveux		1	3	6	2	5	4	8	7	9
souci	1		2	5	6	3	7	9	4	8
peurs	4	1		2	6	9	7	8	3	5
concentration	3	6	1		4	9	7	8	2	5
fatigue	2	7	5	3		9	4	1	6	8
irritabilité	1	2	4	3	6		7	8	5	9
sommeil	2	8	6	7	5	9		1	4	3
douleurs	8	7	4	5	1	9	2		3	6
perte d'espoir	7	4	2	3	8	9	6	5		1
solitude	8	6	2	3	7	9	4	5	1	

NB: Les coefficients de corrélation sont calculés selon la méthode de Spearman. Toutes les corrélations sont significatives.
 La lecture en ligne précise l'ordonnance entre difficultés, de la mieux corrélée (1) à la moins bien corrélée (9).
 La lecture en colonne précise combien de fois la difficulté est parmi les mieux corrélées aux autres difficultés (rangs 1,2 ou 3) et combien de fois la difficulté est la moins bien corrélée aux autres difficultés (rangs 7,8 ou 9).

Ces tendances reflètent différentes dimensions du mal être : composante somatique (douleurs et fatigue), psychologique (anxiété, irritabilité), difficultés vis-à-vis de l'entourage ou de l'avenir (sentiment de solitude et perte d'espoir en l'avenir) et diminution de fonctions générales (capacités de récupération et de concentration). Cela dit, on note des imbrications entre ces différentes composantes. On privilégiera une approche globale de la grille.

2.3- RECHERCHE D'UNE TYPOLOGIE DE L'EXPRESSION DU MAL ETRE

a) Analyse des correspondances multiples

• Méthodologie

L'analyse des correspondances multiples exploite les données en détaillant les dix items et pour chacun de ceux-ci, les quatre modalités de réponses possibles. La relation d'ordre entre les modalités est ignorée, les données étant considérées comme nominales pures.

• Résultats

Les trois premiers facteurs issus de l'analyse expliquent près de 30% de l'inertie¹. Dans l'espace des variables s'opposent quatre nuages franchement dissociés de modalités, chacun réunissant dix modalités de même cotation. La structuration du nuage selon un ordre croissant de difficultés, matérialisée par cette proximité des modalités cotées identiquement est donc très forte. Le score moyen «anxiété, sommeil, irritabilité», introduit comme variable supplémentaire, illustre cette structure caractéristique (effet Gutmann).

Un tel résultat suggère une exploitation préférentielle de la grille comme un outil de mesure globale, permettant de repérer la cooccurrence de symptômes évalués à un même niveau de difficulté.

Le premier facteur oppose l'absence de difficultés (nuage des réponses «pas du tout») à l'énoncé de difficultés, allant de «plutôt non» à «tout à fait». Les difficultés contribuant le plus à la détermination de cet axe factoriel sont le tempérament soucieux, la nervosité, et la fatigue.

Le deuxième facteur oppose les modalités de réponses relatives («plutôt non» et «plutôt oui») aux réponses catégoriques («tout à fait» et «pas du tout»). Du point de vue des contributions, l'opposition réside principalement entre les niveaux de réponse «plutôt non» et le «tout à fait». Cet axe peut ainsi être interprété comme la différenciation des trois niveaux de réponses positifs, allant dans un ordre croissant de difficultés.

La représentation graphique des deux premiers axes montre ainsi une structure en arc de cercle, matérialisée par les modalités du score moyen. Les extrémités de cet arc correspondent aux modalités de réponses extrêmes et sont très éloignées l'une de l'autre. Elles tendent à pointer vers une même direction (certitude). La partie centrale de l'arc réunit les niveaux de cotation intermédiaires correspondant aux réponses relatives.

Le troisième axe oppose les modalités de réponses «plutôt oui» aux autres modalités. Tempérament soucieux et nervosité contribuent le plus à cet axe.

La représentation graphique des deuxième et troisième axes est également remarquable. Le nuage est disposé en spirale à partir du centre de gravité. Les points les plus proches de l'origine correspondent aux réponses «pas du tout». La courbe représentant le score moyen gravite autour du point origine. Elle rejoint par rotation centrifuge les trois autres nuages de modalités, chacun d'eux occupant une zone isolée du plan factoriel.

Dans les deux représentations graphiques, les difficultés les moins citées (peur, perte d'espoir, solitude, difficultés de concentration) se situent en marge des quatre nuages. Cet étalement est particulièrement marqué dans les nuages des réponses «plutôt oui» et «tout à fait».

¹ Voir l'annexe VI-B du rapport (Tome 2) pour la méthodologie et les résultats (représentations graphiques des plans factoriels).

La projection du nuage des individus sur le premier plan factoriel est de structure simple. Il ne présente pas de sous-ensemble, mais un étirement dans la direction correspondant dans l'espace des modalités à l'énoncé de difficultés. Sur le plan des facteurs 1 et 3, son profil est celui d'un triangle, dont les sommets pointent en direction des nuages des modalités «plutôt non», «plutôt oui» et «tout-à-fait».

Les axes suivants opposent entre elles des difficultés de même cotation, indiquant des associations de difficultés.

L'axe 4 distingue entre eux différents items cotés «tout à fait» Sentiment de solitude, perte d'espoir en l'avenir, douleurs fréquentes, fatigue et troubles du sommeil s'opposent à la nervosité, au souci, à l'irritabilité, aux problèmes de concentration et à la peur. Cette opposition recoupe en partie une opposition selon l'âge, les modalités correspondant aux âges élevés étant plus proches du premier sous-ensemble.

L'axe 5 montre la même opposition pour les réponses «plutôt oui», de même que l'axe 7 pour les réponses «plutôt non»

L'axe 6 distingue les items solitude et avenir des items douleur et fatigue.

Les axes 9 et 10 voient une forte structuration du nuage selon la question relative au sommeil. Troubles du sommeil sont associés à la douleur ainsi qu'à la fatigue.

Dans l'optique d'une classification, deux résultats sont à retenir de l'analyse des correspondances multiples. D'une part, le nuage des variables est structuré en priorité selon les cotations, les oppositions entre difficultés intervenant secondairement. Pour chaque sujet, le nombre de réponses «pas du tout», «plutôt non», «plutôt oui» et «tout-à-fait» peut constituer une batterie d'indicateurs efficace en vue d'une typologie. D'autre part, dans le nuage des individus, un certain nombre de sujets semblent caractéristiques en se rapprochant d'un profil de réponse particulier. L'étalement du nuage est signe d'une continuité dans l'expression de difficultés : le score moyen «anxiété, sommeil, irritabilité» reste un indicateur utile pour restituer sommairement le mal être en terme numérique.

b) Typologie

• Méthodologie

La typologie réalisée exploite le nombre de réponses de même cotation. L'information disponible n'est pas exploitée exhaustivement, l'analyse ignorant la nature des difficultés. L'hypothèse sous-jacente est celle d'une pertinence de la grille, en terme d'exhaustivité et de complémentarité des symptômes. Le comptage du nombre de réponses identiques prend alors un sens particulier, le cumul traduisant la cooccurrence des mêmes symptômes à des degrés variables de difficultés.

Sont retenues les variables suivantes :

nombre de réponses «pas du tout», nombre de réponses «plutôt non», nombre de réponses «plutôt oui» et nombre de réponses «tout à fait»

Sont ajoutées quatre autres comptes, destinés à préciser la hiérarchie entre les modalités de réponse :

nombre de réponses négatives («pas du tout» ou «plutôt non»), nombre de réponses positives («plutôt oui» ou «tout à fait»), nombre de réponses catégoriques («pas du tout» ou «tout à fait»), nombre de réponses relatives («plutôt oui» ou «plutôt non»)

Ces huit variables sont analysées à partir d'un programme de classification ascendante non hiérarchique utilisant la méthode des moyennes mobiles¹

• **Résultats**

La classification retenue compte sept classes. Le choix de ce paramètre repose sur deux objectifs. En premier lieu, la recherche quatre classes-types correspondant aux quatre modalités de réponses initiales, les sujets de ces classes utilisant de façon préférentielle une modalité de réponse. Le second objectif est celui de la lisibilité des groupes supplémentaires, au sein desquels les réponses sont plus diversifiées. Moins homogènes et d'importance numérique supérieure, ces groupes doivent pouvoir se placer dans la hiérarchie des classes-types.

Le Tableau XIX présente le profil des sept classes en fonction des variables actives de la classification.

Tableau XIX : Typologie de l'expression du mal être : profils de réponse des classes

Nombre moyen d'items cotés selon la modalité de réponse	Classes issues de la typologie						
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
1- Pas du tout	8,5	5,7	1,6	4,2	1,7	0,9	1,7
2- Plutôt non	0,6	2,5	6,9	1,2	4,1	2,0	1,0
3- Plutôt oui	0,6	1,6	1,4	3,3	3,6	5,9	2,0
4- Tout à fait	0,3	0,2	0,1	1,3	0,6	1,3	5,2
1- Pas du tout	*****	*****	**	***	**	*	**
2- Plutôt non	*	**	*****	*	***	**	*
3- Plutôt oui	*	**	*	***	***	*****	**
4- Tout à fait				*	*	*	*****
non (1 ou 2)	9,1	8,1	8,5	5,3	5,8	2,8	2,7
oui (3 ou 4)	0,9	1,9	1,5	4,7	4,2	7,2	7,3
catégorique (1 ou 4)	8,8	5,9	1,7	5,5	2,4	2,1	7,0
relative (2 ou 3)	1,2	4,1	8,3	4,5	7,6	7,9	3,0

NB: une étoile représente un nombre moyen arrondi de 1 réponse.

Dans les trois premières classes, les réponses négatives prédominent. Ces classes présentent peu de difficultés, voire aucune.

En moyenne, les individus de la 1° classe répondent «pas du tout» à plus de 8, et négativement à plus de 9 items. Chaque sujet a utilisé la réponse «pas du tout» au moins 6 fois.

En moyenne, les individus de la 2° classe répondent négativement à plus de 8 items, dont 6 réponses «pas du tout» et 2 «plutôt non». Cette classe représente un niveau intermédiaire au sein des réponses négatives.

En moyenne, les individus de la 3° classe répondent «plutôt non» à 7 items, et négativement à plus de 8 items. Les minima sont de 5 réponses «plutôt non» et 7 réponses négatives.

Dans les 4° et 5° classes, on compte en moyenne autant de réponses positives et négatives. Ces classes sont intermédiaires du point de vue de l'expression du mal être.

Les individus de la 4° classe tendent à associer des réponses opposées sur l'échelle de cotation («pas du tout» et «oui»). Les réponses à la grille sont donc contradictoires.

¹ PROC FASTCLUS du système SAS®. L'utilisation de cette procédure est appropriée car les mesures utilisées pour décrire la population sont homogènes et véritablement numériques (FASTCLUS utilise comme métrique la distance euclidienne).

Les individus de la 5^e classe privilégient les réponses relatives («plutôt oui» et «plutôt non») en moyenne, 7 items sont cotés de la sorte. Cette classe représente un niveau intermédiaire entre le oui et le non.

Les 6^e et 7^e classes correspondent à l'expression d'un mal être important ou très important.

En moyenne, les individus de la 6^e classe répondent «plutôt oui» à 6 items, et positivement à 7 items. Les minima sont de 3 réponses «plutôt oui» et 6 réponses positives.

En moyenne, les individus de la 7^e classe répondent «tout à fait» à 5 items, et positivement à plus de sept items. Les minima sont de 3 réponses «tout à fait», 5 réponses positives. Le maximum des réponses négatives est de 5.

• Poids des classes issues de la typologie

Les classes exprimant des difficultés (6^e et 7^e classes) rassemblent 12% de la population (Tableau XX). Près d'un quart des sujets expriment des niveaux intermédiaires de difficultés. Une majorité (62%) exprime peu de difficultés, 19% déclarant de façon catégorique ne pas être concernés par la plupart des difficultés énoncées.

Tableau XX : Expression du mal être : poids des classes issues de la typologie

	Effectif brut	Pourcentage redressé	Pourcentage cumulé	
1 ^o classe	1388	19%	19%	Classes 1 à 3 : 62%
2 ^o classe	2397	33%	53%	
3 ^o classe	749	10%	62%	
4 ^o classe	1076	14%	76%	Classes 4 et 5 : 26%
5 ^o classe	970	12%	88%	
6 ^o classe	537	6%	95%	Classes 6 et 7 : 12%
7 ^o classe	458	5%	100%	
Ensemble	7575	100%		

Source : INSEE - CREDES

• Confrontation de la typologie avec les items de la grille

La confrontation des classes et des symptômes permet d'affiner la description de la classification obtenue et d'associer à chacune des classes un type de réponse¹.

Dans les 1^o et 3^o classes, un type de cotation prédomine quel que soit l'item. Cette uniformité est marquée dans la 1^o classe, où chaque item est coté «pas du tout» par au moins deux tiers des sujets.

Les difficultés ne sont pas évoquées avec la même intensité dans la 2^o classe. Peurs, difficultés de concentration, perte d'espoir en l'avenir et solitude sont peu citées. 35% des membres de cette classe se déclarent plutôt ou tout à fait nerveux, 31% soucieux, 30% fatigués. Les proportions pour l'irritabilité, le sommeil et la douleur sont inférieures, aux environs de 20%.

Dans la 4^o classe, certaines difficultés prédominent : nervosité 85%, souci 72%, fatigue 68%. Les autres difficultés sont en comparaison très peu citées : peurs 16%, perte d'espoir en l'avenir 23%, solitude 17%, problèmes de concentration 36%. L'irritabilité et les troubles du sommeil et douleurs sont cités dans des proportions semblables (50%).

¹ Voir annexe VI-C du rapport (Tome 2).

Dans la 5^e classe, la diversité est importante. Les cotations relatives prédominent

Dans la 6^e classe, plus de 90% des individus se déclarent plutôt ou tout à fait nerveux, soucieux et 88% souvent fatigués. Les proportions pour les troubles du sommeil, les douleurs fréquentes et les troubles de la concentration avoisinent les 75%. Les proportions atteintes par les difficultés peu évoquées dans les groupes précédents avoisinent les 50% (peurs 54%, solitude 48%, perte d'espoir en l'avenir 54%).

La 7^e classe rassemble les sujets exprimant le plus de difficultés. La réponse «tout à fait» est la plus utilisée pour tous les items sauf le sentiment de solitude. Elle varie de 32% pour la peur à 78% pour la nervosité. La proportion de sujets plutôt ou tout-à-fait concernés varie de 52% (peur) à 97% (nervosité).

Pratiquement, on retrouve au sein des classes l'ordonnance des difficultés selon leur prévalence d'ensemble : dans chaque classe, nervosité, souci et fatigue sont les difficultés les plus couramment citées, devant la douleur, les troubles du sommeil et l'irritabilité, et devant les problèmes de concentration, la peur, la perte d'espoir en l'avenir et la solitude, bien moins cités. Le choix de ne pas considérer la nature des difficultés dans la classification conduit à cette uniformité. On constate une stabilité moindre quant aux écarts de prévalence entre les difficultés couramment citées et les autres. Cette distorsion est particulièrement marquée dans la 4^e classe, où les individus sont en majorité concernés par les problèmes de nervosité, de souci et de fatigue et pas du tout par la solitude, les peurs, la perte d'espoir en l'avenir.

Cette classification met donc en valeur des niveaux globaux de réponse. Les associations de difficultés restent secondaires si l'on n'attribue pas à certaines d'entre elles un caractère pathognomonique d'appartenance à une pathologie spécifiée. Dans la dépression, par exemple, les troubles du sommeil sont constants et deviennent donc un signe d'orientation autour duquel vont venir se ranger les troubles de l'appétit, la perte d'intérêt, le désespoir, la fatigue, etc.

Dans la 7^e classe, le diagnostic d'affection psychiatrique que l'on pourrait poser individuellement est justifié par la mention d'au moins sept symptômes différents pour chacun des sujets. Il est renforcé par la mention des symptômes prévalant le moins dans la population d'ensemble, tels que le sentiment de solitude, la peur, la perte d'espoir, les problèmes de concentration et l'irritabilité.

3. MISE EN RELATION DE LA TYPOLOGIE D'EXPRESSION DU MAL ÊTRE AVEC LES DONNÉES SANITAIRES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

La plupart des croisements sont significatifs. Des tests de comparaisons partielles ont été réalisés afin de préciser comment les classes 1 à 3, qui répondent négativement, se distinguent des classes intermédiaires (4° et 5°), et comment ces dernières se distinguent des 6° et 7° classes qui répondent positivement. Une seconde comparaison oppose les classes 6 et 7 : elle permet d'identifier les variables pouvant expliquer le plus l'appartenance à la 7° classe, qui exprime le mal être le plus important¹.

3.1- CORRELATION ENTRE LE MAL ÊTRE EXPRIMÉ ET LES DIAGNOSTICS DE TROUBLES MENTAUX DÉCLARÉS

L'expression de difficultés au paragraphe « anxiété, sommeil, irritabilité » est fortement corrélée à la déclaration d'un trouble mental pendant l'enquête : diagnostics déclarés par les sujets et évaluation systématique du mal être se recoupent (Tableau XXI).

Tableau XXI : Proportion de sujets ayant déclaré un trouble mental selon le mal être exprimé

classes issues de la typologie	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°		
	pas du tout	non	plutôt non	oui et non	entre oui et non	plutôt oui	tout à fait		
trouble mental	4%	7%	9%	19%	18%	33%	42%	13%	test du chi-deux
psychose	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	1,8%	0,3%	non valide
dépression	1%	2%	3%	7%	7%	15%	22%	5%	p<0,001
troubles névrotiques et de la personnalité	2%	4%	6%	11%	10%	16%	16%	7%	p<0,001
autres troubles mentaux	0,6%	0,6%	0,6%	1,3%	1,3%	2,5%	3,0%	1,0%	non valide

Lire ainsi : 4% des sujets de la classe 1 ont déclaré un trouble mental, 0,1% une psychose, 1% un état dépressif,...

On compte 10 fois plus de cas de trouble mental dans la classe 7 que dans la classe 1 (42% vs.4%). Ce rapport est plus élevé pour les cas de psychoses et pour les cas de dépression. Il est approximativement de 8 pour les troubles névrotiques et de la personnalité.

Cette corrélation se vérifie au sein des différentes générations (Tableau XXII).

Tableau XXII : Proportion de sujets déclarant un trouble mental selon le mal être exprimé, le sexe et l'âge

% de sujets ayant déclaré un trouble mental	hommes			femmes			
	1° 2° 3° classes non	4° 5° classes moyen	6° 7° classes important	1° 2° 3° classes non	4° 5° classes moyen	6° 7° classes important	
Age							
18-34 ans	3%	7%	14%	5%	9%	30%	
35-49 ans	3%	19%	26%	7%	22%	39%	
50-64 ans	8%	19%	35%	14%	30%	51%	
65 ans et plus	6%	25%	24%	13%	22%	42%	

Lire ainsi : chez les hommes âgés de 18-34 ans, 3% des sujets n'exprimant pas de mal être ont déclaré un trouble mental...

Quelle que soit le sexe et la tranche d'âge, la proportion de sujets ayant déclaré un trouble mental est plus faible dans les classes exprimant peu de difficultés. La prévalence de la pathologie mentale est maximale lorsque le mal être exprimé est important.

¹ Voir l'annexe VI-D du rapport (Tome 2) les profils sociodémographiques et sanitaires des classes, accompagnés des résultats des tests de corrélation.

Par ailleurs, on note une progression avec l'avancée en âge du pourcentage de sujets avec trouble mental, mais jusqu'à 65 ans seulement. Pour la tranche d'âge des 65 ans et plus, la proportion de sujets avec trouble mental est inférieure à la proportion à 50-64 ans, notamment au sein des classes exprimant un mal être important

La liaison entre maladie mentale et mal être exprimé n'est cependant pas absolue. Bien qu'à des niveaux différents, la pathologie mentale prévaut dans toutes les classes issues de la typologie d'expression du mal être, à des taux qui ne sont pas négligeables. Au sein des classes exprimant peu de difficultés, 4% à 9% des sujets déclarent un trouble mental. Cette proportion atteint près de 20% dans les deux classes intermédiaires. Au sein même des classes où s'expriment le plus de difficultés, les sujets déclarant un trouble mental ne sont pas majoritaires. Ce lien apparaît d'autant plus lâche que les classes sont d'effectifs inégaux. Si l'on regarde la répartition des classes dans la sous-population des sujets ayant déclaré un trouble mental, on ne compte qu'un tiers de sujets appartenant aux 6° et 7° classes, qui exprime le plus de difficultés (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Relation entre le mal être exprimé et les déclarations de trouble mental

Prevalence des troubles mentaux selon le mal être exprimé				
classes	1° 2° 3°	4° 5°	6° 7°	ensemble
mal être exprimé	nul faible	moyen	important	
trouble mental	6%	19%	37%	13%
pas de trouble mental	94%	81%	63%	87%
ensemble	100%	100%	100%	100%

Lire ainsi : 6% des sujets n'exprimant pas de mal être ont déclaré un trouble mental

Expression du mal être selon la santé mentale				
classes	1° 2° 3°	4° 5°	6° 7°	ensemble
mal être exprimé	nul faible	moyen	important	
trouble mental	30%	37%	33%	100%
pas de trouble mental	67%	25%	8%	100%
ensemble	62%	26%	12%	100%

Lire ainsi : 30% ayant déclaré un trouble mental n'expriment pas de mal être...

L'instrument de mesure du mal être élaboré à partir des données du paragraphe «anxiété, sommeil, irritabilité» recouvre une dimension plus large que la pathologie mentale. Cet outil n'offre pas la spécificité suffisante pour approcher, sur la population d'ensemble, la prévalence de la pathologie mentale.

Le Tableau XXIV permet de comparer en fonction des pathologies les proportions de sujets déclarant être tout à fait concernés aux différents items de la grille. En cas de trouble mental, ces proportions correspondent aux plus élevées observées. Cela dit, les écarts de proportions en comparaison à d'autres pathologies sont modestes.

Tableau XXIV : Proportion de sujets tout à fait concernés par les difficultés selon les maladies déclarées

Maladies déclarées par chapitres de la CIM-IX	tendu			concentration				perte		
	nerveux	souci	peurs	fatigue	irritable	sommeil	douleurs	d'espoir	solitude	
Troubles mentaux	30%	30%	11%	11%	23%	11%	22%	23%	12%	11%
Infectieuses et parasitaires	18%	18%	4%	5%	14%	9%	14%	13%	4%	5%
Tumeurs	21%	19%	3%	6%	23%	8%	18%	23%	8%	4%
Endocriniennes, métabolisme, sang	13%	14%	5%	4%	14%	7%	13%	16%	6%	5%
Système nerveux	19%	19%	6%	7%	19%	8%	16%	18%	7%	6%
Organes des sens	13%	13%	4%	4%	12%	6%	12%	14%	5%	5%
Appareil circulatoire	16%	16%	5%	6%	15%	7%	15%	19%	7%	7%
Appareil respiratoire	14%	15%	4%	4%	13%	7%	11%	13%	5%	5%
Bucco-dentaires	14%	14%	4%	4%	12%	6%	12%	14%	5%	5%
Appareil digestif	18%	19%	6%	6%	18%	7%	17%	20%	7%	9%
Génito-urinaires et tb. grossesse	18%	17%	5%	6%	16%	8%	15%	17%	6%	6%
Cutanées	16%	16%	4%	4%	14%	7%	12%	14%	5%	5%
Ostéo-articulaires, tissu conjonctif	17%	16%	5%	6%	16%	7%	14%	22%	6%	6%
Congénitales, d'origine périnatale	18%	16%	10%	4%	21%	4%	7%	18%	6%	4%
Symptômes morbides mal définis	17%	16%	5%	5%	17%	8%	16%	17%	6%	6%
Traumatismes, empoisonnements	13%	11%	3%	4%	13%	8%	12%	14%	5%	5%

Lire ainsi : 30% des sujets ayant déclaré un trouble mental se sont déclarés tout à fait tendus, nerveux...

Si l'on examine ces variations en détaillant selon la nature du trouble mental, on note qu'en cas de psychose, les proportions sont plus élevées (Tableau XXV).

Tableau XXV : Sujets tout à fait concernés par les difficultés selon la nature du trouble mental déclaré

Troubles mentaux déclarés	tendu			concentration				perte		
	nerveux	souci	peurs	fatigue	irritable	sommeil	douleurs	d'espoir	solitude	
Psychose	44%	58%	23%	12%	30%	12%	27%	32%	21%	22%
Troubles névrotiques	28%	28%	9%	7%	18%	9%	19%	19%	9%	8%
Dépression	33%	33%	12%	15%	27%	13%	26%	29%	15%	14%
Dépendances	37%	35%	19%	26%	31%	14%	12%	13%	8%	15%
Etat passager réactionnel	23%	23%	12%	18%	22%	9%	24%	20%	10%	19%
Autres troubles mentaux	20%	15%	7%	4%	20%	7%	23%	16%	7%	10%

Lire ainsi : 44% des sujets ayant déclaré une psychose se sont déclarés tout à fait tendus, nerveux...

Les cas de troubles névrotiques (anxiété, troubles de la personnalité) se déclarent moins souvent concernés par les différentes difficultés que les cas de dépression, y compris en ce qui concerne le souci et la peur.

3.2- MISE EN RELATION AVEC L'ETAT DE SANTE GENERAL, LES RECOURS ET LES CONSOMMATIONS

a) Etat de santé

Les différents indicateurs de l'état de santé, subjectifs et objectifs, relatifs à l'état actuel et aux perturbations causées par la santé dans le passé, sont convergents : les problèmes de santé sont d'autant plus nombreux que le mal être exprimé est important.

Près du tiers des sujets de la 7^e classe s'estiment en mauvaise santé (31% vs. 5% dans l'ensemble et 0% dans la 1^o classe).

Ceux qui jugent leur état de santé moyen sont également surreprésentés. L'association entre l'estimation de l'état de santé général et l'expression du mal être est sans doute renforcée par le caractère subjectif de ces deux questions. On notera cependant qu'un quart des sujets «dépressifs» déclarent être en bonne santé (21%) ou très bonne santé (4%). L'association entre mal être et état de santé général n'est donc pas totale.

34% des sujets de la 7^e classe ont déclaré 10 maladies ou plus pendant l'enquête, contre 10% dans l'ensemble et 4% dans la 1^{re} classe. L'incapacité permanente se rencontre plus souvent dans la 7^e classe (29% vs. 12% dans l'ensemble et 6% dans la 1^{re} classe).

Les écarts de proportions sont significatifs, mais plus faiblement, pour l'évaluation de la surcharge pondérale et de la maigreur. L'indice de masse corporelle est calculé pour chaque tranche d'âge, ce qui limite les effets dus à la surreprésentation des sujets âgés dans les 6^e et 7^e classes.

Les sujets de la 7^e classe déclarent plus souvent avoir été gênés par la santé dans leurs parcours scolaire et professionnel.

Ils sont 17% à déclarer avoir dû changer de métier ou interrompre leur travail (contre 9% dans l'ensemble), et 9% à avoir dû interrompre un certain temps leurs études (5% dans l'ensemble). 31% ont subi au moins trois interventions chirurgicales depuis leur naissance, contre 17% dans l'ensemble.

Outre les troubles mentaux, certains types de maladies sont plus caractéristiques de la 7^e classe. D'autres ne différencient guère les classes entre elles.

L'écart de prévalence est important pour certaines pathologies : tumeurs (7% vs. 3%), maladies du système nerveux (14% vs. 7%), de l'appareil digestif (41% vs. 21%), circulatoire (58% vs. 33%), maladies des organes génito-urinaires (20% vs. 12%), des muscles, os et articulations (58% vs. 32%), endocriniennes, immunitaires et métaboliques (42% vs. 29%), symptômes et états morbides mal définis (48% vs. 27%).

Pour certains registres de maladies, les écarts entre la prévalence observée dans la 7^e classe et la prévalence d'ensemble restent relativement modestes : maladies de l'appareil respiratoire (36% vs. 29%), bucco-dentaires (65% vs. 53%), des organes des sens (76% vs. 63%).

Plusieurs registres de maladies ne différencient guère la 7^e classe de l'ensemble de la population : maladies infectieuses, maladies cutanées, congénitales ou d'origine périnatale, traumatismes et empoisonnements.

b) Recours au système de santé

Les personnes hospitalisées six mois avant ou pendant l'enquête sont deux fois plus nombreuses dans la 7^e classe (13%) que dans l'ensemble (7%).

Quel que soit le recours, la 7^e classe apparaît comme celle qui a le plus recouru au système de santé.

Globalement, on peut dire que la consommation de soins des sujets de la 7^e classe est double de celle relevée pour les sujets de la 1^{re} classe : aliments, interruption d'activité ou hospitalisation (15% vs. 7%), analyses ou examens médicaux (36% vs. 17%), consultation de généralistes (74% vs. 39%) et de spécialistes (36% vs. 20%), séances paramédicales ou dentaires (35% vs. 21%).

6% ont eu recours aux professionnels de la santé mentale, contre 2% dans l'ensemble et moins de 1% dans la 1^{re} classe.

Les deux tiers des sujets des 6^e et 7^e classes déclarent avoir évoqué leurs difficultés à un professionnel de santé¹, contre 43% des sujets de la 1^{re} classe.

¹ Ces questions ne sont posées qu'aux sujets ayant utilisé au moins une fois la réponse «tout-à-fait» au paragraphe «anxiété, sommeil, irritabilité».

Dans la 7^e classe, cette relation s'est plutôt instaurée avec un professionnel de la santé mentale (12% vs. 6% dans l'ensemble et 3% dans la classe 1). On retiendra cependant que l'évocation de ces difficultés auprès d'un généraliste reste majoritaire pour les sujets des 6^e et 7^e classes (respectivement 53% et 50%).

c) Consommation de produits psychotropes

38% des sujets de la 7^e classe déclarent prendre régulièrement des psychotropes (prise hebdomadaire depuis plus de six mois). Cette proportion est quatre fois moindre dans l'ensemble (11%) et très faible dans la 1^e classe (2%).

En ce qui concerne la consommation relevée pendant l'enquête, le constat est comparable. Près de 48% des sujets de la 7^e classe ont fait l'acquisition d'au moins une boîte de psychotrope, contre 5% dans la 1^e classe.

La consommation de psychotropes n'est pas répandue uniquement dans la 7^e classe : 38% des sujets de la 6^e classe en ont consommé, et 21% à 24% dans les 4^e et 5^e classes...

Les différences d'une classe à l'autre sont relativement faibles en ce qui concerne le tabac et l'alcool.

Ce résultat est à relativiser car la 7^e classe comprend davantage de sujets des catégories faibles consommations d'alcool et de tabac en général (femmes, personnes âgées). Ainsi 34% déclarent boire et 27% fumer, contre 48% et 32% dans la 1^e classe.

3.3 MISE EN RELATION AVEC LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ENVIRONNEMENTALES

a) Caractéristiques démographiques

Le déséquilibre selon le sexe est d'autant plus fort que le mal être est important.

La 1^e classe comprend 61% d'hommes, contre seulement 25% dans la 7^e classe et 26% dans la 6^e classe.

Les jeunes sont plus surreprésentés dans la 1^e classe (52% ont moins de 40 ans) et la 2^e classe (48%). Ils ne représentent que 29% de l'effectif des 6^e et 7^e classes.

Cette surreprésentation se fait principalement au détriment des sujets âgés (60 ans et plus), deux fois moins nombreux dans les 1^e et 2^e classes (19% et 20%) que dans les 6^e et 7^e classes (41% et 39%).

On compte deux fois plus de sujets veufs ou divorcés dans la 7^e classe que dans l'ensemble.

Les veufs sont cinq fois plus nombreux dans la 7^e classe que dans la 1^e classe (21% vs. 4%). La proportion de sujets mariés est relativement stable d'une classe à l'autre. Ce sont les sujets célibataires qui sont sous-représentés dans les classes exprimant des difficultés.

Plus que le fait de vivre en couple ou non, situation communément rencontrée chez les célibataires comme chez les veufs et divorcés, c'est la structure du ménage qui apparaît la mieux corrélée à l'expression du mal être.

21% des sujets de la 7^e classe vivent seuls, contre 14% dans l'ensemble et 11% dans la 1^e classe. Les sujets sans conjoint ayant la charge d'enfants mineurs (ménages monoparentaux) sont également surreprésentés dans la 7^e classe (4% vs. 1% dans la classe 1). A l'inverse, les sujets

vivant avec leur conjoint et leurs enfants mineurs sont un peu moins nombreux dans la 7^e classe que dans la 1^o classe (27% vs. 35%).

b) Evénements de vie

La proportion d'individus déclarant un événement marquant récent est deux fois plus importante dans la 7^e classe que dans la 1^o classe (45% vs. 19%).

Lorsqu'un événement marquant récent est déclaré, sa nature varie peu d'une classe à l'autre. Le poids des événements en relation avec la santé d'un proche reste écrasant dans tous les groupes. La mésentente familiale n'apparaît pas plus fréquente dans la 7^e classe que dans les autres classes.

Les sujets de la 7^e classe déclarent davantage d'événements familiaux graves intervenus entre la naissance et 18 ans (47% vs 29% pour l'ensemble et 23% dans la 1^o classe). La nature des antécédents déclarés différencie les classes entre elles.

La mésentente entre parents («graves disputes») oppose nettement les classes extrêmes (16% dans la 7^e classe vs. 4% dans la 1^o classe). Signalons également la maladie de la mère (15% vs. 5%). Les écarts sont moins marqués pour les autres types d'événements : maladie du père (16% vs. 9%), séparation des parents (9% vs. 5%).

La prise en compte simultanée des événements récents et des antécédents familiaux accentue les oppositions entre classes. La proportion d'individus ne déclarant aucun événement décroît à mesure que s'exprime le mal être, passant ainsi de 63% dans la 1^o classe à 31% dans la 7^e classe. Si les 4^o, 5^o, 6^o et 7^o classes comptent à peu près autant de sujets déclarant soit un antécédent familial, soit un événement marquant récent, seule la 7^e classe se distingue par la surreprésentation des sujets déclarant les deux types d'événements.

c) Caractéristiques socioprofessionnelles et conditions de travail

Plus âgés en moyenne, les sujets des 6^o et 7^o classes disposent d'un bagage éducatif plus faible.

Le niveau scolaire est plus souvent le primaire (6^o et 7^o classes : 52% vs. 32% dans l'ensemble et 25% dans la 1^o classe). Les diplômés de l'enseignement supérieur sont relativement moins nombreux dans les 6^o et 7^o classes. Il en est de même des diplômés secondaires techniques, sanctionnant des filières d'études de développement plus récent.

La 7^e classe se distingue par la surreprésentation des inactifs, retraités, femmes au foyer ou autres.

Les inactifs ayant travaillé par le passé sont 53% dans la 7^e classe, contre 36% dans l'ensemble et 30% dans la 1^o classe. Les inactifs n'ayant jamais travaillé sont 14% dans la 7^e classe, contre 11% dans l'ensemble et 10% dans la 1^o classe. La catégorie des inactifs mise à part, le chômage s'avère une caractéristique un peu plus rencontrée dans la 7^e classe (13% vs. 9% dans l'ensemble et 10% dans la 1^o classe).

Les conséquences directes des difficultés exprimées sur l'activité ou les études sont évoquées dans le questionnaire de l'enquête (paragraphe n°6)¹. Dans la 7^e classe, les difficultés se traduisent plus souvent par des absences du lieu de travail ou d'études (16% vs. 11% dans l'ensemble et 8% dans la 1^o classe).

¹ Ces questions ne sont posées qu'aux sujets ayant utilisé au moins une fois la réponse «tout-à-fait» au paragraphe «anxiété, sommeil, irritabilité».

Elles entraînent également davantage de perturbations dans la vie familiale (51% vs. 30% dans l'ensemble et 16% dans la 1^o classe).

Du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle actuelle ou ancienne, les professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires sont moins répandues dans la 7^o classe (13% vs. 24% dans l'ensemble et 26% dans la 1^o classe).

On rencontre davantage d'employés dans la 7^o classe. Les proportions d'ouvriers sont comparable d'une classe à l'autre : cette situation tient en partie à la surreprésentation féminine des classes exprimant un mal être, ce qui augmente le poids de la catégorie des employés et diminue celle des ouvriers.

Economiquement, les sujets issus de ménage à faible revenu (moins de 3040 francs par unité de consommation) expriment plus de difficultés.

Ils représentent 35% de la 7^o classe, contre 23% dans l'ensemble et 20% dans la 1^o classe. Ce déséquilibre correspond à la sous-représentation des sujets issus des ménages les plus aisés financièrement (entre 8200 et 40000 francs par u.c.).

Si le poids du milieu rural est comparable d'une classe à l'autre, on note que les habitants des villes moyennes (20.000 à 100.000 habitants) expriment plus de difficultés (21% dans la 7^o classe vs. 13% dans l'ensemble et 13% dans la 1^o classe), se distinguant à la fois des habitants des petites villes (moins de 20.000 habitants) et des habitants de Paris et de sa banlieue.

La proportion d'étrangers est plus élevée dans les 6^o et 7^o classes (10% et 8%) que dans les autres classes (entre 5% et 6%).

d) Résumé des corrélations

Les corrélations brutes entre le mal être exprimé et les données sanitaires et sociodémographiques indiquent avant tout l'intrication des différentes caractéristiques. Cela dit, certaines logiques apparaissent.

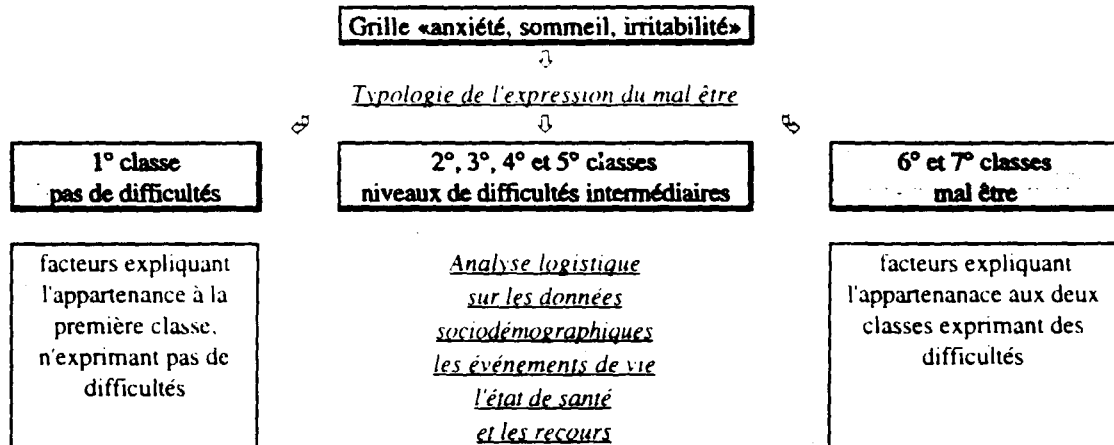
Un état de santé général dégradé apparaît corrélé à l'expression d'un mal être plus important.

Du point de vue des caractéristiques familiales et démographiques, l'âge et le sexe semblent deux données déterminantes. Aux situations d'isolement familial ou matrimonial (veuvage, divorce, monoparentalité, personnes vivant seules), corrélées à l'expression d'un mal être plus important, il faut également ajouter les effets perturbateurs sur la vie familiale des difficultés exprimées. Un autre aspect de la vie personnelle corrélée au mal être touche aux événements familiaux de l'enfance et aux événements marquants récents : le mal être est particulièrement important lorsque ces deux expériences sources de traumatisme ont été vécues.

Quant aux données sociales, on retrouve des corrélations allant dans le sens d'un mal être moins important en présence de facteurs favorisant ou facilitant la vie sociale : activité, revenu aisé, formation supérieure, nationalité française, etc.

3.4 ANALYSE LOGISTIQUE DES DETERMINANTS SANITAIRES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'EXPRESSION DU MAL ETRE

L'analyse logistique réalisée de préciser la part explicative des facteurs, sociodémographiques et environnementaux sur l'appartenance à deux sous-ensembles de la typologie, d'une part le sous-ensemble formé par les 6° et 7° classes, qui expriment le plus de difficultés, d'autre part la 1° classe, qui n'expriment pas de difficultés. Leur sont opposées un ensemble constitué des classes exprimant des niveaux de difficultés intermédiaires :



Les résultats montrent un rôle différent des facteurs relatifs à l'état de santé et des facteurs sociodémographiques et environnementaux, dont l'influence est à nuancer¹.

Les facteurs défavorables du point de vue de l'état de santé expliquent l'appartenance aux 6° et 7° classes, tandis qu'un bon état de santé explique l'appartenance à la 1° classe.

Le risque d'appartenance aux 6° et 7° classes est plus élevé lorsque le sujet déclare un trouble mental, lorsqu'il a déclaré un symptôme ou état morbide mal défini, lorsqu'il a déclaré dix maladies ou plus pendant l'enquête, lorsqu'il consomme des médicaments psychotropes. Il est plus faible lorsque le sujet n'a déclaré qu'une maladie ou aucune.

Symétriquement, le risque d'appartenance à la 1° classe est plus élevé lorsque le sujet déclare moins de cinq maladies, lorsqu'il ne déclare pas de trouble mental, lorsqu'il ne déclare aucun symptôme mal défini, lorsqu'il ne consomme pas de médicament psychotrope, lorsque pendant l'enquête il n'a pas été arrêté (alité, hospitalisé ou arrêt de travail) ou n'a pas recouru au système de santé.

Le sexe apparaît également influent : le risque d'appartenance à la 1° classe est plus élevé pour les hommes, celui d'appartenir aux 6° et 7° étant plus faible. Pour les femmes, on peut envisager une plus grande proximité subjective, plus de temps pour répondre aux questions de l'enquête (données plus précises). Mais on doit également interpréter ce résultat comme une plus grande prévalence du mal être, voire de la pathologie anxiodépressive, étant moins bien insérées socialement pendant leur vie professionnelle.

¹ Voir l'annexe VI-E du rapport (Tome 2) pour les résultats détaillés de l'analyse logistique.

Les données relatives aux événements de vie personnels et aux conditions de travail apparaissent également influentes. Ceci indique le poids, et par conséquent, l'importance de la mesure et de son amélioration de telles informations, non repérée à partir des variables classiques définissant les appartenances au plan sociodémographique.

Lorsque le sujet a déclaré un événement marquant récent et un problème familial grave avant 18 ans, le risque d'appartenance aux 6^e et 7^e est majoré et le risque d'appartenance à la 1^{re} classe est minoré.

On observe une influence de même type lorsque le sujet est actif et déclare une tension dans son travail, liée au risque de chômage ou de faillite.

L'introduction de ces données semble modifier certaines relations que l'on peut supposer en ce qui concerne les appartenances sociodémographiques. Ainsi, les événements récents de vie personnels sont avant tout liés à la santé de l'entourage (deuil, maladie du conjoint ou d'un autre proche). Si l'on regarde l'influence de la situation matrimoniale, on constate que le fait d'être veuf(ve) est associé à un risque qui, bien que plus important, apparaît plus incertain (seuil de rejet situé entre 5% et 10%). De manière comparable, le chômage ou la recherche d'emploi n'apparaît pas comme un facteur déterminant de l'appartenance aux 6^e et 7^e classes...

Notons également que l'âge n'apparaît pas significativement lié à un risque plus élevé d'appartenance aux classes extrêmes. Il est probable que les données concurrentes, autant sociodémographiques (sexe) que sanitaires (état de santé physique et mentale) neutralisent la part explicative de ces deux variables.

En conclusion de cette recherche sur les facteurs les plus déterminants de l'expression du mal être, on retiendra plusieurs points.

En premier lieu, la relation entre cet outil de mesure et la pathologie mentale. Le chiffre de prévalence obtenu (12% pour les 6^e et 7^e classes), correspond aux enquêtes épidémiologiques internationales (6% à 15%, l'essentiel correspondant à la dépression).

Il est évident que cette appréciation n'est pas superposable à la prise en charge spécialisée ni médicale, ni à la consommation médicamenteuse.

Il existe une souffrance psychique qui est exprimée dans l'enquête et se traduit dans des corrélations fortes avec la santé physique et les répercussions sociales.

L'enquête INSEE-CREDES fournit une série de données précieuses relatives à la vie personnelle, au stress professionnel, dont la prise en compte modifie de manière plus qu'encourageante l'approche des problèmes de santé mentale de la population générale française. La vulnérabilité liée aux antécédents familiaux, aux événements marquants récents, notamment dans leur interaction, la précarité liée aux conditions de travail, apparaissent comme des facteurs de premier ordre parmi les explications de la souffrance.

4. ETUDE DE SOUS-POPULATIONS

4.1- COMPARAISON DES CLASSES EXPRIMANT UN MAL ETRE IMPORTANT (6° ET 7° CLASSES)

Les sujets de la 7° classe se distinguent de ceux de la 6° classe selon plusieurs caractéristiques. Outre la santé mentale, l'appréciation subjective de l'état de santé et le recours à la médecine spécialisée en psychiatrie, on retiendra l'influence des événements de vie personnels et des conditions de travail.

Evénements de vie :

45% des sujets de la 7° classe déclarent un événement récent contre 35% dans la 6° classe. Il en est de même des événements familiaux graves intervenus de la naissance à 18 ans : 47% mentionnent de tels antécédents dans la 7° classe, contre 33% dans la 6° classe. Si l'on tient compte des deux types d'événement, les sujets de la 7° classe sont plus nombreux à déclarer un antécédent familial et un événement marquant récent (23% vs. 14%), et un antécédent familial seul (24% vs. 18%). La proportion de sujets déclarant seulement un événement récent est comparable dans les deux classes (21% et 22%). Près de la moitié des sujets de la 6° classe ne déclarent aucun événement (47% vs. 31% dans la 7° classe).

Santé mentale :

Les troubles mentaux concernent 42% des sujets de la 7° classe, contre 33% dans la 6° classe. Pour les autres rubriques de la C.I.M., les différences ne sont pas significatives.

Consommation de psychotropes :

Elle concerne 48% des sujets de la 7° classe, contre 38% dans la 6° classe (acquisition de boîte de médicaments pendant l'enquête). La prise régulière de psychotropes est également plus fréquente dans la 7° classe (38% vs. 29%).

Recours au système de soins :

6% des sujets de la 7° classe ont consulté un psychiatre, un neuropsychiatre, un analyste ou un psychologue pendant l'enquête, contre 3% dans la 6° classe. Les recours sont également différents pour les hospitalisations survenues au cours des six mois précédant l'enquête ou des trois mois pendant l'enquête (18% vs. 12%). Il en est de même pour les analyses et examens médicaux (36% vs. 28%).

L'appréciation de l'état de santé général :

L'état de santé général est jugé médiocre ou franchement mauvais pour 31% des sujets de la 7° classe, contre 17% dans la 6° classe. 9% des sujets de la 7° classe déclarent que leur état de santé a perturbé leurs études, contre 5% dans la 6° classe. Par ailleurs, 31% des sujets de la 7° classe déclarent au moins trois interventions chirurgicales depuis la naissance, contre 23% dans la 6° classe.

Conditions de travail :

Les conditions de travail mettent en avant la 6° classe, au sein de laquelle 35% des sujets en activité expriment des tensions liées au risque de faillite ou de chômage. Cette proportion est plus faible dans la 7° classe (24% des sujets ayant un emploi). Les sujets en activité de la 6° classe jugent également leur travail moins varié que ceux de la 7° classe (41% vs. 33%), moins autonome (37% vs. 31%) et peu impliquant du point de vue des responsabilités (20% vs. 14%).

Zone d'habitat :

Les sujets de la 7° classe sont 21% à résider en commune urbaine de 20 à 100 mille habitants, contre 11% dans la 6° classe. Dans cette dernière, sont surreprésentées les communes d'au moins 100 mille habitants, y compris Paris et sa banlieue.

En résumé, la 7^e classe, au sein de laquelle s'exprime le mal être le plus important et dont les difficultés s'apparentent à la psychopathologie, se distingue de la 6^e classe, qui exprime un niveau de difficultés moindre, par le poids plus important des troubles mentaux et des prises en charge spécialisées. Par ailleurs, davantage de sujets de la 7^e classe déclarent avoir vécu des expériences traumatisantes ou vulnérabilisantes, relatives aux épisodes graves de la vie familiale pendant l'enfance et aux événements marquants récents. En particulier, le poids des situations de réactivation d'un épisode douloureux est plus important dans la 7^e classe.

La 6^e classe se distingue par le poids particulier des difficultés liées aux conditions de travail. L'opposition entre deux registres, les conditions de travail et la vie affective, les événements de vie concernant principalement le climat familial et la santé de l'entourage, semble indiquer que cette dernière prend une part plus importante dans l'explication du mal être plus en lien avec la psychopathologie. Les conditions de travail, plus déterminantes sur l'appartenance à la 6^e classe, correspondraient davantage à l'expression d'un mal être ou relatif ou partiel.

4.2- EXPRESSION DU MAL ÊTRE PARMIS LES SUJETS AYANT DÉCLARÉ UN TROUBLE MENTAL

La prise en charge de la maladie mentale limite-t-elle l'expression du mal être individuel? Par ailleurs, existe-t-il, en plus de la pathologie mentale, des facteurs aggravant l'expression de difficultés? La description qui suit des différences point de vue du mal être exprimé entre les sujets ayant déclaré un trouble mental permet d'envisager les aspects sociodémographiques et sanitaires de la question.

Parmi les sujets déclarant un trouble mental, l'état de santé général contribue à l'expression de difficultés importantes.

44% des sujets atteints d'une incapacité permanente expriment des difficultés, contre 29% des sujets sans incapacité. L'indice de masse corporelle distingue les sujets appartenant aux classes extrêmes : 47% et 38% expriment des difficultés contre 27% à 33% pour les groupes centraux¹. L'expression de difficultés apparaît fortement corrélée au nombre de maladies déclarées (17% lorsque le sujet a déclaré moins de 5 maladies, contre 31% entre 5 à 9 maladies et 45% pour 10 maladies et plus).

Si 13% des sujets s'estimant en très bonne santé déclarent des difficultés, la proportion atteint 62% lorsque l'état de santé général est estimé mauvais. Pour ces sujets avec trouble mental, un état de santé physique aggravé apparaît comme un élément majeur dans l'expression du mal être.

Les sujets ayant consulté un généraliste expriment plus de difficultés (34% vs. 23%), de même que ceux qui ont consulté un professionnel paramédical (36% vs. 31%) et qui ont pratiqué des analyses ou examens médicaux (36% vs. 31%).

Les sujets consommateurs de psychotropes expriment davantage de difficultés (36% vs. 26%).

Au plan sociodémographique, l'expression d'un mal être plus important paraît lié à une série de caractéristiques qui correspond aux déterminants de l'expression du mal être pour l'échantillon d'ensemble. Les femmes, les personnes veuves, séparées ou divorcées expriment plus de difficultés.

¹ Pour chaque sexe et classe d'âge quinquennale, les sujets ont été classés en fonction de leur indice de masse corporelle (rapport du poids sur le carré de la taille). Les 5% les plus légers et les 5% les plus lourds à l'intérieur de chaque classe d'âge quinquennal sont distingués et réunis en deux groupes extrêmes correspondant à la maigreur et à la surcharge pondérale.

Socialement, les actifs, les professions intellectuelles supérieures et intermédiaires, les catégories diplômées semblent plus protégées.

La mention d'événements sources de traumatismes (deuils, séparation, problèmes affectifs, matériels, etc.), récents ou pendant l'enfance est également à la source d'un surcroît de difficultés.

Un tel résultat suggère une meilleure considération de la pathologie somatique dans le cadre des prises en charge de la pathologie mentale. Le mal être important exprimé par un tiers des sujets ayant déclaré un trouble mental est en effet en partie explicable par le poids de la santé physique, également une moins bonne insertion sociale ainsi que la mention de différents facteurs fragilisants, tant au plan intime (événements de vie) que professionnel.

4.3 COMPARAISON DES SUJETS EXPRIMANT UN MAL ÊTRE SELON L'EXISTENCE D'UNE PATHOLOGIE MENTALE

Les sujets ne déclarant pas de trouble mental sont plus souvent des hommes (30% vs. 18% si trouble mental). Ils sont également plus jeunes (33% en dessous de 40 ans vs. 22%). Matrimonialement, ils sont davantage célibataires (18% vs. 11%) ou en couple (65% vs. 57%). Ils sont plus souvent actifs (37% vs. 31%). Ils sont 30% à résider en commune rurale, contre 23% parmi les sujets avec troubles mental. Ils appartiennent plus souvent aux ménages disposant du plus faible revenu par unité de consommation (inférieur à 2040 francs - 18% vs. 12%). Bien que plus jeunes que les sujets déclarant un trouble mental, ils sont 43% à ne pas avoir de diplôme (vs. 37%).

L'état de santé des sujets ne déclarant pas de troubles mentaux apparaît meilleur. L'incapacité permanente est moins fréquemment rencontrée (24% vs. 33%). Ils s'estiment moins souvent en mauvaise santé (20% vs. 30%) et sont 10% à avoir déclaré moins de 2 maladies pendant l'enquête, contre 1% en cas de trouble mental.

La seule rubrique de la C.I.M. surreprésentée parmi ces sujets ne déclarant pas de trouble mental est relative aux états et symptômes mal définis (51% vs. 39%). Les plaintes concernent les troubles du sommeil (27% vs. 6%), l'asthénie, la fatigue et le surmenage (8% vs. 4%), les troubles nerveux (6% vs. 4%), les prévalences pour les autres catégories de symptômes mal définis étant comparables entre les deux groupes. Ces troubles constituent une partie des items constituent la grille «anxiété, sommeil, irritabilité» à l'origine de la typologie de l'expression du mal être qui a été exploitée. A cet égard, la corrélation trouvée n'est pas étonnante. Cela dit, on retiendra qu'en l'absence de trouble mental, ces plaintes sont surreprésentées.

Pour les autres rubriques de la C.I.M., on relèvera certaines tendances, non significatives au seuil de 5% ($p < 0,10$). L'ulcère concerne 4,6% des sujets sans troubles mental (vs. 2,2% - $p < 0,07$), le diabète 9,1% (vs. 5,9% - $p < 0,10$). Ce résultat ne permet pas de conclure à une plus grande prévalence de maladies potentiellement psychosomatiques en l'absence de trouble mental.

Pendant la période d'enquête, les sujets ne déclarant pas de trouble mental ont moins eu recours à la médecine générale (66% vs. 84%), à la médecine spécialisée (30% vs. 44%), aux psychiatres (1,5% vs.

8,5%). Il en est de même pour les séances paramédicales, d'analyses et d'examens de santé. 24% ont acquis des médicaments psychotropes, contre 74% des sujets déclarant un trouble mental.

Pour résumer, dans la population exprimant un mal être important et n'ayant pas déclaré de trouble mental, on peut identifier une population qui a moins recouru au système de soins, notamment au secteur spécialisé en psychiatrie. La part masculine, celle des jeunes est plus importante. Socioculturellement, certaines strates (très bas revenus, ruraux, non diplômés) sont plus représentées. Cette population est sans doute composite : maladie mentale non déclarée, non diagnostiquée par un spécialiste, non repérée par les médecins, population à risque au plan de la santé mentale...

Il paraît primordial de reconduire et d'améliorer une telle évaluation systématique de la santé mentale en population générale afin d'apprécier ces différents contextes. L'intérêt d'un instrument de mesure tel que la grille "anxiété, sommeil, irritabilité" est qu'il ne ferme pas trop vite la psychopathologie sur des catégories diagnostiques préexistantes et fait réfléchir sur la pluralité étiogénique potentielle des symptômes. Il manque des questions sur les comportements d'adaptation (tendance au repli, conduites alimentaires, recherche de soutien social, action) et sur la compliance aux traitements. En cas d'évocation de symptômes relativement communs au sein de la population (nervosité, fatigue, douleurs, troubles du sommeil), un questionnement plus ciblé, évoquant certains symptômes plus spécifiques (à l'instar d'items prévus dans la grille tels que les peurs fréquentes, les troubles de la concentration, la perte d'espoir qui présentent des niveaux de prévalence moindre) pourrait permettre d'apprécier la gravité de la souffrance psychique exprimée.

TOLERANCE AUX EVENEMENTS DE VIE AU TRAVERS DE LA PRISE DE PSYCHOTROPES

5.1- DESCRIPTION DES DONNEES RELATIVES AUX EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS

L'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 aborde dans le questionnaire individuel final deux questions relatives aux événements de vie personnels : événements marquant récent et événements familiaux graves pendant l'enfance.

- Avez-vous vécu récemment, depuis environ un an, un événement qui vous a beaucoup marqué, comme le décès d'un proche, une séparation, le chômage, une maladie ou accident...? Si oui, lequel, ou lesquels?

- Avez-vous connu des événements familiaux graves avant d'avoir atteint 18 ans?

- Séparation ou divorce des parents

- Maladies, handicaps ou accidents graves du père

- Maladies, handicaps ou accidents graves de la mère

- Graves disputes ou mésententes entre les parents

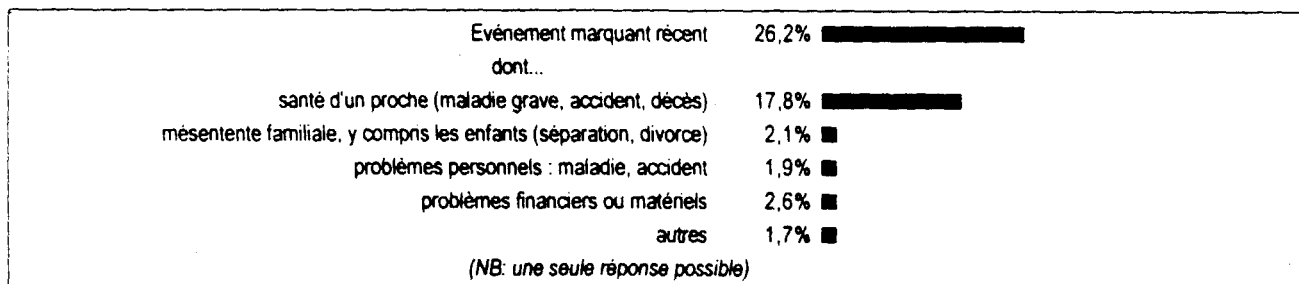
- Autre (par exemple : graves problèmes de santé, manque d'argent, être recueilli par l'Assistance Publique, manque d'affection), préciser...

(Questionnaire final - Paragraphe 5 sur la perception de sa santé, les événements de vie - page 12)

a) Evénements marquants récents

Un quart de l'échantillon (26%) déclare un événement récent (Figure 20). Les femmes y répondent plus que les hommes (30% vs. 22%). Les différences selon l'âge apparaissent minimales au regard de la différence selon le sexe : cela dit, le type d'événement déclaré est variable selon l'âge.

Figure 20 : Proportion de sujets ayant déclaré un événement marquant récent



Les événements relatifs à la santé de l'entourage proche sont les plus cités (15% chez les hommes et 21% chez les femmes, soit 18% dans l'ensemble). Chacun des autres types d'événements n'apparaît que pour une fraction très réduite de la population (moins de 3%).

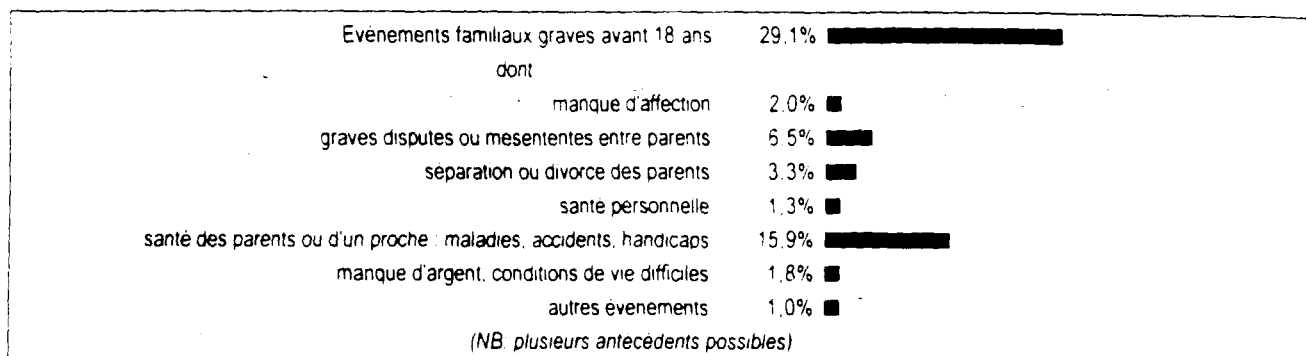
La santé de l'entourage semble être la préoccupation principale : il est hautement probable que le thème général de l'enquête influe sur les déclarations, aux dépens des autres types d'événement. La proportion de sujets déclarant un événement de santé concernant l'entourage augmente avec l'âge (de 18% chez les femmes de moins de 30 ans à 24% chez les femmes de 70 ans et plus, respectivement 12% et 16% chez les hommes des mêmes classes d'âge). On peut considérer ces écarts comme relativement modestes, sachant la part plus importante de personnes âgées concernées par l'expérience récente du veuvage ou d'une grave maladie du conjoint.

Ces résultats incitent à considérer ces réponses comme hautement subjectives, tant du point de vue du sexe et de l'âge des personnes interrogées que des thèmes qu'elles évoquent.

b) Événements familiaux graves avant 18 ans

Près de 30% des sujets déclarent un ou plusieurs antécédents d'événements familiaux graves survenus entre 0 et 18 ans (Figure 21).

Figure 21 : Proportion de sujets ayant déclaré un événement familial grave avant 18 ans



16% citent la santé du père, de la mère ou d'une autre personne proche.

Près de 10% des hommes et de 14% des femmes citent des événements relatifs au couple parental et aux relations affectives (séparation, divorce, disputes ou mésententes des parents, manque d'affection).

Ce registre plus varié de réponses correspond à une série de questions systématiques. Ces réponses sont plus fiables que celles concernant les événements récents, abordés avec une question ouverte.

L'écart de déclaration selon le sexe se maintient : les hommes sont 26% à déclarer un antécédent avant 18 ans, contre 32% des femmes.

Les événements de santé sont cités dans des proportions comparables par toutes les générations. A l'inverse, la mention de problèmes affectifs (manque d'affection, mésentente dans le couple parental) est plus importante chez les jeunes.

c) Critique des données et méthodologie de l'analyse

De manière générale, on peut s'interroger sur l'importance accordée aux événements survenus dans le passé proche ou lointain. Il faut sans doute distinguer deux types d'événements. Les premiers, factuels, tels que le décès d'un proche ou encore la rupture d'une union, ne posent pas de difficultés. Les autres se rapportent davantage aux perceptions, qui peuvent s'estomper avec le temps et la diversification des expériences chez les personnes avancées en âge, ou prendre des significations différentes selon le sexe. On note par exemple que les femmes citent davantage les événements de santé et les événements relatifs aux liens affectifs, alors que les hommes citent un peu plus volontiers ou à part égale les problèmes matériels, de santé personnelle ou de séparation des parents.

Un second registre de critique des données concerne la réactivation ou la perception subjective du vécu en fonction du mal être actuel. On pourra examiner les différences existant selon la nature des événements, en opposant des événements plus factuels (séparation des parents) à des descriptions plus empreintes de subjectivité dans leur perception comme dans leur traduction (mésentente familiale, expérience de la souffrance des autres).

10% de l'échantillon déclarent à la fois un événement marquant récent et un antécédent familial grave avant 18 ans (Figure 22).

Figure 22 : Répartition de la population selon les événements récents et antécédents familiaux

Événement récent & Antécédent familial	9,8%	
Événement récent, pas d'antécédent déclaré	16,5%	
Antécédent, pas d'événement récent déclaré	19,4%	
aucun événement déclaré	54,4%	
total	100%	

L'analyse de situations traumatisantes ou vulnérabilisantes du même ordre (santé, relations affectives, conditions matérielles) s'avère irréalisable. En effet, seuls 4% des sujets déclarent à la fois dans l'enfance et plus récemment un événement relatif à la santé d'un proche, et les proportions pour les autres registres d'événements (santé personnelle, mésentente familiale et carences affectives, conditions matérielles) se révèlent infimes (Figure 23).

Figure 23 : Proportion de sujets concernés par des événements récents et des antécédents familiaux de même ordre

événements récents & antécédents du même ordre relatif à		
...la santé de l'entourage	3,84%	
...la santé personnelle (maladie, accident)	0,04%	
...la mésentente familiale et le manque d'affection	0,65%	
...la vie maternelle	0,04%	

Le projet initial, cherchant à mettre en relation traumatismes récents, antécédents familiaux du même ordre et consommation psychotrope n'a pu être réalisé. En particulier, la question de la réactivation du vécu dans l'enfance lors de la survenue d'un événement récent du même ordre et de sa tolérance au travers de la consommation de médicaments psychotropes n'est pas envisageable.

L'analyse présentée s'intéresse à l'influence des événements de vie sur l'expression du mal être ainsi que sur les consommations de produits psychotropes (alcool, tabac, café et thé, médicaments). De quelque nature qu'ils soient, les événements pendant l'enfance peuvent être considérés comme graves ; se pose alors la question de la réaction individuelle après la survenue d'un événement récent de caractère marquant, du même ordre ou non.

Les données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux permettent de relier la mesure de la consommation de médicaments psychotropes aux pratiques de recours et aux plaintes des sujets. Un tableau est dressé des prescriptions et des maladies qui leur sont associées (voir page 33) : outre la maladie mentale, la prescription de médicaments psychotropes répond principalement à la manifestation de symptômes généraux mal définis (troubles du sommeil, asthénie, fatigue ou surmenage, troubles nerveux, etc.). L'étude propose des comparaisons à partir d'une mesure de la santé mentale à partir du mal être exprimé, mesure indépendante des recours, qui fait la synthèse de différents symptômes, anxiété et irritabilité, douleurs physiques et fatigue, troubles fonctionnels (sommeil, concentration), expression d'un pessimisme réel ou ressenti (sentiment de solitude, perte d'espoir en l'avenir).

Les résultats mis en évidence à partir de la typologie des usages de psychotropes (deuxième partie, chapitre 2.3) montrent que les profils de consommation sont très distincts selon le sexe et l'âge. En plus des médicaments, il s'avère utile de relever les éventuelles surconsommations d'alcool, de tabac au sein des populations les moins concernées par la prise de médicaments.

5.2- EXPRESSION DU MAL ÊTRE ET CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES EN FONCTION DES ÉVÉNEMENTS DE VIE PERSONNELS

Les résultats présentent les corrélations observées entre les éléments de vie et les usages actuels d'alcool, de tabac, de café ou thé et de médicaments. L'analyse est détaillée pour huit sous-populations définies d'après le sexe et l'âge. Le regroupement par âge oppose quatre strates : jeunes adultes (moins de 30 ans), adultes (de 30 à 49 ans), sujets de 50 à 69 ans et personnes âgées (70 ans et plus).

Les événements de vie ne sont pas détaillés selon leur nature. On considérera qu'il s'agit de réponses correspondant à des événements à caractère traumatisant ou vulnérabilisant pour le sujet.

Une première comparaison concerne l'expression du mal être et les usages de psychotropes en fonction de l'existence d'un événement marquant récent : les scores moyens à l'échelle d'expression du mal être et les consommations des sujets déclarant un événement récent sont comparées à celles des sujets n'en déclarant pas.

Une deuxième comparaison s'intéresse à un éventuel surcroît de difficultés et de consommation(s) corrélé à l'existence d'antécédents familiaux graves avant 18 ans : parmi les sujets déclarant un événement récent, les moyennes sont comparées selon qu'il y ait antécédent ou non.

Dans l'interprétation des résultats, on ne peut parler que de corrélations. Les données ne permettent pas de relier directement les différences de consommations à la survenue des événements. En effet, la consommation est décrite au moment de l'enquête, c'est-à-dire après la survenue d'un événement marquant récent. Rien n'indique que cette consommation a été modifiée, en produits comme en volume, suite à cet événement, et les données disponibles quant aux consommations passées (volume d'alcool antérieur, durée de la tabagie passée) ne permettent pas non plus de préciser une évolution aussi fine des usages.

Les différences relevées sont significatives au plan statistique : la survenue d'un événement marquant récent, l'existence d'antécédents familiaux peuvent, parmi d'autres facteurs non identifiés, en être à la source.

a) Variations de l'expression du mal-être en fonction des événements de vie personnels

• Variation de l'expression du mal être en fonction des événements marquants récents

Les sujets déclarant un événement marquant récent ont un score à l'échelle d'évaluation des difficultés plus élevé que les sujets n'en déclarant pas (2,1 vs. 1,9 - $p < 0.001$). Les différences sont hautement significatives chez les hommes comme chez les femmes dans les tranches d'âge inférieures à 70 ans (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : Corrélations entre le mal être exprimé et la déclaration d'un événement marquant récent

Population étudiée : ensemble (N=7575)

Score moyen à l'échelle "Anxiété, sommeil, irritabilité" selon l'existence d'un événement marquant récent

Résultats par sexe et tranche d'âge

Tranche d'âge	événement marquant récent	Hommes		Femmes	
		oui	non	oui	non
18-29 ans	moyenne	1.80 >>>	1.61	2.03 >>>	1.83
	test t	p=0.0001		p=0.0001	
	n	130	473	266	572
30-49 ans	moyenne	1.86 >>>	1.69	2.14 >>>	1.91
	test t	p=0.0001		p=0.0001	
	n	301	988	497	1140
50-69 ans	moyenne	2.05 >>>	1.79	2.29 >>>	2.05
	test t	p=0.0001		p=0.0001	
	n	225	687	382	849
70 ans et plus	moyenne	2.06	1.93	2.37 >	2.27
	test t	n.s.		p=0.0430	
	n	79	304	183	499

(n.s. : non significatif)

source : INSEE-CREDES - Enquête Santé 1991-1992

• Surcroît d'expression du mal être en fonction des antécédents familiaux

Au sein des seuls sujets déclarant un événement récent, ceux qui ont vécu un événement familial grave avant 18 ans présentent des scores plus élevés à l'échelle de mesure des difficultés (2,2 vs. 2,0 - $p < 0.0001$). Lorsqu'on examine les résultats selon le sexe et l'âge (Tableau XXVII), ce surcroît de difficultés reste significatif pour les hommes de moins de 50 ans et pour les femmes de moins de 70 ans.

Tableau XXVII : Corrélations entre le mal être exprimé et la déclaration d'antécédents familiaux

Population étudiée : sujets ayant déclaré un événement marquant récent (N=2063)

Score moyen à l'échelle "Anxiété, sommeil, irritabilité" selon l'existence d'événements familiaux graves avant 18 ans

Résultats par sexe et tranche d'âge

Tranche d'âge	événements familiaux graves avant 18 ans	Hommes		Femmes	
		oui	non	oui	non
18-29 ans	moyenne	1.92 >	1.73	2.11 >	1.96
	test t	p=0.0372		p=0.0160	
	n	44	86	126	140
30-49 ans	moyenne	1.97 >	1.81	2.24 >	2.07
	test t	p=0.0067		p=0.0013	
	n	96	206	199	298
50-69 ans	moyenne	2.00	2.06	2.40 >	2.22
	test t	n.s.		p=0.0038	
	n	68	157	153	229
70 ans et plus	moyenne	1.87	2.13	2.42	2.34
	test t	t.n.v.		n.s.	
	n	20	59	64	119

(n.s. : non significatif - t.n.v. : test non valide)

source : INSEE-CREDES - Enquête Santé 1991-1992

En résumé, on observe une expression plus importante de difficultés chez les sujets déclarant un événement marquant récent. L'existence d'antécédents remontant à l'enfance accentue ce mal être.

• Variations de l'expression du mal être selon la nature des événements

Le Tableau XXVIII présente les scores moyens à l'échelle «anxiété, sommeil, irritabilité» pour les différents registres d'événements. La santé d'un proche et les problèmes personnels de santé apparaissent corrélés à l'expression d'un mal être plus important.

Tableau XXVIII : Comparaison des scores à l'échelle «Anxiété, sommeil, irritabilité» selon la nature des événements marquants récents

Evénements marquants récents (N=2063)	Effectifs		Scores moyens		test t
	oui	non (autre événement)	oui	autre événement	
maladie grave, accident, décès d'un proche	1386	677	2.08	2.14	*
mésentente familiale (y compris enfants) : divorce, séparation	213	1850	2.15	2.09	n.s.
problèmes personnels : maladie, accident	146	1917	2.23	2.09	**
problèmes financiers ou matériels	191	1872	2.12	2.10	n.s.
autres cas	108	1955	2.11	2.10	n.s.

Les antécédents pendant l'enfance corrélés à un mal être exprimé plus important sont la mésentente familiale et le manque d'affection (Tableau XXIX). Notons également la corrélation pour les conditions matérielles d'existence (vie difficile, manque d'argent). Les événements de santé concernant les parents ou le sujet lui-même n'apparaissent pas liés à davantage de difficultés.

Tableau XXIX : Comparaison des scores à l'échelle «Anxiété, sommeil, irritabilité» selon la nature des événements familiaux graves avant 18 ans

Evénements familiaux graves avant 18 ans (N=2245)	Effectifs		Scores moyens		test t
	oui	non (autre événement)	oui	autre événement	
séparation ou divorce des parents	476	1769	2.01	2.06	n.s.
maladie, handicap ou accident grave du père	816	1429	2.05	2.05	n.s.
maladie, handicap ou accident grave de la mère	592	1653	2.09	2.04	n.s.
graves disputes ou mésententes entre les parents	568	1677	2.15	2.02	***
manque d'affection	155	2090	2.21	2.04	***
manque d'argent, conditions de vie difficile	142	2103	2.14	2.04	*
événements de santé touchant la personne elle-même	105	2140	2.08	2.05	n.s.

b) Variations des consommations psychotropes en fonction des événements de vie personnels

• Variation des consommations psychotropes en fonction des événements marquants récents

On repère certaines surconsommations de psychotropes parmi les sujets déclarant un événement marquant récent. Selon l'âge et le sexe, les usages diffèrent. Les jeunes adultes et les adultes jusqu'à 50 ans qui déclarent un événement marquant récent fument davantage. Pour les femmes, on constate également une surconsommation de café entre 30 et 50 ans (Tableau XXX).

Entre 30 et 50 ans chez les hommes, et jusqu'à 70 ans pour les femmes, la consommation de médicaments psychotropes est supérieure lorsqu'un événement marquant récent est déclaré.

On ne remarque pas de différence significative en ce qui concerne l'alcool : les volumes moyens d'alcool consommés sont identiques pour les différentes tranches d'âge.

Tableau XXX : Différences de consommation de psychotropes selon l'existence d'un événement marquant récent

Population étudiée : ensemble (N=7575)
 Consommation moyenne d'alcool, tabac, café et thé, médicaments selon l'existence d'un événement marquant récent
 Résultats par sexe et âge

		Effectifs		Alcool		Tabac		Café		Médicaments	
		oui	non	nombre moyen de verres par jour		nombre moyen de cigarettes par jour		nombre moyen de verres par jour		nombre moyen de boîtes acquises en trois mois	
		Evénement marquant récent									
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Sexe	Age										
Hommes	18-29 ans	130	473	1,6	1,4	9,7	> 7,4	2,2	2,2	0,1	0,1
	30-49 ans	301	988	2,5	2,5	9,7	>> 7,3	2,9	2,9	0,4	> 0,2
	50-69 ans	225	687	2,9	3,0	4,7	4,6	2,3	2,2	1,0	0,8
	70 ans et plus	79	304	2,2	2,3	1,5	1,1	1,8	1,9	1,4	1,3
Femmes	18-29 ans	266	572	0,2	0,2	5,9	>> 4,5	2,5	2,2	0,3	0,1
	30-49 ans	497	1140	0,6	0,5	5,1	>> 3,9	3,1	> 2,8	1,0	>>> 0,4
	50-69 ans	382	849	0,6	0,6	1,4	0,9	2,4	2,3	2,0	> 1,3
	70 ans et plus	183	479	0,6	0,5	0,3	0,2	1,7	1,8	1,8	1,6

(> p<0,05 - >> p<0,01 - >>> p<0,001)

source INSEE-CREDES - Enquête Santé 1991-1992

On peut émettre l'hypothèse de réactions différentes selon l'âge et le sexe, réactions qui seraient fonction des pratiques de consommation de ces sous populations : la consommation de tabac, répandue chez les jeunes, y est accrue lorsqu'un événement est déclaré. Il en est de même de la prise de médicaments, entre 30 et 50 ans chez les hommes et entre 30 et 70 ans chez les femmes.

c) Surcroît de consommation en fonction des antécédents familiaux

L'existence d'événements familiaux graves avant 18 ans renforcent certaines surconsommations. Il s'agit de la consommation de tabac chez les sujets de 18 à 50 ans et de la consommation de médicaments pour les femmes de 50 à 69 ans (Tableau XXXI).

On note une différence significative concernant l'usage de médicaments chez les hommes âgés de 30 à 49 ans : les hommes déclarant des antécédents pendant l'enfance consomment moins de médicaments que ceux qui n'en ont pas connu, mais fument davantage. Ils boivent en moyenne un verre d'alcool de plus par jour (différence non significative).

Les femmes de moins de 50 ans déclarant un événement récent et un événement pendant l'enfance boivent plus d'alcool que celles ne déclarant qu'un événement récent. Les femmes de 50 à 69 ans ne se comportent pas de la même façon, buvant moins d'alcool et davantage de médicaments.

Tableau XXXI : Différences de consommation de psychotropes selon l'existence d'antécédent familial

Population étudiée : Sujets déclarant un événement marquant récent (N=2063)
 Consommation moyenne d'alcool, tabac, café et thé, médicaments selon l'existence d'événements familiaux graves avant 18 ans
 Résultats par sexe et tranche d'âge

Sexe	Age	Effectifs		Alcool		Tabac		Café		Médicaments	
		oui	non	nombre moyen de verres par jour		nombre moyen de cigarettes par jour		nombre moyen de verres par jour		nombre moyen de boîtes acquises en trois mois	
				oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Événement familial grave avant 18 ans											
Hommes	18-29 ans	44	86	2,5	1,1	12,8	7,5	3,0	1,7	0,1	0,0
	30-49 ans	96	205	3,1	2,2	12,6	8,4	3,0	2,8	0,2	0,5
	50-69 ans	68	157	3,1	2,8	6,4	4,4	2,8	2,1	1,0	1,0
	70 ans et plus	20	59	1,9	2,3	3,4	1,9	2,0	1,7	0,4	1,8
Femmes	18-29 ans	126	140	0,2	0,2	7,2	4,8	2,6	2,4	0,3	0,2
	30-49 ans	199	298	0,8	0,5	6,2	4,4	3,1	3,1	0,9	1,1
	50-69 ans	153	229	0,5	0,7	4,4	4,4	2,4	2,4	2,8	1,4
	70 ans et plus	64	119	0,6	0,5	3,4	3,2	1,9	1,6	2,4	1,5

(> p<0,05 - >> p<0,01 - >>> p<0,001)

source : INSEE-CREDES - Enquête Santé 1991-1992

d) Poids du comportement abstinent selon l'existence d'antécédents familiaux

Le poids de l'abstinence ou de la faible consommation de produits psychotropes (description page 51) apporte des informations complémentaires (Tableau XXXII) : les jeunes hommes (18-29 ans) et les femmes (18-49 ans) sont moins souvent abstinentes ou faibles consommateurs d'alcool, tabac, café et thé et médicaments lorsque des événements récents et des antécédents sont déclarés. En revanche, les hommes âgés sont plus souvent abstinentes (leur consommations moyennes par produits sont toutes inférieures, sauf pour le café).

Tableau XXXII : Poids de l'abstinence ou faible consommation de psychotropes selon l'existence d'antécédent familial

Population étudiée : Sujets déclarant un événement marquant récent (N=2063)
 % d'abstinents ou faibles consommateurs selon l'existence d'événements familiaux graves avant 18 ans
 Résultats par sexe et âge

Tranche d'âge	événements familiaux graves avant 18 ans	Hommes		Femmes	
		oui	non	oui	non
		18-29 ans	45%	<< 67%	65%	< 78%
30-49 ans	36%	40%	58%	<< 71%	
50-69 ans	33%	30%	66%	66%	
70 ans et plus	64%	> 38%	63%	72%	

(n.s. : non significatif)

source : INSEE-CREDES - Enquête Santé 1991-1992

5.3- PORTEE DES RESULTATS

Les corrélations-trouvées en étudiant l'influence des événements personnels sont les suivantes :

Les sujets récemment affectés par un événement relatif à la santé expriment un mal être plus important. Les conditions de vulnérabilité liées à la vie familiale pendant l'enfance, relations affectives, mais également précarité des conditions de vie, contribuent à augmenter ce mal être.

Du point de vue des consommations, on note que les générations semblent se comporter différemment, prenant certains produits en quantité plus importante : tabac chez les jeunes, médicaments entre 30 et 70 ans. Les variations pour l'alcool sont moins nettes : il est possible que la mesure de la consommation d'alcool gêne le repérage de comportements similaires de surconsommation. Un tel résultat suggère l'importance du repérage de niveaux moyens de consommations, variables selon les appartenances sociodémographiques, afin d'apprécier les effets plus directs des facteurs personnels.

Ces résultats restent à éprouver de manière plus sûre. En particulier, l'impact des événements récents sur les consommations n'est pas mesurable. L'influence des climats familiaux pendant l'enfance, déjà mise en évidence en matière de recours au soins et d'état de santé (G. Menahem), se retrouve également lorsqu'on s'intéresse aux consommations de produits psychotropes et à l'expression du mal être.

On se heurte à une limite lorsqu'on veut étudier les interactions fines, prenant en compte dans une logique biographique des facteurs de vulnérabilité du même ordre, notamment à propos des relations affectives. Cependant, on constate que les facteurs corrélés à l'expression d'un mal être plus important ne sont pas les mêmes : qualité des relations affectives et précarité des conditions de vie semblent être des aspects plus déterminants parmi les antécédents de l'enfance, alors que les événements récents les plus influents paraissent plutôt liés à la santé.

Il paraît indispensable de maintenir ces items relatifs aux événements de vie personnels dans des enquêtes futures. Techniquement, les questions les plus sensibles sont sans doute le repérage des événements récents et la mesure de leurs impacts sur les consommations et la santé. Le poids des événements récents affectant la santé de l'entourage peut paraître surestimé.

6. CONCLUSION

L'étude de la souffrance psychique, des maladies mentales et somatiques associées en population générale, resituées dans leur contexte psycho-social et mises en relation avec les comportements de recours qu'elles induisent, apporte de nombreuses informations. Celles-ci peuvent être exploitées dans une perspective de meilleur accès au soin, de prévention primaire et secondaire et d'économie de la santé appréhendée dans une perspective globale.

Cette étude fait apparaître les éléments suivants :

Il existe des âges critiques propices à l'existence de difficultés qui peuvent renforcer des difficultés pré-existantes.

Plusieurs sous-groupes de population peuvent être différenciés, allant des sujets pour lesquels "tout va bien" aux sujets "dépressifs", qui regroupent la majorité des critères du questionnaire "anxiété, sommeil, irritabilité", avec la présence de symptômes particuliers que l'on ne retrouve fréquemment cités que dans cette classe (sentiment de solitude, peurs fréquentes, perte d'espoir en l'avenir, problèmes de concentration), en passant par les sujets "anxieux", qui déclarent principalement des symptômes de nervosité, de souci, de fatigue.

Un tel résultat suggère l'existence de plusieurs dimensions dans l'expression du mal être, qui objectivent les formes de passage entre la santé mentale et les troubles mentaux. L'expression de ces formes particulières de mal être suggère l'existence d'un stade "fonctionnel" et d'un stade sinon "lésionnel", du moins ancré dans la pathologie psychiatrique.

Certains symptômes comme les troubles du sommeil sont à la jonction de ces deux groupes et devraient faire l'objet d'une attention particulière dans une optique de prévention de la survenue de troubles plus importants.

Il existe un groupe important de la population exprimant peu (62%) ou pas (19%) de difficultés. Par contre, il existe un groupe (12%) qui exprime des difficultés importantes. On retrouve dans ce dernier groupe une déclaration de trouble mental significative : 42% versus 4% dans le groupe "bien portant". Ce chiffre de 4% isole au sein du groupe "bien portant" une population fonctionnant sur le "dénier des symptômes", qui a été isolée dans d'autres études épidémiologiques internationales.

Les problèmes de santé sont d'autant plus nombreux que le mal être exprimé est important. Ils concernent un tiers des sujets de la classe exprimant le plus de difficultés, contre moins de 1% des sujets de la classe exprimant le moins de difficultés. Certaines pathologies somatiques présentent une prévalence particulière dans la classe des sujets "dépressifs" par rapport à l'ensemble. C'est le cas pour les tumeurs (7% vs. 3%), les maladies du système nerveux (14% vs. 7%), les affections de l'appareil digestif (41% vs. 21%), les affections de l'appareil circulatoire (58% vs. 33%), les affections endocriniennes, immunitaires et métaboliques (42% vs. 29%).

La 7^o classe des "sujets dépressifs", dans la logique de ce qui précède, est celle qui a le plus recouru au système de santé. C'est celle qui consomme de façon particulièrement importante des médicaments psychotropes (48% vs. 5% dans la 1^o classe). Ces ordres de grandeurs correspondent à ceux des déclarations de troubles mentaux, et la consommation suit la courbe du mal être dans les autres classes.

Les consommations de médicaments psychotropes sont très différentes de celles du tabac et de l'alcool que l'on retrouve à des niveaux relativement proches dans toutes les classes. Toutefois, l'étude de l'influence particulière des événements de vie vient tempérer ce résultat d'ensemble, en montrant que le niveau moyen de mal être est plus élevé en cas d'exposition à un événement récent et en présence d'antécédent pendant l'enfance, ces mentions d'événements de vie apparaissant parallèlement associées à certaines surconsommations de produits psychotropes, médicaments ou autres, dont la nature peut varier selon les habitudes de consommation. C'est en particulier le cas du tabac chez les jeunes.

La 7^o classe est caractérisée par certains facteurs contextuels : âge plus élevé, divorce ou veuvage, événements marquants récents et familiaux graves avant 18 ans, bagage éducatif plus faible, situation économique. Les difficultés entraînent des absences du travail et perturbent la vie familiale.

La prévalence des 6^o et 7^o classes correspond aux enquêtes épidémiologiques internationales de prévalence des troubles mentaux (6% à 15%), l'essentiel correspondant à la dépression. Le recours aux soins spécialisés n'intervient que dans 6% des cas dans la 7^o classe et 3% des cas dans la 6^o classe, ce qui devrait être considéré comme alarmant.

L'intérêt du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité" est à souligner dans la mesure où cet instrument ne referme pas trop vite la psychopathologie sur des catégories préexistantes et fait réfléchir sur la pluralité étiogénique potentielle des symptômes. Il manque des questions sur les comportements d'adaptation (tendance au repli, conduites alimentaires, recherche de soutien social, action) et sur la compliance aux traitements. De même, les questions sur les événements de vie devraient être plus précises.

En résumé, cette étude montre l'existence d'une population globalement et gravement malade, tant du point de vue psychiatrique que somatique, sans qu'il soit possible de déterminer un ordre de relation entre le somatique et le psychique. Comme on peut s'y attendre, cette population est davantage consommatrice de soins que l'on ne peut certainement pas qualifier de "confort", y compris pour la consommation de médicaments psychotropes. Elle a insuffisamment recours à des soins spécialisés. Les troubles sont générateurs de coûts secondaires (travail, perturbations familiales). Elle a subi davantage d'événements de vie anciens et est plus sensible aux événements de vie récents.

7. BIBLIOGRAPHIE

- [1] BILLIARD I. Dimensions psychiques et sociales dans l'étiologie des pathologies chroniques contemporaines. M.I.R.E., juin 1989.
- [2] BOUCHAYER F. *Bilans de vie, bilans de santé* in Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie. Erès, 1994.
- [3] BOUCHAYER F. *Une réalité sociale mouvante et complexe, des méthodes d'approche et des cadres d'analyse multiformes* in Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie. Erès, 1994.
- [4] BUNGENER M. PIERRET J. *De l'influence du chômage sur l'état de santé?* in Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie. Erès, 1994.
- [5] COURGEAU D. *Approches qualitatives et quantitatives des biographies individuelles* in Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie. Erès, 1994.
- [6] DORAY B. BERTRAND M. *Le social et le trauma* in Psychanalyse et sciences sociales. Ed. La Découverte, 1989.
- [7] LECRUBIER Y. BOYER P. LEPINE JP. WEILLER E. *Results from the Paris Centre* in Mental illness in General Health Care - An International Study, Wiley, 1995, pp 211-225.
- [8] LEPINE JP. *L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française* in Confrontations psychiatriques.
- [9] MENAHEM G. *La santé des adultes dépend fortement du climat familial de leur enfance* in Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Actes du colloque Paris 20 juin 1994. I.N.S.E.E.-Résultats. Consommation Modes de vie, 1994, n°67-68, 78-88.
- [10] MENAHEM G. BANTMAN P. MARTIN S. *Evénement de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte* in Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie, Erès, 1994.
- [11] MENAHEM G. Problème de l'enfance, statut social et santé des adultes. C.R.E.D.E.S., 1994.
- [12] Psychosomatic medicine, Vol 57 n°3, may/june 1995, pp 207-302. (Numéro spécial sur les facteurs de risque psychosociaux des pathologies somatiques - approche transversale pluridisciplinaire).
- [13] SERMET C. Consommation d'anxiolytiques en population générale. C.R.E.D.E.S., biblio n°1050, janvier 1995.
- [14] THURIN JM. *L'événement, le corps et le langage* in Psychiatries, n°87/88, 1990, pp 11-21.
- [15] THURIN JM. *Psychosomatique : le réel en question* in Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant. ESHEL, 1994.
- [16] THURIN JM. *Psychosomatique : une vie sans soi*. Frison Roche, 1996.
- [17] THURIN JM. *Santé mentale et conditions de vie*, Pour la recherche. N°10, septembre 1996, p.6.
- [18] THURIN JM. *Cybersession sur Cancer et psychisme*, 10 septembre 1998. <http://psydoc.fr.broca.inserm.fr/cyber.html> - exposé de l'état des questions et recherches ; bibliographie complète.
- [19] ÜSTÜN TB. SARTORIUS N. *Mental illness in General Health Care - An International Study*, Wiley, 1995.

LISTE DES TABLEAUX

Numéro et intitulé des tableaux	Page
Tableau I : Populations et lieux d'observations (1996-1998) INSERM U 302 Equipe d'Epidemiologie	12
Tableau II : Neuroleptiques prescrits selon le diagnostic de trouble mental	20
Tableau III : Maladies autres que les troubles mentaux à l'origine des prescriptions de neuroleptiques	20
Tableau IV : Maladies motifs des acquisitions de médicaments psychotropes	35
Tableau V : Consommations moyennes d'alcool, tabac et médicaments par type d'usage	45
Tableau VI : Répartition par sexe des différents groupes d'usagers de psychotropes	54
Tableau VII : Répartition des usages de psychotropes chez les hommes et chez les femmes	54
Tableau VIII : Ages moyens et répartition par quantiles selon le type d'usage	55
Tableau IX : Troubles mentaux selon les usages de psychotropes (typologie)	65
Tableau X : Expression du mal être selon les usages de psychotropes (typologie)	66
Tableau XI : Corrélation entre usages et psychotropes et nombre de maladies (résultats ajustés par sexe et âge)	66
Tableau XII : Consultants de la CPAM de Paris : caractéristiques selon le lieu de résidence	73
Tableau XIII : Consommation d'alcool, tabac, médicaments des franciliens dans les enquêtes INSEE-CREDES et CPAM	74
Tableau XIV : Répartition des réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»	85
Tableau XV : Age moyen selon les réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»	86
Tableau XVI : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»	88
Tableau XVII : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité» par sexe et âge	89
Tableau XVIII : Corrélations entre items de la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»	93
Tableau XIX : Typologie de l'expression du mal être : profils de réponse des classes	96
Tableau XX : Expression du mal être : poids des classes issues de la typologie	97
Tableau XXI : Proportion de sujets ayant déclaré un trouble mental selon le mal être exprimé	99
Tableau XXII : Proportion de sujets déclarant un trouble mental selon le mal être exprimé, le sexe et l'âge	99
Tableau XXIII : Relation entre le mal être exprimé et les déclarations de trouble mental	100
Tableau XXIV : Proportion de sujets tout à fait concernés par les difficultés selon les maladies déclarées	101
Tableau XXV : Sujets tout à fait concernés par les difficultés selon la nature du trouble mental déclaré	101
Tableau XXVI : Corrélations entre le mal être exprimé et la déclaration d'un événement marquant récent	116
Tableau XXVII : Corrélations entre le mal être exprimé et la déclaration d'antécédents familiaux	116
Tableau XXVIII : Comparaison des scores à l'échelle «Anxiété, sommeil, irritabilité» selon la nature des événements marquants récents	117
Tableau XXIX : Comparaison des scores à l'échelle «Anxiété, sommeil, irritabilité» selon la nature des événements familiaux graves avant 18 ans	117
Tableau XXX : Différences de consommation de psychotropes selon l'existence d'un événement marquant récent	118
Tableau XXXI : Différences de consommation de psychotropes selon l'existence d'antécédent familial	119
Tableau XXXII : Poids de l'abstinence ou faible consommation de psychotropes selon l'existence d'antécédent familial	119

LISTE DES FIGURES

Numéro et intitulé des figures.....	Page
Figure 1 : Répartition de la population selon le volume d'alcool consommé.....	30
Figure 2 : Répartition de la population selon le volume de tabac consommé.....	31
Figure 3 : Répartition de la population selon l'évolution de la consommation de tabac.....	31
Figure 4 : Répartition de la population selon la durée de la prise régulière de médicaments psychotropes.....	32
Figure 5 : Répartition de la population selon le nombre de boîtes de médicaments acquises pendant l'enquête.....	32
Figure 6 : Pourcentage de consommateurs d'alcool selon le sexe et l'âge.....	37
Figure 7 : Evolution de la consommation d'alcool selon le sexe et l'âge.....	39
Figure 8 : Pourcentage de consommateurs de tabac selon le sexe et l'âge.....	40
Figure 9 : Age moyen en début et fin de tabagie selon l'âge actuel.....	41
Figure 10 : Pourcentage de consommateurs de médicaments psychotropes par sexe et âge (résultats détaillés par nombre de boîtes acquises).....	42
Figure 11 : Pourcentage de consommateurs de médicaments psychotropes par sexe et âge (résultats détaillés par classe de médicaments).....	43
Figure 12 : Répartition de la population par type d'usage de psychotropes.....	48
Figure 13 : Structure par sexe et âge des groupes d'usagers de psychotropes.....	56
Figure 14 : Réponses à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité» par sexe et âge.....	87
Figure 15 : Score moyen à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité».....	88
Figure 16 : Seuils d'évaluation du mal être.....	89
Figure 17 : Répartition selon le score «anxiété, sommeil, irritabilité» : résultats par sexe et âge.....	90
Figure 18 : Répartition selon le nombre de réponses utilisées à la grille «anxiété, sommeil, irritabilité».....	91
Figure 19 : Occurrence des items aux réponses «pas du tout» et «tout à fait» de la grille «anxiété, sommeil, irritabilité».....	92
Figure 20 : Proportion de sujets ayant déclaré un événement marquant récent.....	112
Figure 21 : Proportion de sujets ayant déclaré un événement familial grave avant 18 ans.....	113
Figure 22 : Répartition de la population selon les événements récents et antécédents familiaux.....	114
Figure 23 : Proportion de sujets concernés par des événements récents et des antécédents familiaux de même ordre.....	114

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
CONTEXTE DE LA RECHERCHE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	7
1. OBJECTIFS GENERAUX DE L'ETUDE	9
1.1- Etude des sujets recevant une prescription de neuroleptiques	9
1.2- Recherche d'une typologie des usages de psychotropes (médicaments, alcool et tabac), pris seuls ou associés, jusqu'à la dépendance	9
1.3- Expression du mal être en population générale, souffrance psychique, maladies mentales et somatiques associées, contexte des événements personnels et comportements de soin	10
2. ASPECTS METHODOLOGIQUES DANS L'ANALYSE SECONDE DE L'ENQUETE INSEE-CREDES	10
2.1- Mise en place d'une plate-forme informatique (juin à septembre 1996)	10
2.2- Thèmes d'études des trois équipes	11
PREMIERE PARTIE :	
SUJETS PSYCHOTIQUES ET SUJETS CONSOMMATEURS DE NEUROLEPTIQUES EN POPULATION GENERALE : COMPARAISON AVEC UNE POPULATION SCHIZOPHRENE TRAITEE	13
1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	15
1.1- Contexte de la recherche	15
1.2- Objectifs de l'étude	15
1.3- Méthodologie	15
2. RESULTATS	16
2.1- Diagnostic de psychose dans l'enquête insee-credes	16
2.2- Consommation de neuroleptique dans l'enquête insee-credes	17
2.3- Comparaison des schizophrènes suivis à l'inserm et des sujets recevant un neuroleptique dans l'enquête insee-credes	21
3. COMMENTAIRES	23
3.1- Mesure de la pathologie mentale sévère	23
3.2- Prescription de neuroleptiques	23
3.3- Sujets psychotiques non traités par neuroleptique	24
3.4- Comparaison à la population schizophrène traitée	24
3.5 Conclusions	25

DEUXIEME PARTIE :

RECHERCHE D'UNE TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES EN POPULATION GENERALE	27
1. DESCRIPTION DES CONSOMMATIONS	29
1.1- Description globale des consommations	29
1.2- Description des consommations par sexe et âge	37
2. ANALYSE TYPOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS	44
2.1- Typologie des usages	44
2.2- Tableau sociodémographique et sanitaire des groupes d'usagers	49
2.3- Comparaison de la typologie à la typologie du credoc	52
3. INFLUENCE DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LES COMPORTEMENTS	53
3.1- Approche d'ensemble	53
3.2- Influence du sexe et de l'âge	54
3.3- Influence des données familiales et sociales	57
4. MISE EN RELATION DE LA TYPOLOGIE DES USAGES AVEC LES DONNEES SANITAIRES	65
4.1- Corrélation entre types de consommation et données de santé	65
4.2- Analyse logistique des groupes d'usagers suivant les données sanitaires et sociales	69
5. COMPARAISON DE ETUDES EN POPULATION GENERALE (INSEE) ET EN POPULATION CONSULTANTE (CPAM)	72
5.1- Etude des représentativités au plan socio-démographique	72
5.2- Comparaison des usages de psychotropes dans les enquêtes CPAM et INSEE-CREDES	74
5.3- Conclusion	74
5. DISCUSSION	75
7. CONCLUSION	77
8. BIBLIOGRAPHIE	80

TROISIEME PARTIE :

EXPRESSION DU MAL ETRE EN POPULATION GENERALE	81
1. MESURE DU MAL ETRE A PARTIR DE L'ENQUETE SUR LA SANTE ET LES SOINS MEDICAUX 1991-1992	83
1.1- Introduction	83
2. ANALYSE DU MAL ETRE A PARTIR DU PARAGRAPHE "ANXIETE, SOMMEIL, IRRITABILITE"	85
2.1- Prévalence des différents symptômes de la grille "anxiété, sommeil, irritabilité"	85
2.2- Indicateurs synthétiques de la grille «anxiété, sommeil, irritabilité»	88
2.3- Recherche d'une typologie de l'expression du mal être	94
3. MISE EN RELATION DE LA TYPOLOGIE D'EXPRESSION DU MAL ETRE AVEC LES DONNEES SANITAIRES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	99
3.1- Corrélation entre le mal être exprimé et les diagnostics de troubles mentaux déclarés	99
3.2- Mise en relation avec l'état de santé général, les recours et les consommations	101
3.3- Mise en relation avec les données sociodémographiques et environnementales	103

3.4- Analyse logistique des déterminants sanitaires et sociodémographiques de l'expression du mal être	106
4. ETUDE DE SOUS-POPULATIONS	108
4.1- Comparaison des classes exprimant un mal être important (6° et 7° classes)	108
4.2- Expression du mal être parmi les sujets avant déclaré un trouble mental	109
4.3- Comparaison des sujets exprimant un mal être selon l'existence d'une pathologie mentale	110
5. TOLERANCE AUX EVENEMENTS DE VIE AUTRAVERS DE LA PRISE DE PSYCHOTROPES	112
5.1- Description des données relatives aux événements de vie personnels	112
5.2- Expression du mal être et consommation de psychotropes en fonction des événements de vie personnels	115
5.3- Portée des résultats	119
6 CONCLUSION	121
7. BIBLIOGRAPHIE	123

**CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES
ET MORBIDITE
EN POPULATION GENERALE :
INDICATEURS DE SANTE MENTALE**

TOME 2 : ANNEXES

ANALYSE SECONDE DES DONNEES
DE L'ENQUETE INSEE-CREDES SUR LA SANTE ET LES SOINS MEDICAUX 1991-1992

F. FACY¹, F.CASADEBAIG¹, JM THURIN²

Sous la direction de D. WIDLÖCHER, Directeur de l'unité INSERM U302

¹ Chercheurs INSERM, 44, Chemin de Ronde, 78116 LE VESINET CEDEX

³ Ecole de Psychosomatique, Fédération Française de Psychiatrie

ANNEXE I

PRESENTATION DE L'ENQUETE ET MISE EN FORME DES DONNEES

(Annexe à la Partie Introduction du Tome 1)

ANNEXE II

SUJETS PSYCHOTIQUES ET SUJETS CONSOMMATEURS DE NEUROLEPTIQUES EN POPULATION GENERALE : : COMPARAISON AVEC UNE POPULATION SCHIZOPHRENE TRAITEE

(Annexe à la Première Partie du Tome 1)

ANNEXE III

CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES : RESULTATS PAR PRODUITS

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

ANNEXE IV

TYOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES : METHODOLOGIE ET RESULTATS COMPLEMENTAIRES

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

ANNEXE V

MISE EN RELATION DE LA TYOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES AVEC LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

ANNEXE VI

EXPRESSION DU MAL ETRE EN POPULATION GENERALE

(Annexe à la Troisième Partie du Tome 1)

**PRESENTATION DE L'ENQUETE
ET MISE EN FORME DES DONNEES**

(Annexe à la Partie Introduction du Tome 1)

Annexe I-A

Présentation de l'enquête et mise en forme des données

Annexe I-B

Synthèse des consommations de soins et de l'état de santé

ANNEXE I-A :

PRESENTATION DE L'ENQUETE ET MISE EN FORME DES DONNEES

Présentation des données exploitées

Le mal être ressenti, la consommation régulière de médicaments psychotropes, les événements de vie personnels, les difficultés éprouvées au travail et la consommation d'alcool ne sont décrits que pour les 7666 individus d'un sous-échantillon interrogés en fin d'enquête. Ce sous-échantillon correspond à la sélection d'une personne majeure et apte à répondre par ménage (méthode dite "Kish"). Cette méthode de sélection entraîne un biais de représentativité. L'INSEE a corrigé ce biais en donnant à chacun de ces 7666 individus un poids variable tenant compte de sa représentativité par rapport aux critères de sexe, de tranche d'âge, milieu social, tranche d'unité urbaine et taille du ménage. Cette pondération a été utilisée dans la plupart des requêtes statistiques faites dans le cadre de cette analyse seconde.

La population étudiée dans le cadre de cette étude (usages de psychotropes et expression du mal être) est celle des 7575 individus interrogés en fin d'enquête. L'INSEE fournit un fichier de 7666 individus, dont 91 n'étaient pas présents lors de l'entretien : ces individus ont été exclus de l'analyse.

Aux données du fichier "KISH" ont été mises en ligne les données individuelles obtenues lors de la première visite de l'enquête, qui concerne les 21586 individus des 8235 ménages sélectionnés par l'INSEE pour cette enquête. Ces individus sont représentatifs de la population française métropolitaine des ménages ordinaires (les personnes vivant en collectivité sont exclues, de même que certaines populations en marge du point de vue de la résidence (sans domicile, non sédentaires, etc.).

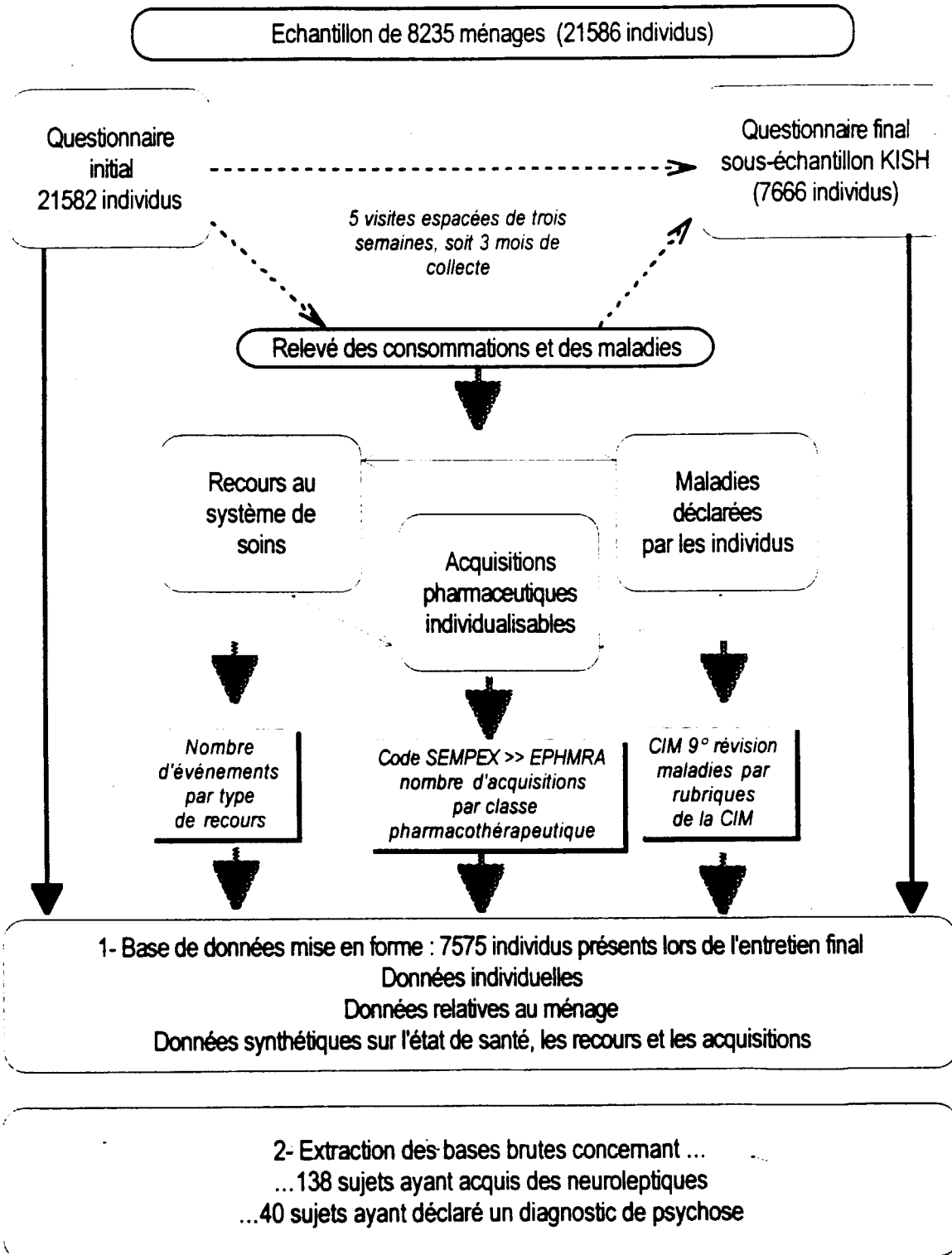
Aux données individuelles ont été également ajoutés des indicateurs synthétiques de l'état de santé et des consommations de soins médicaux : déclaration de maladies par rubrique de la classification internationale des maladies, nombre d'acquisitions de produits pharmaceutiques par classe pharmacothérapeutique, nombre de recours au système de soins. Enfin, des données de référence ont été extraites du fichier descriptif des ménages (taille et structure du ménage, revenu du ménage, département).

La plate forme informatique mise en place repose sur l'exploitation de ce fichier centralisant les informations utiles aux études portant sur les usages de psychotropes, l'expression du mal être et la tolérance aux événements de vie au travers de l'usage de psychotropes.

Les données brutes fournies par l'INSEE, et les données corrigées et tables de correspondances fournies par le CREDES ont parallèlement été exploitées en vue de requêtes spécifiques, nécessitant notamment une mise en ligne entre différents événements (acquisition pharmaceutique/maladie, acquisition pharmaceutique/séance médicale).

L'étude des consommateurs de neuroleptiques (138 sujets) et des individus présentant un diagnostic de psychose (40 sujets) a présidé à la constitution d'un modèle réduit des données relationnelles de départ, exploité par requête statistique et examens individuels (maladies et prescription par sujet, etc.).

Mise en forme des données de l'enquête INSEE-CREDES sur la Santé et les Soins médicaux 1991-1992



ANNEXE I-B :

SYNTHESE DES CONSOMMATIONS DE SOINS, DES RECOURS AU SYSTEME DE SOINS ET DE L'ETAT DE SANTE

Exploitation du fichier des maladies

Le fichier maladie corrigé du CREDES a été utilisé plutôt que le fichier brut fourni par l'INSEE. Le tableau "Maladies déclarées pendant l'enquête selon l'âge et la rubrique de la CIM (9^e révision)" donne le pourcentage de sujets de l'échantillon KISH (N=7575) ayant déclaré des maladies au cours de l'enquête. Ces pourcentages sont détaillés par âge. Par rapport aux estimations de prévalence des maladies en fin d'enquêtes, ces pourcentages sont plus élevés, puisqu'ils recensent également les maladies déclarées en début ou en cours d'enquête et terminées avant la fin d'enquête.

Nombre de maladies

Les données disponibles ne comprennent pas les deux indicateurs synthétiques que sont le risque vital et le niveau d'invalidité. Le nombre de maladies déclarées par les sujets pendant l'enquête reste un indicateur sommaire de l'état de santé. Toutefois, les sujets ayant déclaré un nombre élevé de maladies (10 ou plus) peuvent être considérés comme représentatifs d'une population présentant un état de santé dégradé. L'échantillon a été divisé en quatre classes en fonction du nombre de maladies déclarées. Un dixième de la population a ainsi déclaré dix maladies ou plus et près de 20% une seule voire aucune maladie.

Etat de santé général apprécié d'après le nombre de maladies	« très bon »	« bon »	« mauvais »	« très mauvais »
Nombre de maladies déclarées	0 à 1	2 à 4	5 à 9	10 et plus
Répartition	19,5%	38,5%	31,5%	10,5%

Les diagnostics rencontrés dans le groupe déclarant peu de maladies concernent des troubles fréquents et relativement bénins. 24% des maladies sont des troubles de la vue et de la vision, 21% des problèmes bucco-dentaires et 10,5% des troubles respiratoires. Les autres maladies rencontrées sont l'obésité (7,5%), les problèmes cutanés (3,5%), les migraines (2,5%). Les sept maladies citées représentent près de 70% des maladies déclarées dans ce groupe, contre respectivement 60%, 45% et 35% dans les groupes présentant un état de santé bon, mauvais et très mauvais.

Les sujets déclarant entre 2 et 4 maladies déclarent relativement plus quelques pathologies de faible prévalence générale : tumeurs bénignes, maladies congénitales ou d'origine périnatale. Aucune pathologie couramment déclarée ne s'ajoute à la liste des maladies les plus citées dans le premier groupe.

Le profil pathologique rencontré chez les sujets déclarant davantage de maladies est sensiblement différent. Sont particulièrement surreprésentées les maladies de l'appareil circulatoire (hypertension, cardiopathies ischémiques, troubles du rythme cardiaque, maladies vasculaires cérébrales et artérites). La surreprésentation des maladies de l'appareil digestif, du système ostéoarticulaire et musculaire est également à noter. Citons également les tumeurs malignes, certains troubles du métabolisme (diabète, troubles thyroïdiens, métabolisme des lipides), les maladies du système nerveux autres que la migraine, l'asthme et les autres maladies pulmonaires obstructives, les maladies de l'appareil urinaire.

Les troubles mentaux sont plus souvent cités par les sujets déclarant plus de 5 ou 10 maladies. Les écarts de proportions entre les quatre groupes restent moins importants que les écarts observés pour les maladies somatiques les plus répandues. On peut ainsi considérer le nombre de maladies comme un indicateur relativement fiable de l'état de santé physique. Son utilisation vient compléter la batterie d'indicateurs disponibles au niveau individuel (expression subjective de l'état de santé général et du mal être, incapacité, indice de masse corporelle).

Maladies déclarées pendant l'enquête selon l'âge et la rubrique de la CIM (9^e révision)

Maladies déclarées pendant l'enquête	Ensemble	Age à l'enquête					
		18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
Maladies infectieuses et parasitaires	7%	9%	8%	6%	6%	6%	6%
<i>maladies infectieuses intestinales</i>	2%	3%	2%	1%	2%	1%	1%
<i>herpès, zona</i>	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
<i>mycoses</i>	3%	4%	4%	3%	0%	2%	3%
Tumeurs	3%	1%	2%	4%	3%	7%	6%
<i>tumeur maligne</i>	1%	0%	0%	1%	2%	4%	4%
<i>tumeur bénigne et sans autre indication</i>	2%	1%	1%	3%	1%	3%	2%
<i>tumeur maligne du sein</i>	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
<i>tumeur maligne uro-génitale</i>	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%
Troubles endocriniens, métaboliques, immunitaires, maladies du sang	30%	10%	17%	29%	42%	54%	48%
<i>trouble thyroïdien</i>	2%	1%	1%	2%	2%	2%	2%
<i>diabète et autres troubles endocriniens</i>	4%	0%	1%	3%	5%	9%	10%
<i>trouble du métabolisme des lipides</i>	9%	1%	2%	5%	14%	24%	19%
<i>obésité</i>	20%	8%	14%	22%	30%	34%	27%
<i>autres troubles du métabolisme</i>	0%	0%	0%	1%	2%	4%	5%
<i>anémie, autres maladie du sang</i>	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%
Troubles mentaux	13%	5%	10%	13%	18%	21%	19%
<i>psychose</i>	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
<i>troubles névrotiques et de la personnalité</i>	1%	3%	5%	7%	9%	10%	10%
<i>dépression</i>	5%	2%	4%	5%	8%	10%	7%
<i>dépendances alcooliques, tabagiques, toxicomanie</i>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<i>état réactionnel passager, trouble post-traumatique</i>	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%
<i>autres troubles mentaux</i>	0%	0%	0%	0%	5%	0%	1%
Maladies du système nerveux central et périphérique	7%	6%	8%	8%	7%	8%	7%
<i>maladie de parkinson, autres maladies héréditaires du système nerveux central</i>	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%
<i>migraines</i>	6%	5%	7%	7%	6%	5%	3%
<i>autres maladies du système nerveux central</i>	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%
<i>maladies du système nerveux périphérique</i>	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Maladies des organes des sens	63%	36%	40%	56%	90%	94%	95%
<i>troubles de la vision et de la vue</i>	60%	33%	37%	52%	89%	93%	93%
<i>autres affections de l'œil</i>	6%	3%	4%	4%	6%	10%	15%
<i>affections de l'oreille</i>	8%	3%	3%	5%	7%	14%	27%
Maladies de l'appareil circulatoire	34%	8%	16%	25%	43%	64%	79%
<i>hypertension</i>	16%	1%	3%	7%	19%	37%	47%
<i>cardiopathies ischémiques</i>	4%	0%	0%	0%	3%	8%	21%
<i>trouble du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque</i>	3%	0%	0%	1%	2%	6%	14%
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>	5%	0%	0%	1%	4%	12%	23%
<i>artérites</i>	3%	0%	0%	1%	3%	6%	10%
<i>varices, hémorroïdes</i>	12%	3%	8%	13%	17%	21%	22%
<i>troubles circulatoires autres</i>	7%	3%	4%	6%	8%	11%	13%

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

N.B. : Les pourcentages correspondent à la population atteinte par une ou plusieurs maladies d'une même classe de la C.I.M. 9^e révision.
Les maladies prises en compte sont celles déclarées au cours des trois mois de l'enquête (fichier corrigé du C.R.E.D.E.S.).
La population considérée est celle des 7575 individus ayant répondu au questionnaire final individuel (sous-échantillon "KISH").

Maladies déclarées pendant l'enquête selon l'âge et la rubrique de la CIM (9° révision)

Maladies déclarées pendant l'enquête	Ensemble	Age à l'enquête					
		18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
Maladies de l'appareil respiratoire	29%	30%	30%	25%	24%	27%	34%
<i>affections aiguës des voies respiratoires supérieures</i>	18%	21%	22%	15%	15%	15%	20%
<i>affections chroniques des voies respiratoires supérieures</i>	3%	4%	3%	4%	3%	3%	2%
<i>grippe</i>	5%	5%	5%	5%	5%	4%	2%
<i>asthme, maladies pulmonaires obstructives</i>	5%	3%	3%	4%	5%	7%	13%
Maladies bucco-dentaires	53%	30%	41%	53%	63%	74%	82%
Autres maladies de l'appareil digestif	21%	11%	13%	17%	25%	34%	41%
<i>ulcère</i>	2%	1%	1%	1%	2%	2%	3%
<i>autres maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum</i>	8%	4%	5%	6%	10%	11%	13%
<i>hernie abdominale</i>	2%	0%	0%	1%	2%	4%	5%
<i>entérite, colite non infectieuse</i>	2%	1%	2%	1%	2%	2%	2%
<i>constipation, colite, troubles intestinaux autres</i>	10%	4%	5%	7%	11%	18%	24%
<i>maladies du foie, de la bile et du pancréas</i>	2%	0%	1%	1%	3%	2%	4%
Maladies des organes génito-urinaires, complications de la grossesse	12%	9%	7%	13%	20%	13%	12%
<i>maladie de l'appareil urinaire</i>	3%	3%	2%	3%	4%	5%	4%
<i>troubles de la ménopause</i>	4%	0%	0%	5%	14%	5%	1%
<i>autres troubles génitaux</i>	6%	6%	6%	5%	4%	5%	8%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	11%	13%	11%	9%	8%	11%	13%
<i>eczéma</i>	4%	3%	3%	3%	3%	5%	5%
<i>psoriasis</i>	1%	1%	1%	1%	1%	2%	1%
<i>autres inflammations cutanées</i>	2%	2%	2%	1%	0%	1%	2%
<i>acné</i>	0%	5%	1%	0%	0%	0%	0%
<i>autres affections de la peau et des tissus sous-cutanés</i>	4%	4%	0%	3%	3%	4%	4%
Maladies des os, articulations, muscles et tissu conjonctif	32%	15%	21%	28%	42%	52%	57%
<i>arthropathies</i>	12%	3%	5%	7%	16%	25%	30%
<i>affections des vertèbres</i>	9%	2%	4%	9%	12%	16%	17%
<i>lumbago, sciatique, lombalgie</i>	10%	7%	10%	10%	13%	11%	9%
<i>rhumatisme abarticulaire sauf plan dorsal</i>	7%	3%	3%	5%	8%	13%	14%
<i>ostéopathies, chondropathies</i>	3%	2%	1%	2%	3%	4%	6%
Anomalies congénitales, affections d'origine périnatale	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Symptômes, signes et états morbides mal définis	27%	21%	20%	24%	28%	34%	45%
<i>symptômes généraux mal définis</i>	14%	7%	9%	12%	13%	20%	29%
<i>symptômes nerveux, musculaires, osseux</i>	2%	2%	1%	1%	1%	1%	2%
<i>céphalées, maux de gorge, maux de tête autres</i>	8%	8%	8%	7%	8%	8%	7%
<i>symptômes cardiovasculaires</i>	1%	1%	1%	1%	1%	1%	3%
<i>symptômes respiratoires</i>	3%	2%	2%	2%	3%	4%	4%
<i>symptômes autres</i>	3%	2%	2%	2%	3%	4%	6%
<i>résultats sanguins et urinaires anormaux</i>	2%	0%	0%	1%	3%	4%	5%
<i>états sénile et nerveux mal définis</i>	1%	0%	1%	1%	1%	1%	2%
Lésions traumatiques et empoisonnements	8%	9%	8%	7%	9%	9%	8%

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

N.B. : Les pourcentages correspondent à la population atteinte par une ou plusieurs maladies d'une même classe de la C.I.M. 9° révision.
Les maladies prises en compte sont celles déclarées au cours des trois mois de l'enquête (fichier corrigé du C.R.E.D.E.S.).
La population considérée est celle des 7575 individus ayant répondu au questionnaire final individuel (sous-échantillon "KISH").

Recours au système de soins

Une classification de l'échantillon a été réalisée afin de synthétiser les données relatives au recours au système sanitaire (visites et consultations de généralistes, spécialistes, psychiatres, paramédicaux et chirurgiens dentistes, arrêt de travail et alitements, hospitalisations pendant les six mois précédant l'enquête ou pendant l'enquête, analyses et examens). La population se répartit ainsi selon les sept types de recours suivants :

Séances de spécialistes : ce type de recours concerne 7% de la population. En moyenne, ces sujets ont consulté trois fois un médecin spécialiste et une fois un généraliste. Une séance de soins paramédicale et deux analyses ou examens différents ont également été faits pour ces sujets. Ce groupe représente 7% de la population. 70% des sujets sont de sexe féminin et 43% ont moins de 40 ans.

Prise en charge lourde : ces sujets ont tous connu un arrêt de leur activité (arrêt de travail ou alitement). Le nombre moyen d'hospitalisation est supérieur à l'unité. Pendant les trois mois de l'enquête, cinq séances de médecins ont été recensées (le poids des généralistes et des spécialistes étant comparable), huit séances de soins paramédicaux et près de quatre analyses ou examens différents. La prise en charge sanitaire de ce groupe est la plus lourde, impliquant différents acteurs du système de santé et différentes prescriptions complémentaires. Ce groupe représente près de 2,5% de la population. 58% des sujets sont des femmes et 43% ont 60 ans ou plus.

Arrêt de travail ou alitement : une moyenne de deux séances de généralistes est recensée dans ce groupe. Tous les sujets ont connu un arrêt de travail ou un alitement. Le nombre moyen d'hospitalisation est plus faible que dans le groupe précédent (0,5). La prise en charge sanitaire est plus légère, impliquant en moyenne moins d'une séance paramédicale, moins d'un examen ou analyse médicale et peu de recours à la médecine spécialisée (0,3 séance). Ce groupe représente près de 6% de la population. Hommes et femmes sont équitablement représentés. Il s'agit d'une population jeune, en activité, comprenant 54% de sujets âgés de moins de 40 ans.

Faible recours : le nombre moyen de séance de médecin est très faible (0,8). Ce groupe réunit les sujets n'ayant effectué aucun recours au système de santé et ceux qui ont principalement consulté un généraliste un nombre de fois limité. Ce groupe rassemble la majorité de la population (75%). Hommes et femmes sont équitablement représentés. La surreprésentation des classes d'âges jeunes est moins marquée que dans le groupe précédent (46% ont moins de 40 ans).

Soins paramédicaux : les sujets de ce groupe ont suivi en moyenne 27 séances paramédicales ou dentaires. Les arrêts d'activité sont faibles. Le nombre moyen de séances auprès de médecins est en revanche relativement élevé (3,8). Ce groupe représente 4% de la population. Il comprend 65% de femmes et 50% de personnes âgées.

Consultation de spécialistes de la santé mentale : les sujets ayant consulté un psychiatre, un psychanalyste ou un psychologue sont tous réunis dans ce groupe. Le nombre moyen de séances est de 3,5 pour les trois mois de l'enquête auquel s'ajoutent deux séances auprès de généraliste. Ce groupe représente une part très faible de la population (1,5%). Il comprend 63% de femmes. Les classes d'âges particulièrement représentées dans ce groupe sont les 30-39 ans (22%), 40-49 ans (31%) et 60-69 ans (19%), contre 9% en-dessous de 30 ans et 7% après 70 ans.

Consultation de généraliste et analyses médicales : on recense dans ce groupe une moyenne de 7,5 analyses médicales ou examens différents. Arrêt d'activité, recours à la médecine spécialisée et consommation de soins paramédicaux et dentaires sont faibles. Le recours principal reste la médecine générale, avec 3,5 séances. Ce groupe représente 6% de la population. Il comprend 62% de femmes et 51% de personnes âgées.

**SUJETS PSYCHOTIQUES ET
SUJETS CONSOMMATEURS DE NEUROLEPTIQUES
EN POPULATION GENERALE :
COMPARAISON AVEC UNE POPULATION SCHIZOPHRENE TRAITEE**

(Annexe à La Première Partie du Tome 1)

Annexe II-A

Présentation des populations étudiées

Annexe II-B

Comparaison des sujets avec diagnostic de psychose
dans l'enquête INSEE-CREDES selon la prise ou non de neuroleptique

Annexe II-C

Comparaison des sujets consommateurs de neuroleptiques
dans l'enquête INSEE-CREDES selon la catégorie diagnostique

ANNEXE II-A :

PRESENTATION DES POPULATIONS ETUDIEES

La première population correspond aux sujets ayant déclaré un diagnostic de psychose pendant l'enquête.

Les résultats changent légèrement selon qu'on examine le fichier brut fourni par l'INSEE ou le fichier corrigé fourni par le CREDES. Cela dit, l'estimation correspondante de la prévalence n'en est guère affectée.

La classification utilisée est la Classification Internationale des Maladies (CIM 9^e révision), adaptée aux besoins de l'enquête par l'équipe du CREDES.

Parmi les cas de psychoses déclarés, seuls ceux concernant les sujets âgés de 18 à 64 ans ont été analysés.

La seconde population correspond aux sujets ayant fait l'acquisition d'au moins une boîte de médicament neuroleptique pendant l'enquête.

La sélection de ces individus s'est donc faite à partir du fichier PHARMACI fourni par l'INSEE, mis en relation avec la table de correspondance entre code SEMPEX (utilisés dans l'enquête pour enregistrer les acquisitions) et codes EPHMRA (classes pharmacothérapeutiques). Le filtre correspond aux médicaments de la classe "N05A" (neuroleptiques).

Le schéma des populations étudiées précise les correspondances entre ces deux populations de la population générale, en fonction du critère de diagnostic de psychose et du critère de consommation de neuroleptique.

Cas de psychoses dans l'enquête INSEE-CREDES :

	effectif	nombre de cas de psychose	prévalence
échantillon d'ensemble	21585	69	0.3%
sujets âgés de 18 à 64 ans	13188	40	0.3%

Nature des psychoses déclarées :

code de la maladie	nombre de cas dans le fichier INSEE	nombre de cas dans le fichier corrigé du CREDES	libellé de la maladie (CIM 9 ^e révision)
290099	0	6	démence sénile sans autre indication
290109	1	1	démence présénile
290199	3	3	maladie d'Alzheimer
290999	6	0	démence sénile sans autre indication
295999	1	1	schizophrénie
296199	12	10	dépression psychotique (PMD à forme dépressive)
296599	14	13	psychose maniaco-dépressive (forme actuelle non précisée)
297999	2	1	psychose délirante
298909	8	0	libellé non trouvé
298919	9	8	psychose sans autre indication
298999	12	19	troubles mentaux sans autre indication
299099	1	1	autisme
total	69	63	

Sujets âgés de 18-64 ans avec diagnostic de psychose :

Acquisition ou non de neuroleptique pendant l'enquête

a acquis des neuroleptiques	effectif	%
oui	19	47.5%
non	21	52.5%
ensemble	40	100%

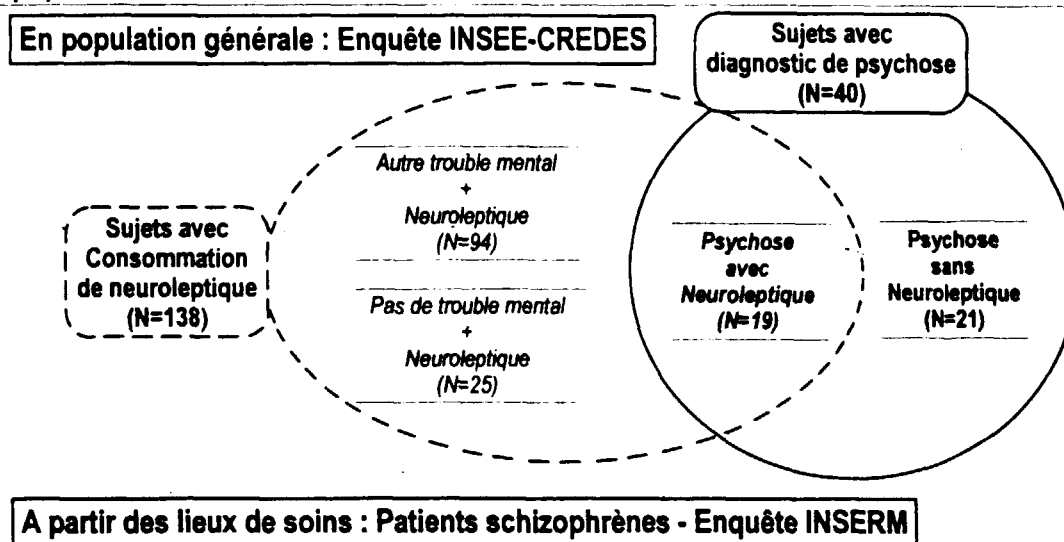
Sujets âgés de 18-64 ans consommateurs de neuroleptique pendant l'enquête :

Répartition par catégorie diagnostique

catégorie diagnostique	effectif	%
psychose	19	14%
dépression	66	48%
névrose, autres troubles mentaux	28	20%
maladies somatiques (*)	25	18%
total	138	100%

(*) y compris symptômes et états morbides mal définis

Schéma des populations étudiées :



ANNEXE II-B :

COMPARAISON DES SUJETS AVEC DIAGNOSTIC DE PSYCHOSE DANS L'ENQUETE INSEE-CREDES SELON LA PRISE OU NON DE NEUROLEPTIQUE

Les individus ayant déclaré une psychose sont distingués selon qu'ils aient déclaré consommer des neuroleptiques ou non.

L'effectif de cette population avec diagnostic de psychose est faible (40 sujets). Pour la plupart des croisements, il ne permet pas d'obtenir des différences significatives au plan statistique.

Les principales différences observées, précisées dans le chapitre "Résultats" de la première partie du rapport sont interprétées au chapitre "Commentaires".

Sujets âgés de 18 à 64 ans avec diagnostic de psychose dans l'enquête INSEE-CREDES Comparaison des sujets selon la prise ou non de neuroleptique

	Consommation de neuroleptiques				Ensemble (N=40)		test du chi-2	
	non (N=21)		oui (N=19)		effectif	%	chi-2.	p
	effectif	%	effectif	%				
Sexe							0,00	n.s.
<i>masculin</i>	11	52%	10	53%	21	53%		
<i>féminin</i>	10	48%	9	47%	19	48%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Classe d'âge							3,6	n.s.
<i>18-39 ans</i>	8	38%	4	21%	12	30%		
<i>40-49 ans</i>	5	24%	10	53%	15	38%		
<i>50-64 ans</i>	8	38%	5	26%	13	33%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Etat matrimonial légal								test non valide
<i>célibataire</i>	8	38%	3	16%	11	28%		
<i> marié(e)</i>	8	38%	14	74%	22	55%		
<i>veuf(ve) ou divorcé(e)</i>	5	24%	2	11%	7	18%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Vie en couple							8,84	p<0,003
<i>oui</i>	8	38%	16	84%	24	60%		
<i>non</i>	13	62%	3	16%	16	40%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Occupation actuelle								test non valide
<i>en activité</i>	8	38%	8	42%	16	40%		
<i>retraité</i>	2	10%	2	11%	4	10%		
<i>femme au foyer</i>	3	14%	3	16%	6	15%		
<i>autre inactif (invalides, étudiants)</i>	8	38%	6	32%	14	35%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Catégorie socio-professionnelle								test non valide
<i>sans objet (n'a jamais travaillé)</i>	4	19%	2	11%	6	15%		
<i>agriculteurs, artisans, commerçants</i>	0	0%	5	26%	5	13%		
<i>prof. intellectuelles sup., intermédiaires</i>	6	29%	3	16%	9	23%		
<i>employés, ouvriers</i>	11	52%	9	47%	20	50%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Niveau de diplôme individuel								test non valide
<i>sans diplôme</i>	6	29%	4	21%	10	25%		
<i>CEP, BEPC, CAP, BEP</i>	8	38%	13	68%	21	53%		
<i>Bac ou plus</i>	7	33%	2	11%	9	23%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Incapacité permanente							0,11	n.s.
<i>oui</i>	7	39%	8	44%	15	42%		
<i>non</i>	11	61%	10	56%	21	58%		
<i>total des réponses</i>	18	100%	18	100%	36	100%		
Hospitalisation dans les six derniers mois								test non valide
<i>oui</i>	2	10%	5	26%	7	18%		
<i>non</i>	19	90%	14	74%	33	83%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Hospitalisation pendant l'enquête								test non valide
<i>oui</i>	0	0%	3	16%	3	8%		
<i>non</i>	21	100%	16	84%	37	93%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Consultation d'un médecin pendant l'enquête								test non valide
<i>oui</i>	13	62%	19	100%	32	80%		
<i>non</i>	8	38%	0	0%	8	20%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Consultation d'un spécialiste pendant l'enquête							8,39	p<0,004
<i>oui</i>	7	33%	15	79%	22	55%		
<i>non</i>	14	67%	4	21%	18	45%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Consommation d'hypnotiques et sédatif								test non valide
<i>oui</i>	0	0%	9	47%	9	23%		
<i>non</i>	21	100%	10	53%	31	78%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Consommation de tranquillisants							4,82	p<0,029
<i>oui</i>	6	29%	12	63%	18	45%		
<i>non</i>	15	71%	7	37%	22	55%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		
Consommation d'antidépresseurs							8,12	p<0,005
<i>oui</i>	6	29%	14	74%	20	50%		
<i>non</i>	15	71%	5	26%	20	50%		
<i>total des réponses</i>	21	100%	19	100%	40	100%		

Source : INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

ANNEXE II-C :

COMPARAISON DES SUJETS CONSOMMATEURS DE NEUROLEPTIQUES DANS L'ENQUETE INSEE-CREDES SELON LA CATEGORIE DIAGNOSTIQUE

Les consommateurs de neuroleptiques décrits dans l'enquête INSEE-CREDES sont distingués selon leur catégorie diagnostique : "psychose", "dépression", "névrose et autres troubles mentaux" et "maladie somatique (y compris les symptômes et états morbides mal définis)".

Ces quatre groupes sont décrits en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et des données sanitaires. L'effectif de cette population consommant des neuroleptiques (138 sujets) ne permet pas d'obtenir des différences significatives au plan statistique pour la plupart des croisements. Les principales différences observées, précisées dans le chapitre "Résultats" de la première partie du rapport sont interprétées au chapitre "Commentaires".

Sujets âgés de 18 à 64 ans consommateurs de neuroleptiques dans l'enquête INSEE-CREDES Comparaison des sujets selon la catégorie diagnostique

	Catégorie diagnostique								Ensemble		Chi-2 résultat du test	
	psychose (N=19)		dépression (N=66)		névroses, autre (N=28)		maladies somatiques (N=25)		(N=40)			
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%		
Sexe											n.s.	
	<i>masculin</i>	10	53%	24	36%	10	36%	11	44%	55	40%	
	<i>féminin</i>	9	47%	42	64%	18	64%	14	56%	83	60%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Classe d'âge											n.s.	
	<i>18-39 ans</i>	4	21%	14	21%	9	32%	8	32%	35	25%	
	<i>40-49 ans</i>	10	53%	18	27%	5	18%	5	20%	38	28%	
	<i>50-64 ans</i>	5	26%	34	52%	14	50%	12	48%	65	47%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Age moyen	<i>age moyen</i>	46,0	+/-8.8	49,0	+/-10.2	46,6	+/-14.4	45,8	+/-13.0			t.n.v.
Etat matrimonial légal											t.n.v.	
	<i>célibataire</i>	3	16%	14	21%	10	36%	10	40%	37	27%	
	<i>marié(e)</i>	14	74%	43	65%	16	57%	12	48%	85	62%	
	<i>veuf(ve) ou divorcé(e)</i>	2	11%	9	14%	2	7%	3	12%	16	12%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Nombre d'enfants de moins de 16 ans dans le ménage												
	<i>aucun</i>	9	47%	47	71%	23	82%	17	68%	96	70%	
	<i>1 enfant</i>	8	42%	10	15%	1	4%	4	16%	23	17%	
	<i>2 ou plus</i>	2	11%	9	14%	4	14%	4	16%	19	14%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Vie en couple											n.s.	
	<i>oui</i>	16	84%	44	67%	19	68%	14	56%	93	67%	
	<i>non</i>	3	16%	22	33%	9	32%	11	44%	45	33%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Occupation actuelle											t.n.v.	
	<i>en activité</i>	8	42%	21	32%	8	29%	13	52%	50	36%	
	<i>chômage</i>	0	0%	6	9%	3	11%	0	0%	9	7%	
	<i>retraité</i>	2	11%	13	20%	5	18%	4	16%	24	17%	
	<i>femme au foyer</i>	3	16%	12	18%	3	11%	3	12%	21	15%	
	<i>autre inactif (invalides, étudiants)</i>	6	32%	14	21%	9	32%	5	20%	34	25%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Catégorie socio-professionnelle											t.n.v.	
	<i>sans objet (n'a jamais travaillé)</i>	2	11%	5	8%	6	21%	3	12%	16	12%	
	<i>agriculteurs, artisans, commerçants</i>	5	26%	5	8%	5	18%	3	12%	18	13%	
	<i>prof. intellectuelles sup., intermédiaires</i>	3	16%	9	14%	0	0%	8	32%	20	14%	
	<i>employés, ouvriers</i>	9	47%	47	71%	17	61%	11	44%	84	61%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Niveau de diplôme individuel											t.n.v.	
	<i>sans diplôme</i>	4	21%	23	35%	14	50%	7	28%	48	35%	
	<i>CEP, BEPC, CAP, BEP</i>	13	68%	35	53%	13	46%	12	48%	73	53%	
	<i>Bac ou plus</i>	2	11%	8	12%	1	4%	6	24%	17	12%	
	<i>total des réponses</i>	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	

Source : INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992
t.n.v.: test non valide - n.s.: différences non significatives au seuil de 5%

Sujets âgés de 18 à 64 ans consommateurs de neuroleptiques dans l'enquête INSEE-CREDES Comparaison des sujets selon la catégorie diagnostique

	Categorie diagnostique								Ensemble		
	psychose (N=19)		dépression (N=66)		névroses, autre (N=28)		maladies somatiques (N=25)		(N=40)		
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	
Incapacité permanente											n.s.
oui	8	44%	19	29%	12	43%	3	13%	42	31%	
non	10	56%	46	71%	16	57%	21	88%	93	69%	
total des réponses	18	100%	65	100%	28	100%	24	100%	135	100%	
Hospitalisation dans les six derniers mois											n.s.
oui	5	26%	7	11%	4	14%	0	0%	16	12%	
non	14	74%	59	89%	24	86%	25	100%	122	88%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Alitement ou hospitalisation pendant l'enquête											n.s.
oui	4	24%	6	9%	5	18%	3	13%	18	13%	
non	13	76%	59	91%	23	82%	21	88%	116	87%	
total des réponses	17	100%	65	100%	28	100%	24	100%	134	100%	
Consultation d'un médecin pendant l'enquête											t.n.v.
oui	19	100%	62	94%	27	96%	25	100%	133	96%	
non	0	0%	4	6%	1	4%	0	0%	5	4%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consultation d'un spécialiste pendant l'enquête											p<0.030
oui	15	79%	38	58%	13	46%	9	36%	75	54%	
non	4	21%	28	42%	15	54%	16	64%	63	46%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consommation d'hypnotiques et sédatif											p<0.006
oui	9	47%	24	36%	7	25%	1	4%	41	30%	
non	10	53%	42	64%	21	75%	24	96%	97	70%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consommation de tranquillisants											p<0.000
oui	12	63%	48	73%	10	36%	3	12%	73	53%	
non	7	37%	18	27%	18	64%	22	88%	65	47%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consommation d'antidépresseurs											p<0.000
oui	14	74%	42	64%	0	0%	1	4%	57	41%	
non	5	26%	24	36%	28	100%	24	96%	81	59%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consommation d'autres psychostimulants											t.n.v.
oui	2	11%	5	8%	1	4%	0	0%	8	6%	
non	17	89%	61	92%	27	96%	25	100%	130	94%	
total des réponses	19	100%	66	100%	28	100%	25	100%	138	100%	
Consommation d'autres psychostimulants											
neuroleptiques	4,0	+/-3,5	3,7	+/-3,8	4,2	+/-4,1	2,7	+/-2,7			
autres psychotropes dont	9,6	+/-10,6	8,5	+/-8,7	2,0	+/-3,3	0,9	+/-2,7			
...hypnotiques et sédatifs	2,2	+/-4,1	1,8	+/-3,9	0,7	+/-1,7	0,5	+/-2,6			
tranquillisants	3,5	+/-4,7	4,2	+/-5,2	1,3	+/-2,5	0,3	+/-0,9			
antidépresseurs	3,4	+/-4,7	2,4	+/-2,6	0,0	+/-0,0	0,1	+/-0,4			
...autres psychostimulants	0,5	+/-1,5	0,2	+/-0,7	0,0	+/-0,2	0,0	+/-0,0			

Source : INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

t.n.v.: test non valide - n.s. différences non significatives au seuil de 5%

**CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES :
RESULTATS PAR PRODUITS**

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

Annexe III-A

Consommations moyennes par produit

Annexe III-B

Consommations moyennes par produit selon le sexe, l'âge
et les données familiales et sociales

Annexe III-C

Consommation de boissons psychotropes,
évolution de la consommation de tabac
selon le sexe et l'âge

ANNEXE III-A :

CONSOMMATIONS MOYENNES PAR PRODUIT

Ce tableau fournit les consommations moyennes (sur la base des effectifs redressés) des différents produits psychotropes au sein des strates sociodémographiques. Les données indicées permettent de comparer les niveaux de consommations d'un groupe à l'autre, les consommations moyennes de référence (indice 100) étant celles observées pour l'ensemble de l'échantillon.

Consommation moyenne de psychotropes par produit et caractéristiques socio-démographiques

	Alcool			bière et alcools forts			Tabac			Médicaments				Café			données indicées		
	Ensemble	vin	cidre	alcools forts	Tabac	neuroleptiques	hypnotiques	tranquillisants	anti-dépresseurs	Café		Alcool	Médicaments	Café et thé	Alcool	Tabac	Médicaments		
		0,9	0,3	0,1						et thé	100							100	100
Sexe	1,4	0,9	0,3	0,1	4,4	0,67	0,04	0,18	0,28	0,72	2,4	168	138	71	99	101	100		
hommes	2,3	1,5	0,6	0,2	6,1	0,47	0,03	0,13	0,19	0,08	2,4	38	66	126	101	100	100		
femmes	0,5	0,4	0,1	0,1	2,9	0,85	0,06	0,23	0,36	0,16	2,5	68	142	24	99	78	100		
Age	1,6	1,0	0,4	0,2	5,4	0,48	0,04	0,11	0,20	0,11	2,9	116	123	72	119	100	100		
18-34 ans	1,8	1,3	0,3	0,1	3,2	1,08	0,07	0,27	0,48	0,21	2,4	128	72	161	97	100	100		
35-49 ans	1,4	1,2	0,2	0,1	0,9	1,40	0,07	0,44	0,60	0,18	1,9	103	21	209	78	100	100		
50-64 ans	1,5	1,0	0,3	0,1	4,0	0,64	0,04	0,16	0,28	0,13	2,5	109	91	96	102	100	100		
65 ans et plus	1,4	0,7	0,4	0,2	8,7	0,37	0,03	0,12	0,15	0,04	2,8	99	196	55	116	100	100		
Situation matrimoniale	1,1	0,5	0,4	0,1	4,7	0,37	0,04	0,09	0,14	0,09	2,2	79	107	55	89	100	100		
mariés en couple	1,5	0,9	0,3	0,2	6,9	0,88	0,07	0,19	0,38	0,17	2,7	106	157	131	111	100	100		
autres en couple	1,0	0,8	0,1	0,1	1,1	1,68	0,08	0,59	0,70	0,19	2,0	72	25	251	84	100	100		
célibataires non en couple	1,3	0,9	0,3	0,1	3,6	1,19	0,07	0,34	0,52	0,18	2,3	96	82	178	93	100	100		
divorcés, mariés non en couple	1,5	1,1	0,3	0,1	3,3	0,92	0,05	0,24	0,41	0,16	2,2	109	75	138	91	100	100		
veufs (non en couple)	0,7	0,4	0,1	0,1	7,1	0,70	0,05	0,15	0,25	0,22	2,8	50	160	105	115	100	100		
Composition du ménage	1,4	0,8	0,4	0,2	6,0	0,31	0,02	0,08	0,11	0,08	2,8	101	135	47	117	100	100		
personne seule	1,5	1,1	0,2	0,1	2,8	0,82	0,07	0,22	0,40	0,08	2,4	107	62	122	98	100	100		
couple seul	2,2	1,3	0,7	0,2	6,7	0,94	0,18	0,28	0,24	0,16	2,8	163	152	140	113	100	100		
monoparental (enfants mineurs)	0,9	0,4	0,4	0,1	4,1	0,25	0,02	0,07	0,07	0,07	1,9	66	92	37	78	100	100		
biparental (enfants mineurs)	1,8	1,1	0,4	0,2	3,8	0,67	0,05	0,20	0,27	0,10	2,5	128	85	100	101	100	100		
nucéaire (enfants adultes)	1,4	0,9	0,4	0,2	4,7	0,72	0,04	0,20	0,33	0,12	2,5	101	107	108	102	100	100		
ménage élargi	1,3	0,8	0,3	0,2	4,4	0,74	0,05	0,22	0,32	0,13	2,4	94	99	111	100	100	100		
non rélérents du ménage	1,2	0,8	0,3	0,1	4,7	0,63	0,04	0,16	0,26	0,13	2,4	85	107	94	98	100	100		
Tranche d'unité urbaine	1,1	0,8	0,2	0,1	4,9	0,61	0,03	0,15	0,24	0,17	2,5	83	110	91	103	100	100		
commune rurale	1,4	0,7	0,5	0,2	4,2	0,69	0,05	0,24	0,26	0,12	2,4	100	96	104	100	100	100		
moins de 20 000 h	1,7	0,7	0,7	0,2	4,4	0,80	0,05	0,19	0,32	0,14	2,6	121	99	120	106	100	100		
moins de 100 000 h	1,6	0,9	0,4	0,2	5,1	0,59	0,03	0,13	0,32	0,06	2,9	114	115	87	119	100	100		
plus de 100 000 h	1,5	1,0	0,4	0,1	4,1	0,79	0,02	0,26	0,34	0,10	2,7	111	92	118	109	100	100		
région	1,6	1,3	0,1	0,1	4,3	0,71	0,06	0,19	0,30	0,12	2,1	113	97	106	85	100	100		
Ile de France	1,1	0,8	0,2	0,1	3,9	0,56	0,06	0,13	0,24	0,11	2,3	78	88	83	93	100	100		
Bassin parisien	1,4	1,1	0,2	0,1	4,5	0,65	0,03	0,14	0,27	0,14	2,1	101	102	98	85	100	100		
Nord	1,1	0,8	0,2	0,1	4,9	0,61	0,03	0,15	0,24	0,17	2,5	83	110	91	103	100	100		
Est	1,4	0,7	0,5	0,2	4,2	0,69	0,05	0,24	0,26	0,12	2,4	100	96	104	100	100	100		
Ouest	1,7	0,7	0,7	0,2	4,4	0,80	0,05	0,19	0,32	0,14	2,6	121	99	120	106	100	100		
Sud Ouest	1,6	0,9	0,4	0,2	5,1	0,59	0,03	0,13	0,32	0,06	2,9	114	115	87	119	100	100		
Centre est	1,5	1,0	0,4	0,1	4,1	0,79	0,02	0,26	0,34	0,10	2,7	111	92	118	109	100	100		
Sud Est	1,6	1,3	0,1	0,1	4,3	0,71	0,06	0,19	0,30	0,12	2,1	113	97	106	85	100	100		
Sud Est	1,1	0,8	0,2	0,1	3,9	0,56	0,06	0,13	0,24	0,11	2,3	78	88	83	93	100	100		
Sud Est	1,4	1,1	0,2	0,1	4,5	0,65	0,03	0,14	0,27	0,14	2,1	101	102	98	85	100	100		

Source : INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

N.B.: Les résultats sont donnés à partir des effectifs redressés.

Alcool, café et thé en nombre de verres par jour

Tabac en nombre de cigarettes par jour

Médicaments en nombre de boîtes acquises pendant les trois mois de l'enquête

Consommation moyenne de psychotropes par produit et caractéristiques socio-démographiques

	Alcool			Tabac			Médicaments			Café			données indicées		
	vin	bière et cidre	alcools forts	Tabac	neuroleptiques	tranquillisants	anti-dépresseurs	Café et thé	Alcool	Tabac	Médicaments	données indicées			
												100	100	100	100
Ensemble	1,4	0,9	0,3	0,1	4,4	0,67	0,04	0,18	0,28	0,12	2,4	100	100	100	
Niveau scolaire															
primaire	1,6	1,2	0,3	0,1	3,0	1,15	0,08	0,31	0,51	0,18	2,3	120	69	172	
secondaire	1,3	0,8	0,3	0,1	5,0	0,46	0,03	0,13	0,18	0,09	2,4	91	114	69	
technique	1,5	0,9	0,5	0,2	6,6	0,52	0,03	0,16	0,20	0,12	2,6	111	149	78	
supérieur	0,9	0,6	0,2	0,1	3,6	0,27	0,01	0,07	0,10	0,07	2,6	64	82	41	
Niveau de diplôme individuel															
Sans diplôme	1,6	1,1	0,4	0,2	4,5	0,98	0,05	0,28	0,42	0,14	2,5	119	102	146	
CEP DFEQ	1,6	1,1	0,3	0,1	3,0	1,09	0,08	0,30	0,47	0,18	2,2	115	68	163	
CAP BEP CFA	1,6	1,0	0,5	0,2	6,5	0,52	0,04	0,14	0,23	0,10	2,7	120	147	77	
BEPC	1,0	0,7	0,2	0,1	5,2	0,37	0,03	0,10	0,13	0,11	2,3	74	117	56	
Bac	1,0	0,7	0,2	0,1	3,4	0,40	0,02	0,11	0,14	0,08	2,3	74	77	59	
Supérieur	1,0	0,6	0,2	0,1	3,9	0,32	0,02	0,07	0,13	0,08	2,7	70	88	48	
Situation d'activité															
actifs ayant un emploi	1,5	0,9	0,4	0,2	5,7	0,29	0,02	0,08	0,11	0,07	2,7	112	130	43	
chômeurs	1,4	0,8	0,5	0,1	6,7	0,56	0,03	0,12	0,27	0,13	2,6	101	197	83	
inactifs ayant travaillé	1,3	1,0	0,2	0,1	1,9	1,08	0,06	0,32	0,46	0,15	1,9	92	43	161	
jamais travaillé	0,8	0,5	0,2	0,1	3,4	1,46	0,13	0,35	0,63	0,34	2,4	59	78	218	
C.S.P.															
sans objet	0,4	0,2	0,1	0,0	2,5	0,37	0,02	0,10	0,12	0,08	1,9	28	57	56	
agriculteurs	2,1	1,4	0,6	0,1	1,6	1,13	0,12	0,31	0,43	0,18	2,2	150	36	169	
artisans, commerçants, ...	1,8	1,3	0,3	0,3	4,8	0,53	0,02	0,15	0,29	0,05	2,5	134	110	79	
prof. intellectuelles supérieures	1,4	1,1	0,2	0,1	4,1	0,47	0,01	0,14	0,17	0,12	2,6	104	92	70	
professions intermédiaires	1,3	0,9	0,3	0,1	4,5	0,58	0,04	0,15	0,21	0,14	2,6	95	101	87	
employés	0,8	0,5	0,2	0,1	4,2	0,80	0,04	0,23	0,34	0,16	2,4	60	94	119	
ouvriers	2,0	1,3	0,6	0,2	6,1	0,71	0,06	0,18	0,33	0,09	2,5	148	138	106	
Revenu du ménage															
revenu inconnu	1,3	0,8	0,3	0,1	4,2	0,70	0,08	0,24	0,25	0,09	2,4	93	95	104	
moins de 2.700 F	1,5	0,9	0,5	0,1	5,2	0,70	0,07	0,16	0,29	0,16	2,6	111	117	105	
2.700 à 3.700 F	1,4	0,9	0,4	0,2	4,2	0,84	0,04	0,23	0,36	0,13	2,4	103	95	126	
3.700 à 6.200 F	1,4	0,9	0,3	0,1	4,4	0,65	0,04	0,19	0,30	0,10	2,4	101	99	97	
6.200 à 13.000 F	1,3	0,9	0,3	0,2	4,5	0,54	0,03	0,14	0,22	0,12	2,4	94	102	81	
13.000 à 40.000 F	1,2	0,9	0,2	0,1	3,4	0,56	0,03	0,12	0,19	0,15	2,5	89	77	84	
Nationalité															
étrangers	1,3	0,9	0,4	0,1	4,5	0,48	0,03	0,11	0,22	0,11	2,4	97	101	72	
français	1,4	0,9	0,3	0,1	4,4	0,68	0,04	0,19	0,28	0,12	2,4	100	100	102	

Source : INSEE-CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

N.B. : Les résultats sont donnés à partir des effectifs redressés

Alcool, café et thé en nombre de verres par jour

Tabac en nombre de cigarettes par jour

Médicaments en nombre de boîtes acquises pendant les trois mois de l'enquête

ANNEXE III-B :

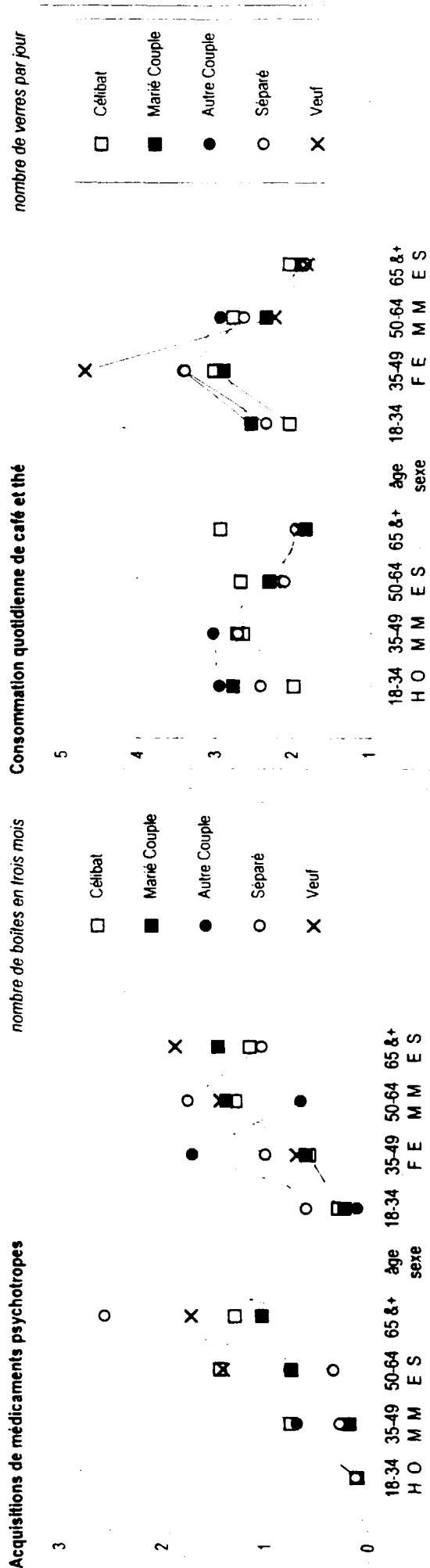
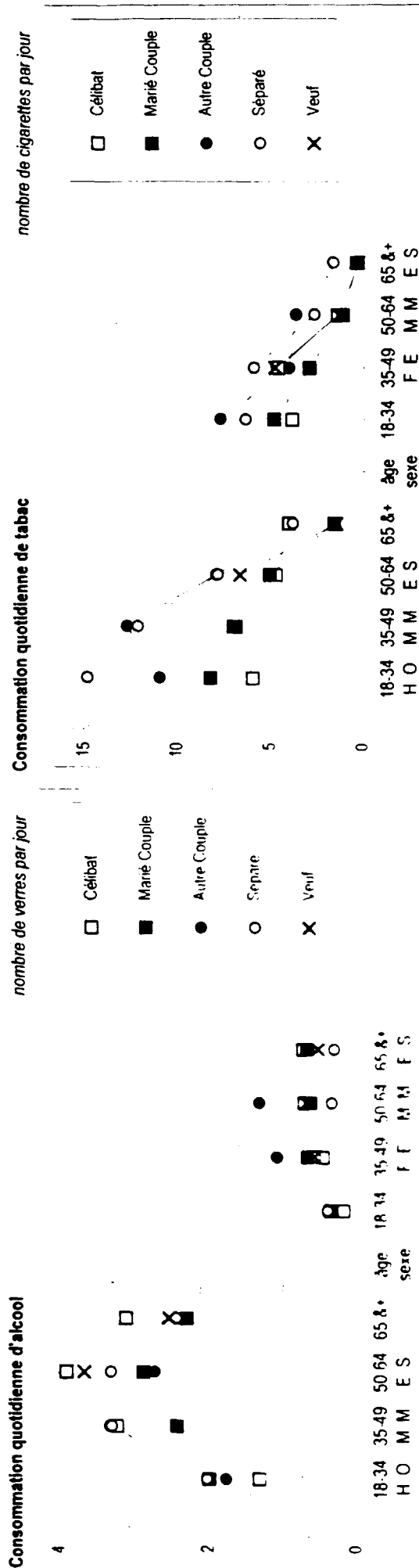
CONSOMMATION MOYENNE PAR PRODUITS SELON LE SEXE ET L'AGE

Les consommations moyennes selon les strates définies à partir des données familiales et sociales sont distinguées par sexe et âge. Les résultats sont calculés sur la base des effectifs redressés.

Liste des caractéristiques familiales et sociales présentées :

- *situation matrimoniale*
- *composition du ménage*
- *région*
- *tranche d'unité urbaine*
- *niveau de diplôme*
- *niveau scolaire*
- *occupation actuelle*
- *catégorie socio-professionnelle*
- *revenu du ménage par unité de consommation*
- *nationalité*

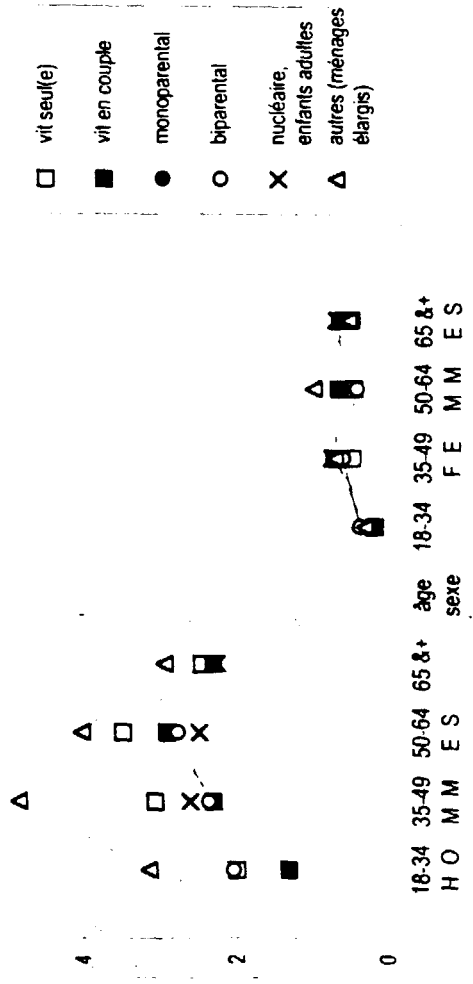
Consommation de produits psychotropes selon la situation matrimoniale - Résultats par sexe et âge



Consommation de produits psychotropes selon la composition du ménage - Résultats par sexe et âge

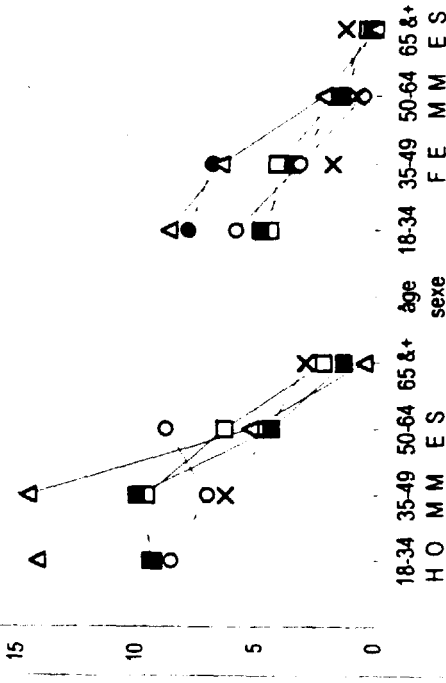
Consommation quotidienne d'alcool

nombre de verres par jour



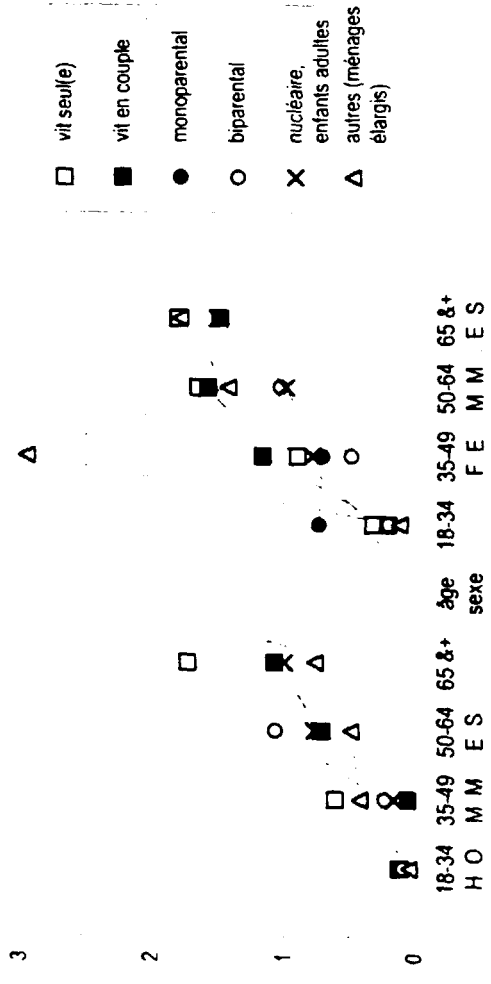
Consommation quotidienne de tabac

nombre de cigarettes par jour



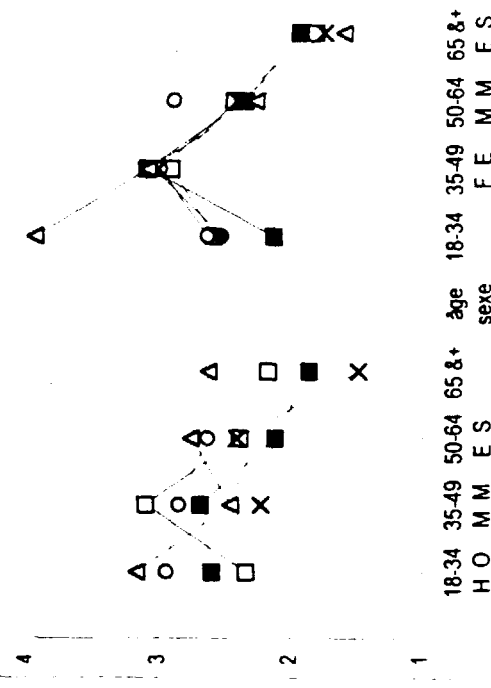
Acquisitions de médicaments psychotropes

nombre de boîtes en trois mois



Consommation quotidienne de café et thé

nombre de verres par jour

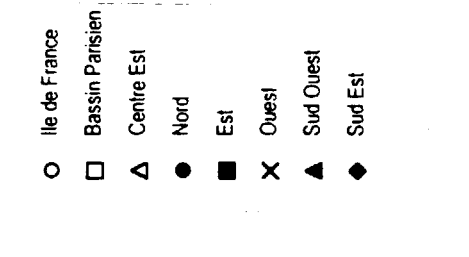


Consommation de produits psychotropes selon la région - Résultats par sexe et âge

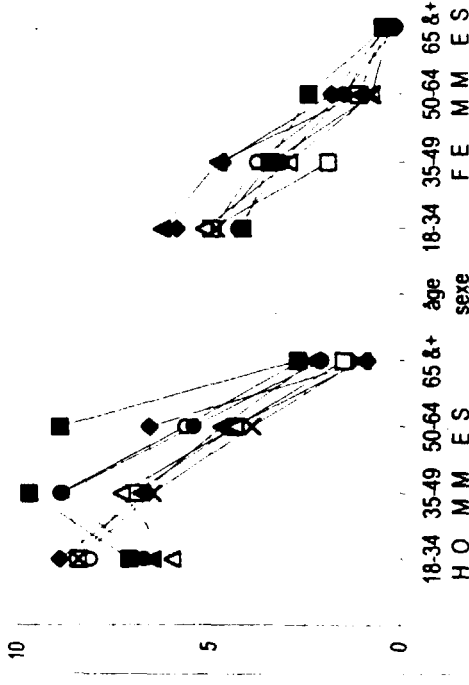
Consommation quotidienne d'alcool



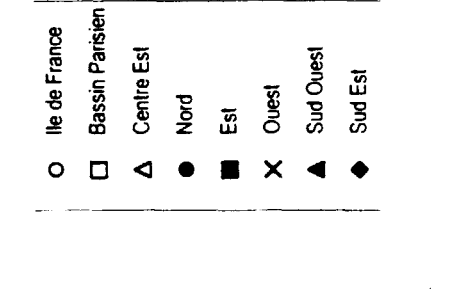
nombre de verres par jour



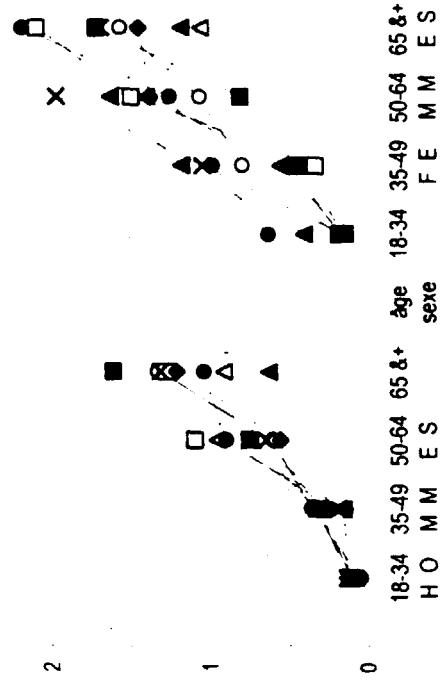
Consommation quotidienne de tabac



nombre de cigarettes par jour



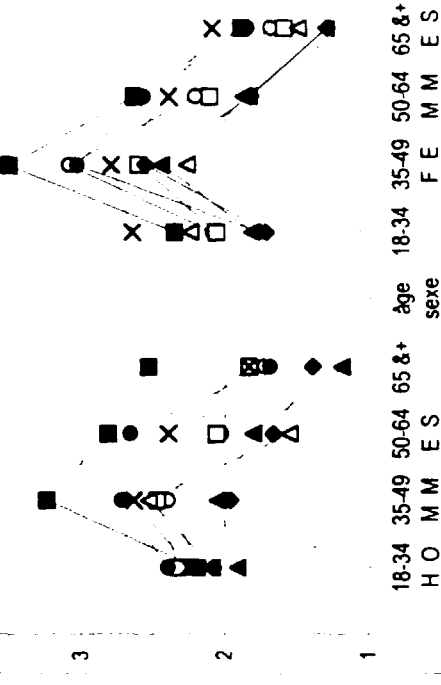
Acquisitions de médicaments psychotropes



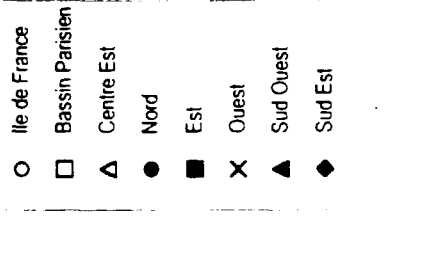
nombre de boîtes en trois mois



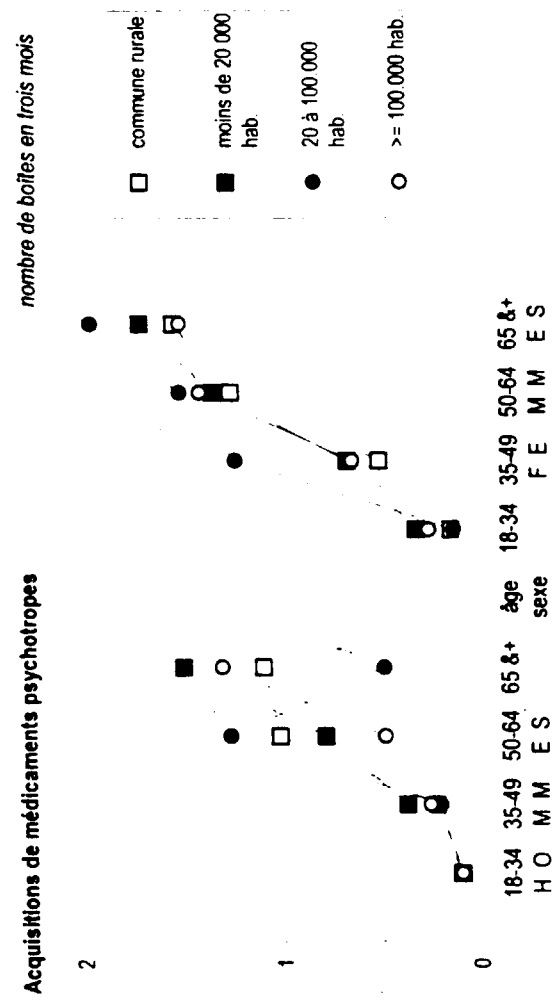
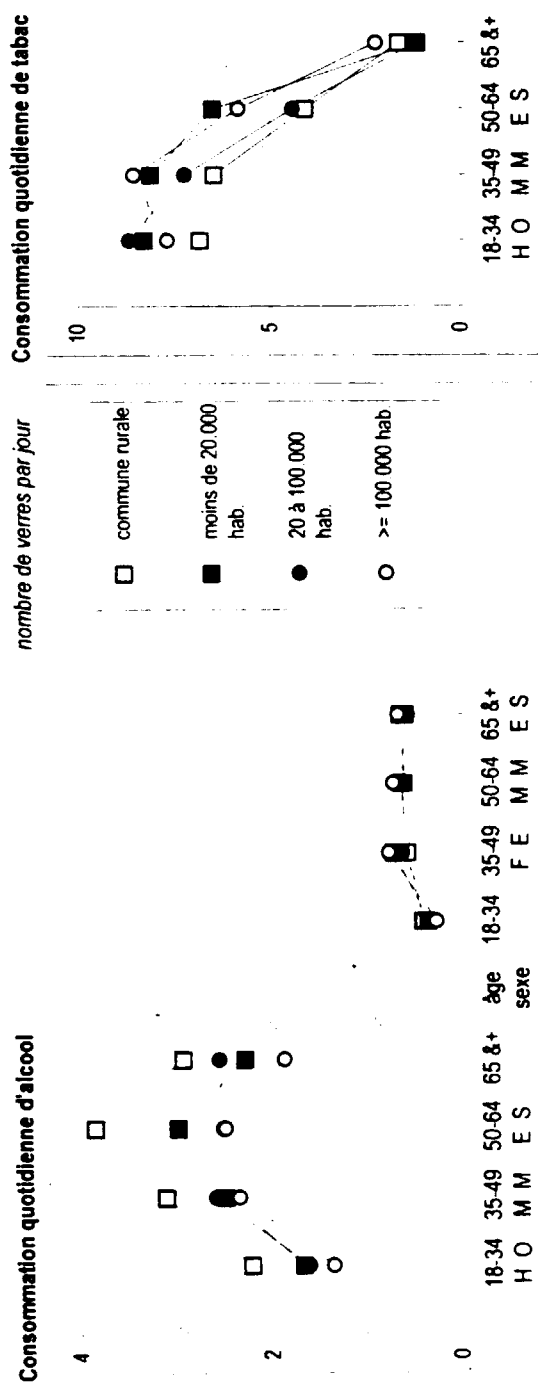
Consommation quotidienne de café et thé



nombre de verres par jour

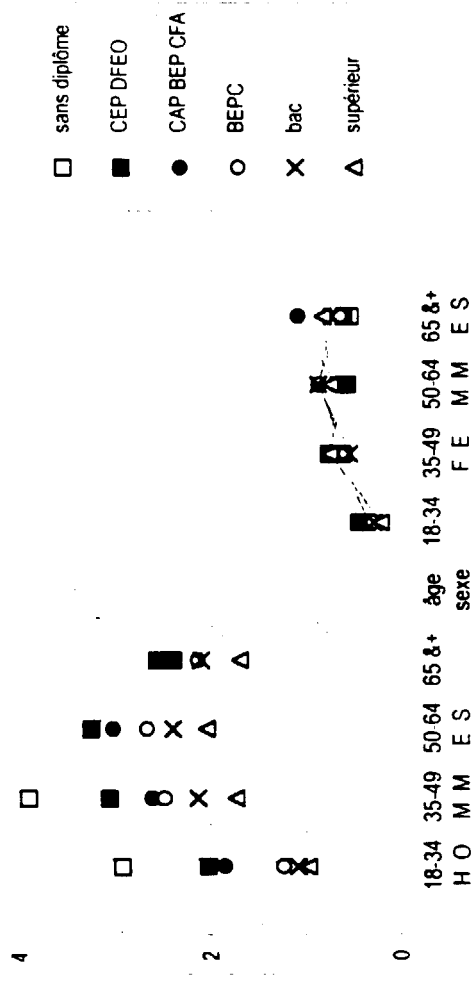


Consommation de produits psychotropes selon la tranche d'unité urbaine - Résultats par sexe et âge

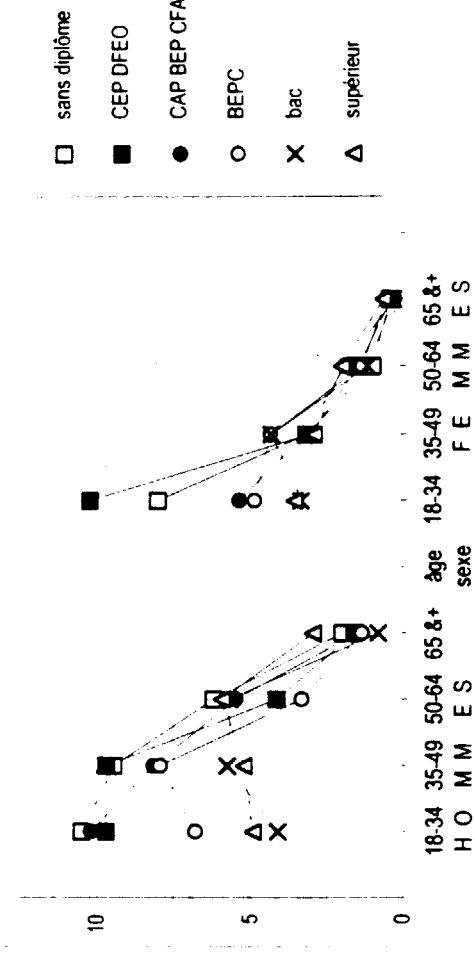


Consommation de produits psychotropes selon le niveau de diplôme - Résultats par sexe et âge

Consommation quotidienne d'alcool



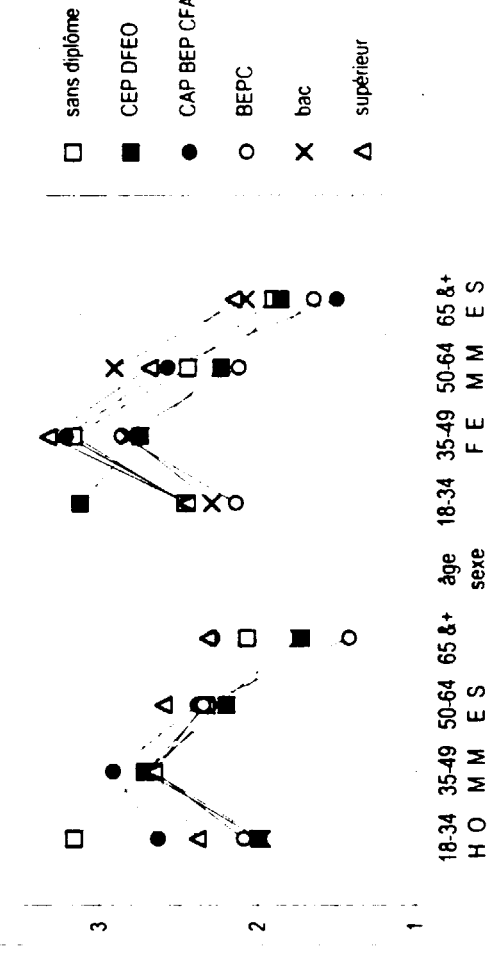
Consommation quotidienne de tabac



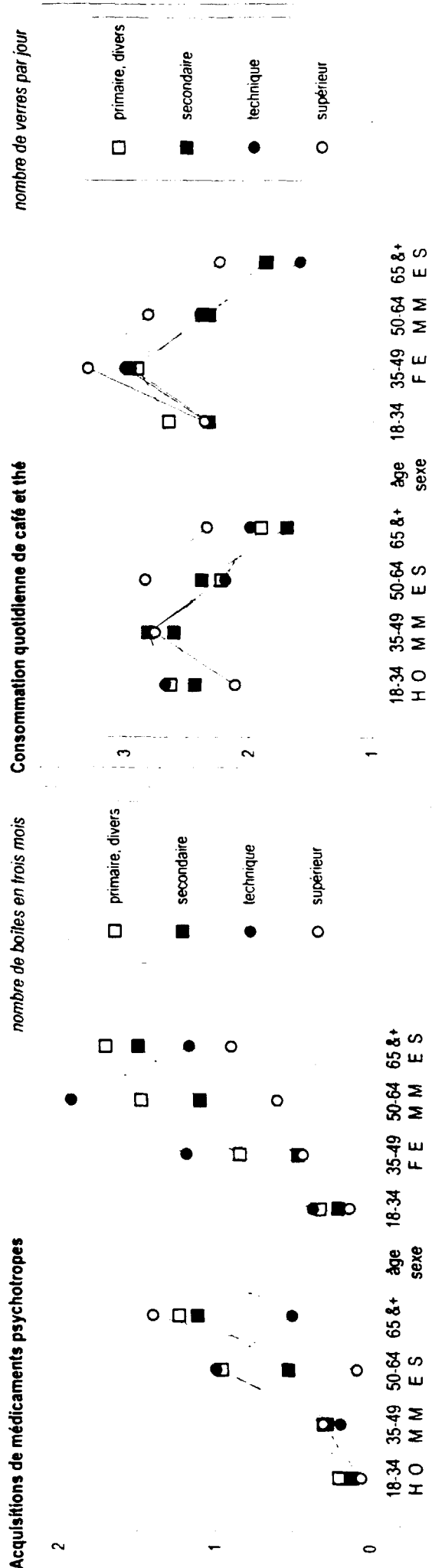
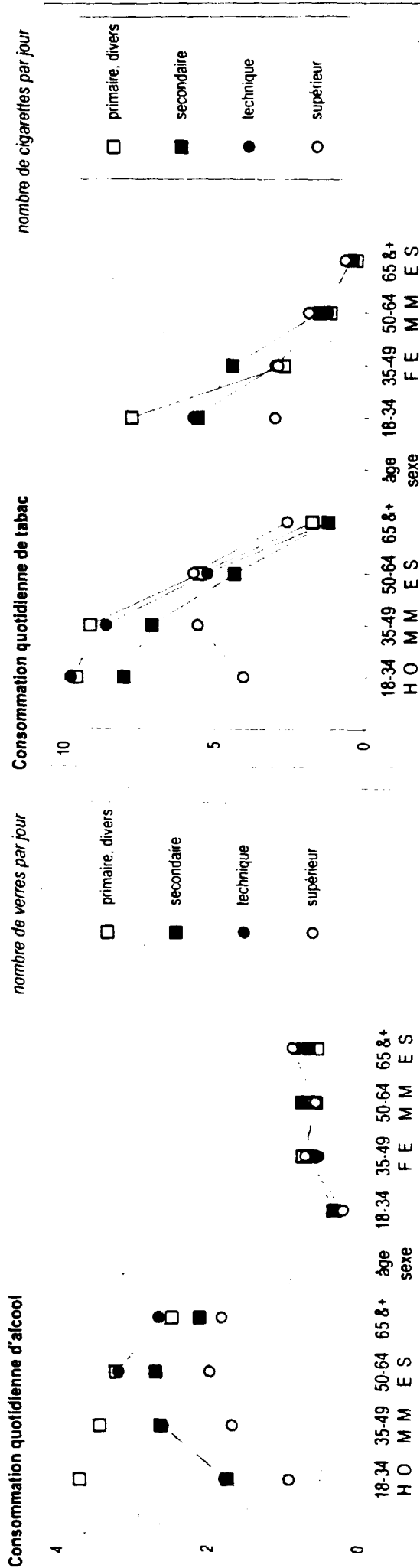
Acquisitions de médicaments psychotropes



Consommation quotidienne de café et thé

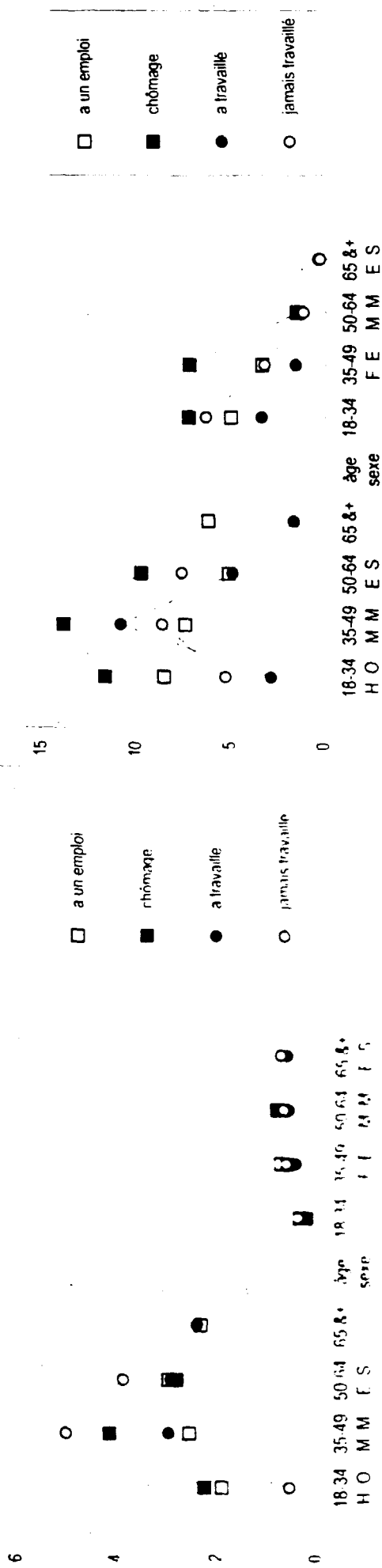


Consommation de produits psychotropes selon le niveau scolaire - Résultats par sexe et âge



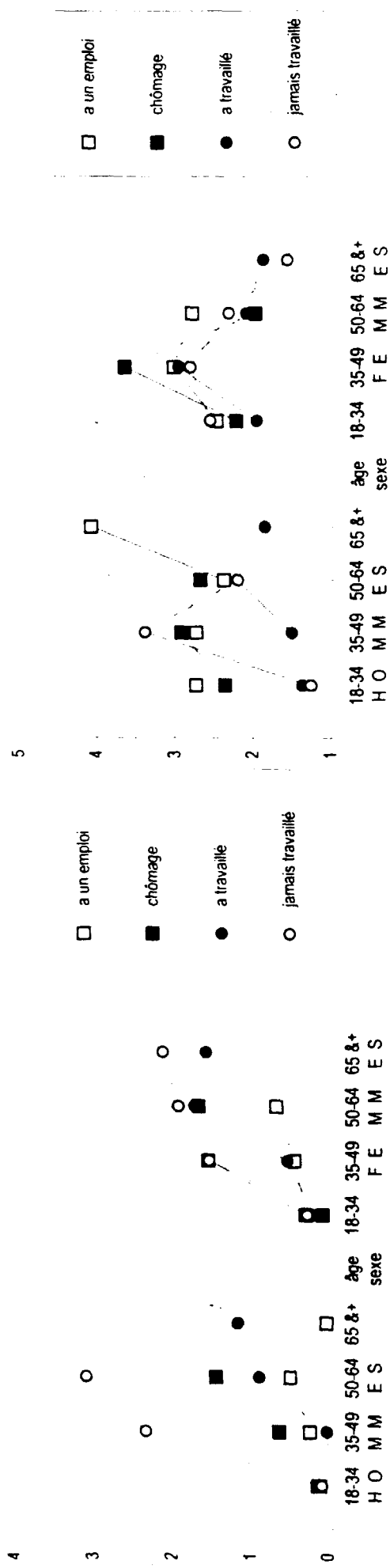
Consommation de produits psychotropes selon l'occupation actuelle - Résultats par sexe et âge

Consommation quotidienne d'alcool



Acquisitions de médicaments psychotropes

nombre de boîtes en trois mois

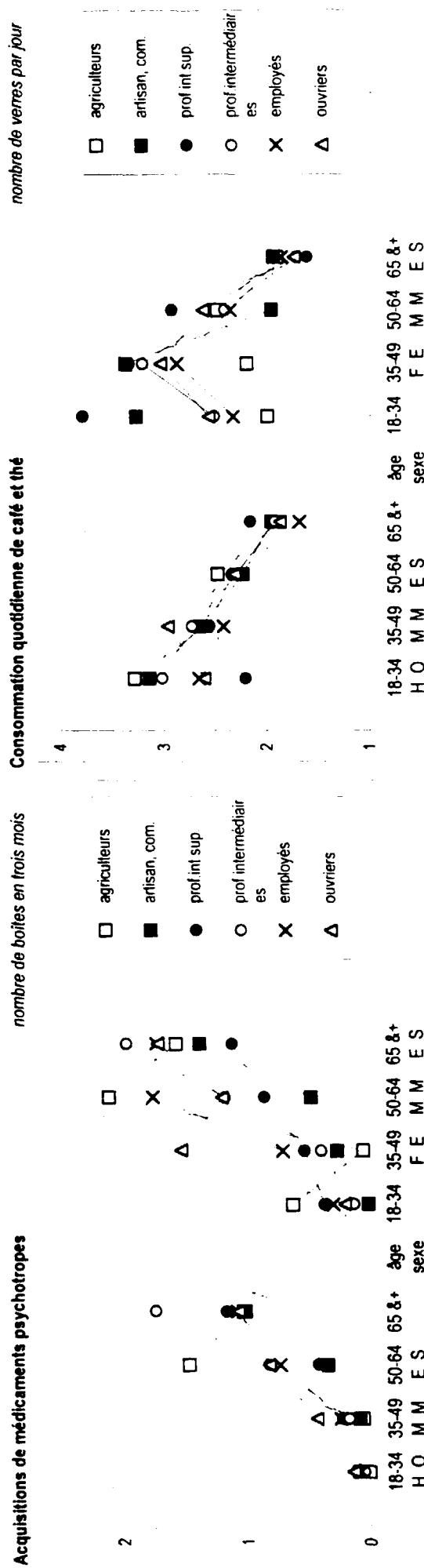
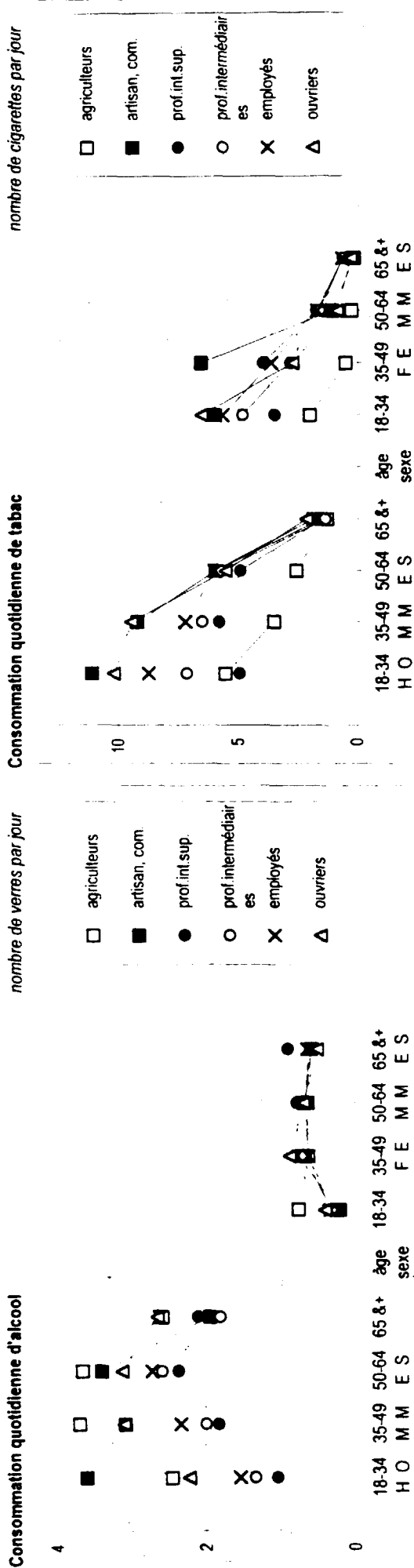


Consommation quotidienne de café et thé

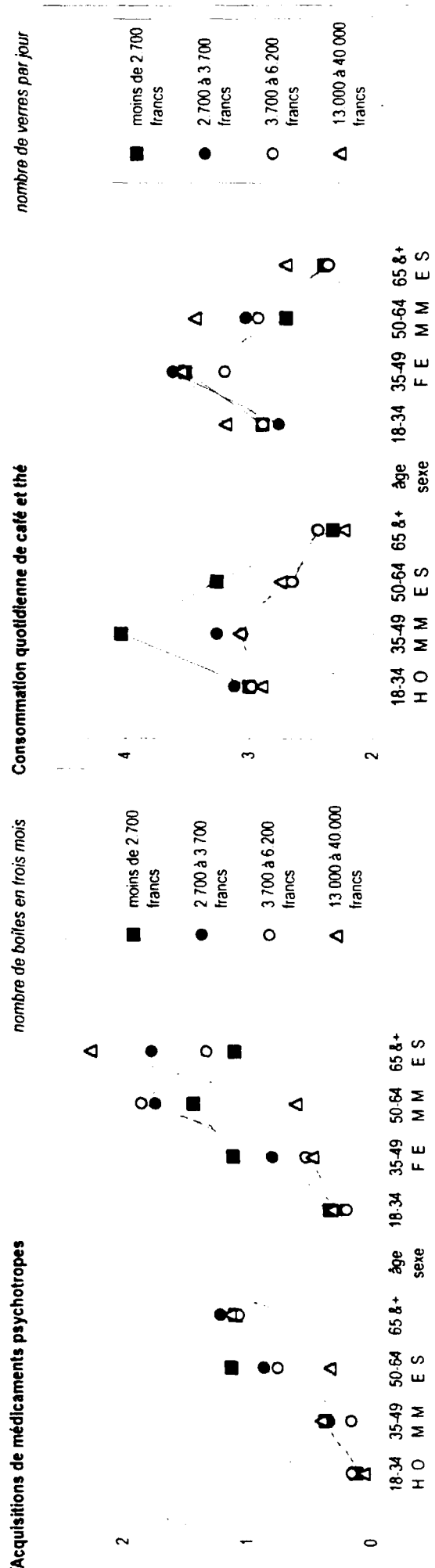
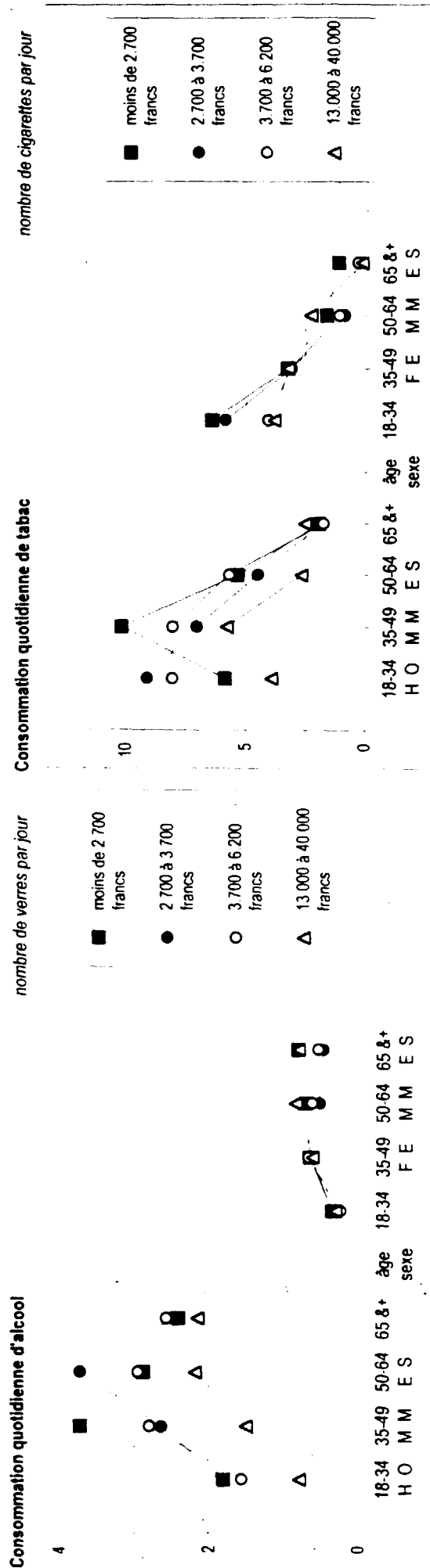
nombre de verres par jour



Consommation de produits psychotropes selon la catégorie socioprofessionnelle - Résultats par sexe et âge

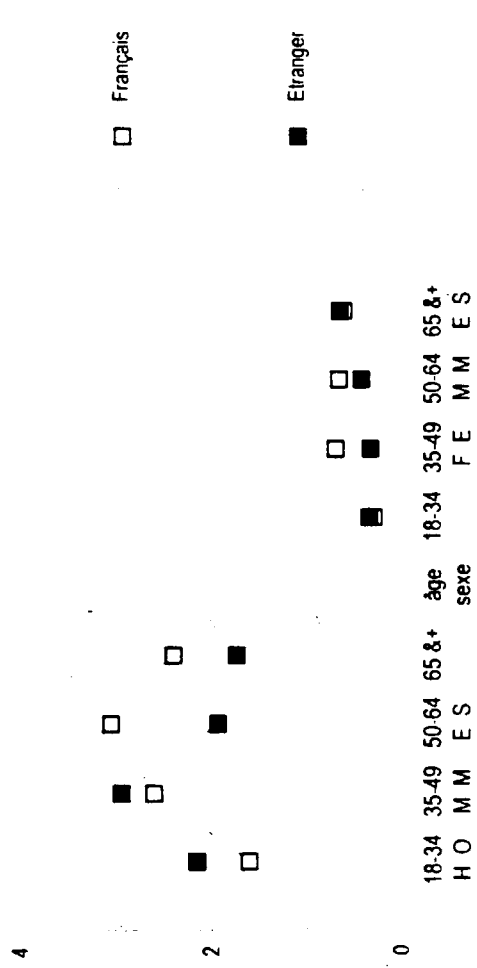


Consommation de produits psychotropes selon le revenu du ménage - Résultats par sexe et âge

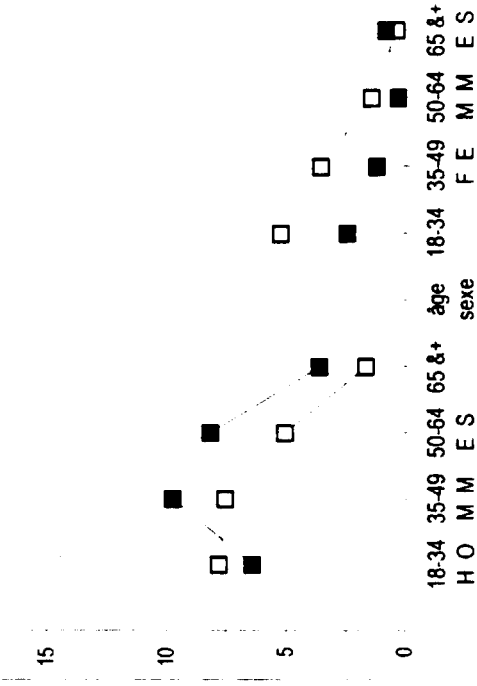


Consommation de produits psychotropes selon la nationalité - Résultats par sexe et âge

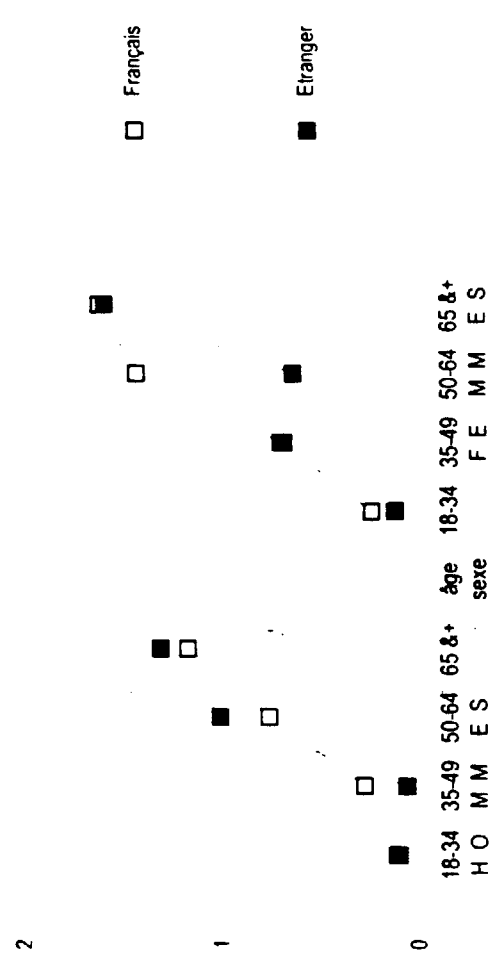
Consommation quotidienne d'alcool



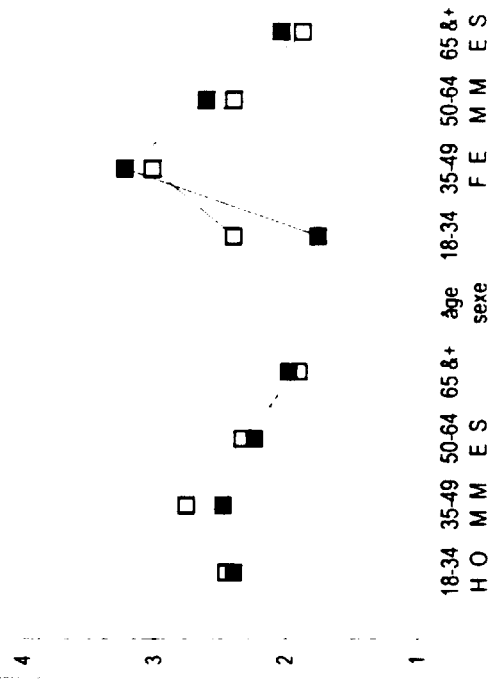
nombre de cigarettes par jour



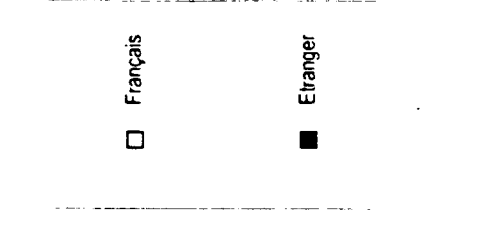
Acquisitions de médicaments psychotropes



Consommation quotidienne de café et thé



nombre de verres par jour



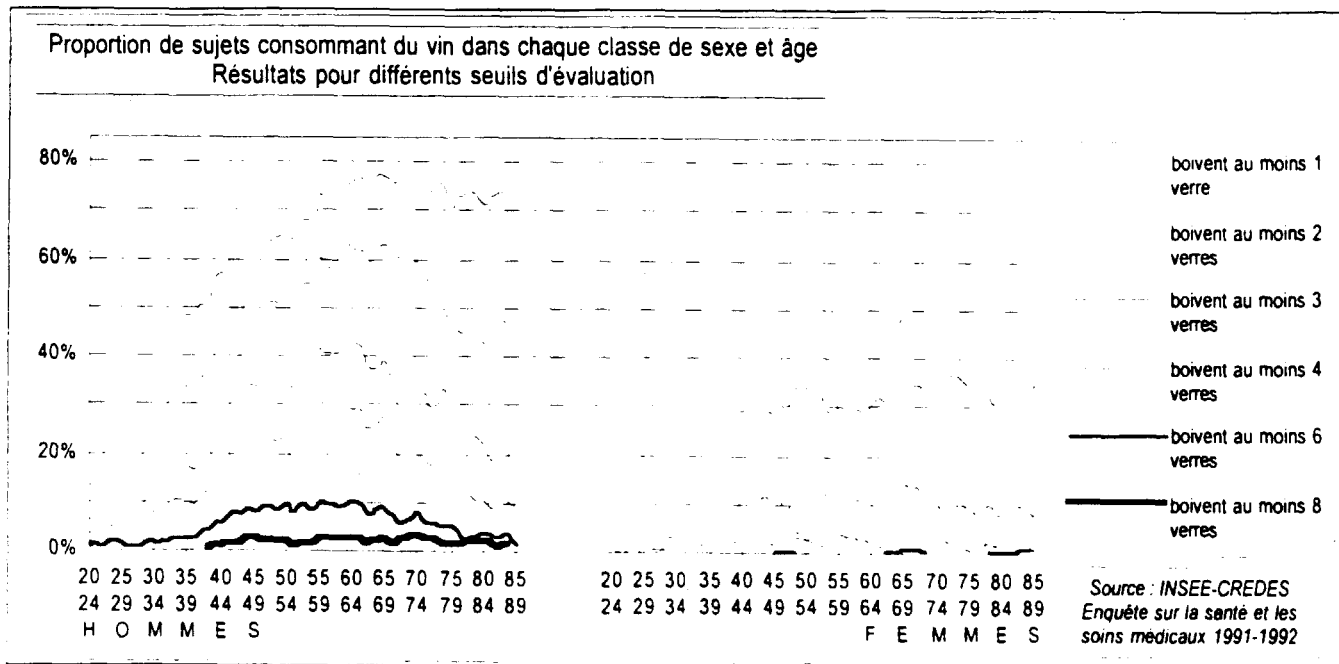
La documentation Française : Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : indicateurs de santé mentale. Tomes 1 et 2 / sous la direction du Professeur Widlöcher, Institut national de la santé et de la recherche médicale.

ANNEXE III-C :

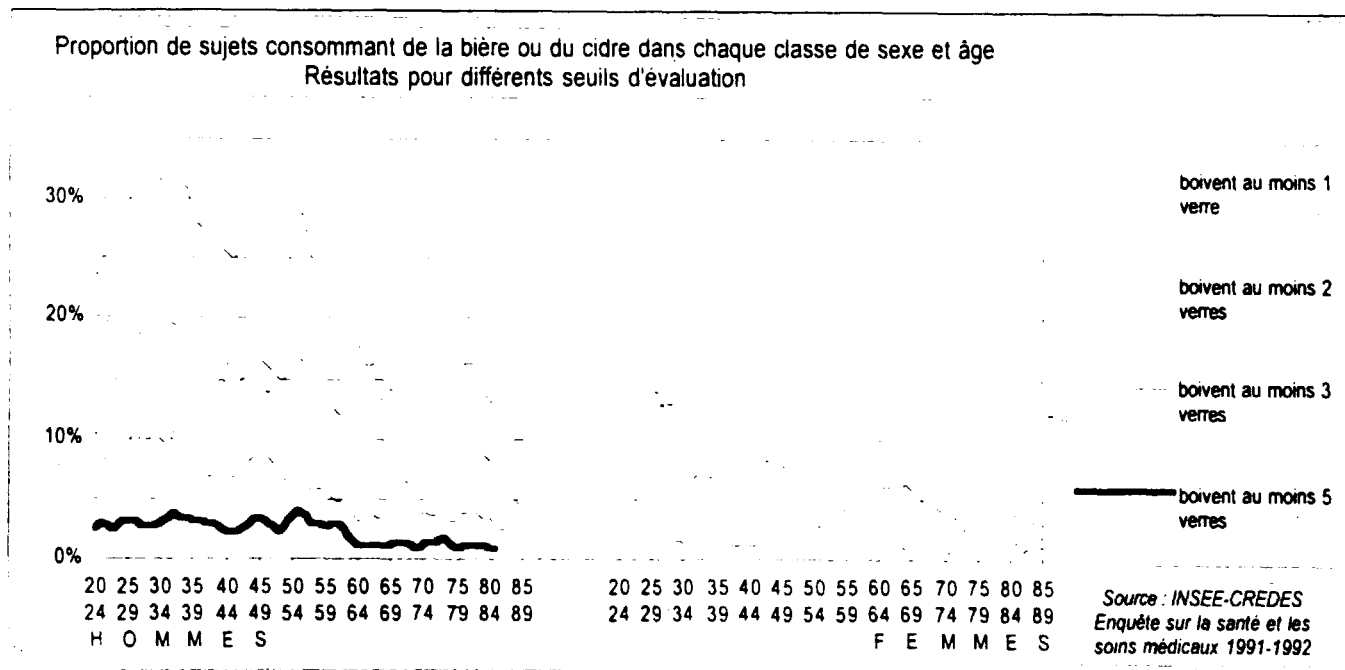
CONSOMMATION DE VIN, BIÈRE ET CIDRE, ALCOOLS FORTS PAR SEXE ET L'ÂGE

Figures commentées au chapitre 1.2. de la Deuxième Partie ("Description des consommations selon le sexe et l'âge")

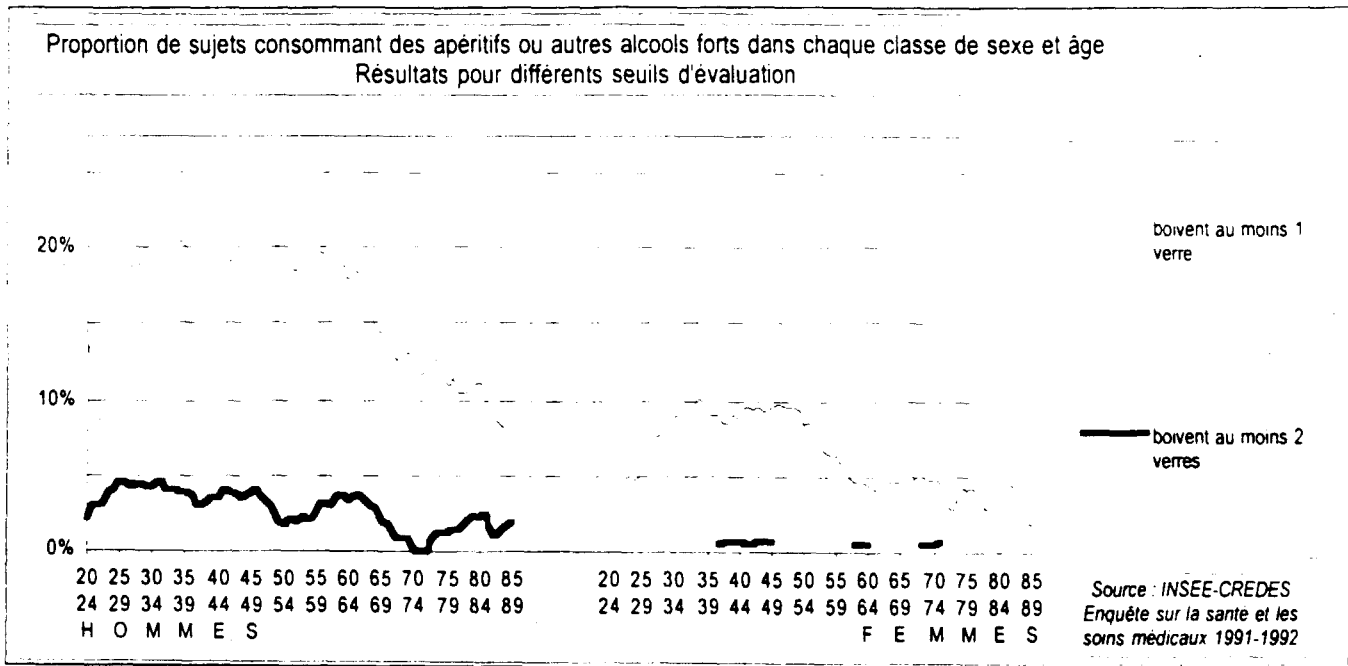
Consommation de vin



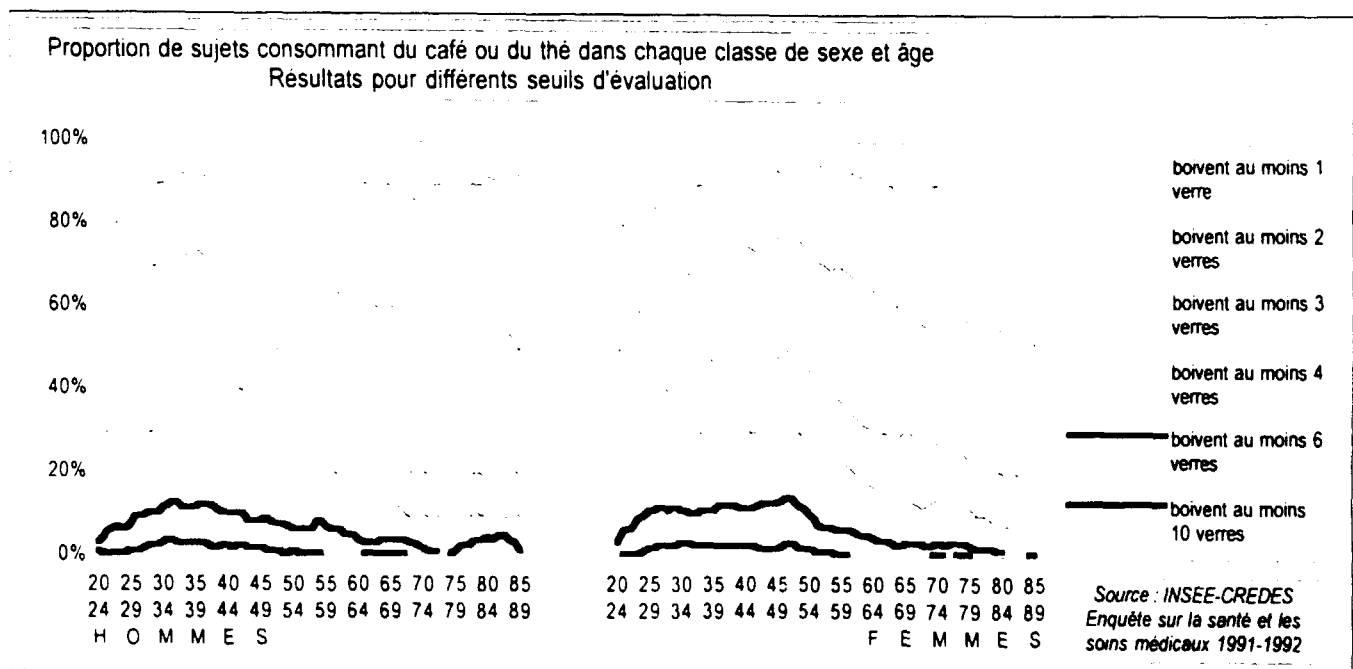
Consommation de bière et cidre



Consommation d'apéritifs et autres alcools forts

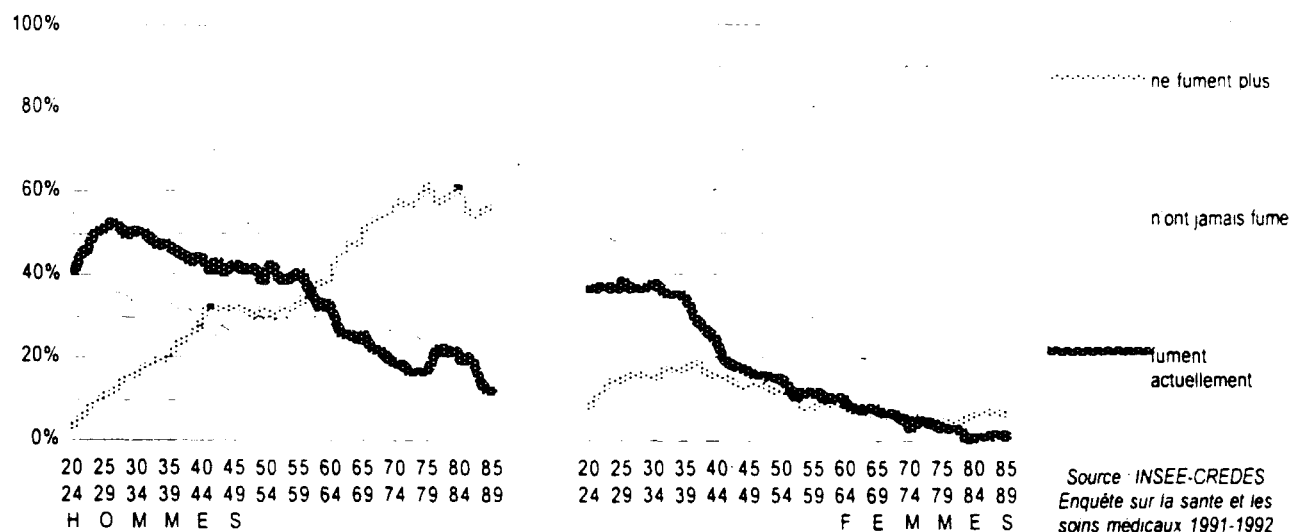


Consommation de café et de thé



Evolution de la consommation quotidienne de tabac

Répartition des sujets selon l'évolution de la consommation de tabac
Résultats par classe de sexe et âge



TYPLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES : METHODOLOGIE ET RESULTATS COMPLEMENTAIRES

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

Annexe IV-A

Analyse des correspondances multiples
sur les données de consommation de psychotropes

Annexe IV-B

Méthodologie de la typologie des usages de psychotropes

Annexe IV-C

Profils de consommation des groupes d'usagers
mis en évidence avec la typologie

ANNEXE IV-A :

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES SUR LES DONNEES DE CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

Les cinq pages suivantes fournissent les positions des modalités de consommation de vin, bière et cidre, alcools forts, café et thé, tabac, neuroleptiques, hypnotiques, tranquillisants et antidépresseurs sur le premier plan factoriel issu de l'analyse des correspondances multiples des données de consommation. Pour des raisons de commodité visuelle, les modalités de volume de chaque variable de consommation sont représentées isolément.

Liste des variables actives de l'analyse des correspondances multiples :

- *consommation de vin*
- *consommation de bière et cidre*
- *consommation d'apéritifs et autres alcools forts*
- *consommation de café et thé*
- *consommation de tabac*
- *consommation de neuroleptiques*
- *consommation d'hypnotiques et sédatifs*
- *consommation de tranquillisants*
- *consommation d'antidépresseurs et autres psychostimulants*

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

Consommation de vin
Détail des modalités actives

vin0.0 = 0 verre par jour
vin1.0 = 1 verre par jour
vin2.0 = 2 verres par jour
vin3.5 = 3,5 verres par jour
vin6.6 = 6,6 verres par jour

.vin6.6
.vin3.5
.vin2.0
.vin1.0

vin0.0 .

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

Consommation de bière et cidre
Détail des modalités actives

bic0.0 = 0 verre par jour
bic1.0 = 1 verre par jour
bic2.0 = 2 verres par jour
bic5.0 = 5 verres par jour

.bic5.0
.bic2.0
.bic1.0

bic0.0 .

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

.ape2.6

1° plan factoriel

.ape1.0

Consommation d'alcools forts
Détail des modalités actives

ape0.0 = 0 verre par jour
ape1.0 = 1 verre par jour
ape2.6 = 2,6 verres par jour

ape0.0 .

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

Consommation de café et thé
Détail des modalités actives

caf0.0 = 0 verre par jour
caf1.0 = 1 verre par jour
caf2.0 = 2 verres par jour
caf3.0 = 3 verres par jour
caf4.0 = 4 verres par jour
caf5.5 = 5,5 verres par jour
caf9.4 = 9,4 verres par jour

caf3.0 .caf5.5 .caf9.4

caf1.0 .caf2.0 .caf4.0

caf0.0 .

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

.tab 34

Consommation de tabac
Détail des modalités actives

tab0.0 = 0 cigarette par jour
tab2.1 = 2,1 cigarettes par jour
tab5.7 = 5,7 cigarettes par jour
tab 10 = 10,2 cigarettes par jour
tab 15 = 15,1 cigarettes par jour
tab 20 = 20 cigarettes par jour
tab 34 = 34,4 cigarettes par jour

.tab 20

.tab 15

.tab 10

tab0.0 . tab5.7 . .tab2.1

Source: INSEE-CREDES

Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

.neu3.1

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

Consommation de neuroleptiques
Détail des modalités actives

neu0.0 = 0 boîte en trois mois
neu3.1 = 3,1 boîtes en trois mois

.neu0.0

Source: INSEE-CREDES

Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

hyp3.9 .

Consommation d'hypnotiques et sédatifs
Détail des modalités actives

hyp0.0 = 0 boîte en trois mois
hyp1.0 = 1 boîte en trois mois
hyp3.9 = 3,9 boîtes en trois mois

hyp1.0 .

hyp0.0

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1° plan factoriel

anx5.3 .

Consommation de tranquillisants
Détail des modalités actives

anx0.0 = 0 boîte en trois mois
anx1.5 = 1,5 boîte en trois mois
anx5.4 = 5,4 boîtes en trois mois

anx1.5 .

anx0.0

Source: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

2

Analyse des correspondances
des données de consommation
de psychotropes

1^o plan factoriel

dep3.5 .

Consommation d'antidépresseurs
Détail des modalités actives

dep0.0 = 0 boîte en trois mois
dep3.5 = 3,5 boîtes en trois mois

.dep0.0

SOURCE: INSEE-CREDES
Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Annexe IV-A

ANNEXE IV-B :

METHODOLOGIE DE LA TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES

Les données de consommation ne sont pas directement comparables. Une standardisation par changement d'échelle a été réalisée : chaque série a fait l'objet d'un regroupement, le volume moyen des classes étant divisé par le volume moyen de la classe consommant le plus. Les classes extrêmes sont d'effectif suffisant pour assurer une validité au volume moyen maximal (au minimum 100 sujets). Les séries ainsi standardisées varient de 0 à 1, les dispersions d'origine étant restituées à l'intérieur de ce segment.

Standardisation des mesures des différentes consommations de produits psychotropes

produits :	neuro léptiques	hypno tiques	tranquil lisants	antidé presseurs	tabac	café thé	vin	bière ou cidre	alcool fort
mesure d'origine :	nb de boîtes acquises en trois mois				cigarettes / jour	nombre de verres par jour			
nombre de classes :	2	3	3	2	7	7	5	4	3
échelle standardisée :	volumes exprimés dans l'unité de mesure d'origine								
consommation minimale = 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0.1					2.1	1.0			
0.2					5.7	2.0	1.0	1.0	
0.3		1.0	1.5		10.2	3.0	2.0		
0.4					15.1	4.0		2.0	1.0
0.5							3.5		
0.6					20.0	5.5			
0.7									
0.8									
0.9									
consommation maximale = 1	3.1	3.9	5.4	3.5	34.4	9.4	6.6	5.0	2.6
effectif de la dernière classe	115	358	314	399	269	334	234	246	121

Source INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

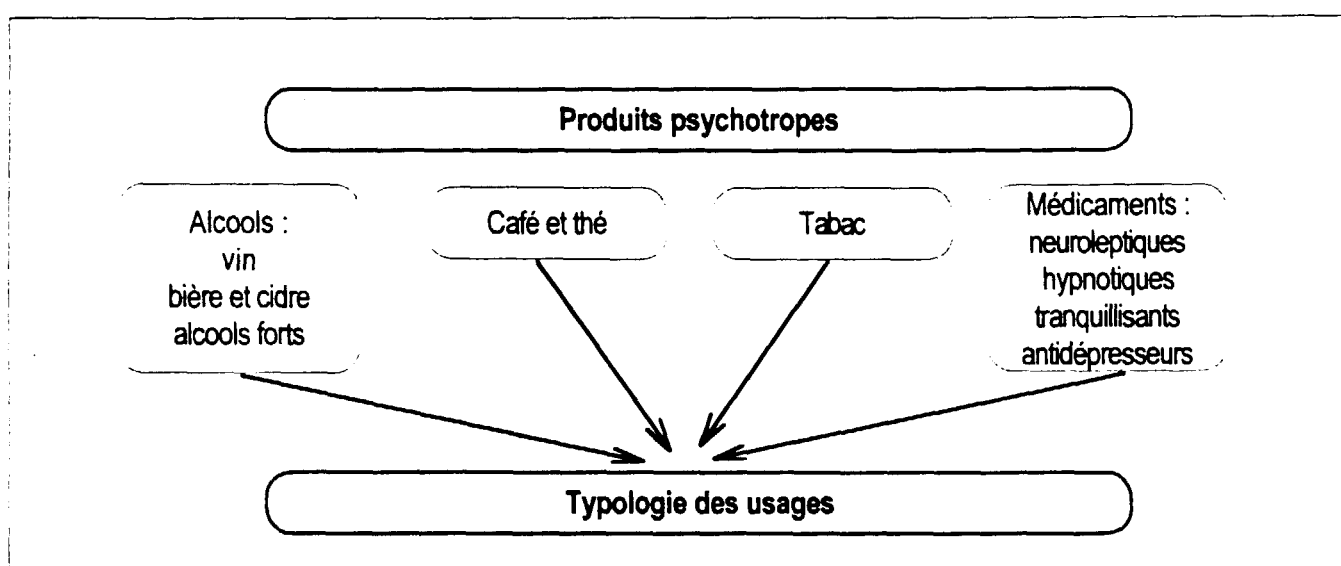
La méthode de classification retenue est disjointe et non hiérarchique (procédure FASTCLUS du système SAS®). Plusieurs essais ont été réalisés afin de statuer des valeurs des différents paramètres d'entrée (nombre d'itérations dans les calculs, effectif minimal d'une classe, nombre maximal de classes souhaitées). Des 20 classes potentielles initiales, 7 ont été obtenues sur la base d'un effectif minimal de classe égal à 100 sujets.

ANNEXE IV-C :

PROFILS DE CONSOMMATION DES CLASSES ISSUES DE LA TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES

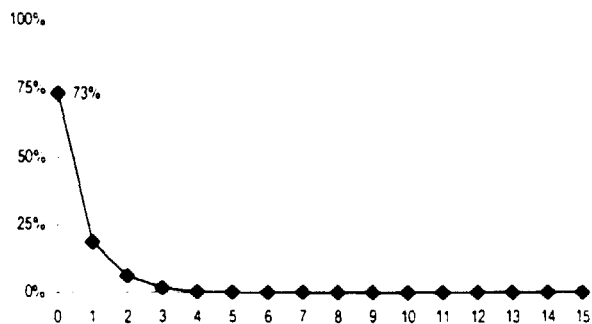
Les figures des pages suivantes représentent pour chaque groupe d'utilisateurs de psychotropes issu de la typologie les distributions de la consommation d'alcool, de vin, de bière et cidre, d'apéritifs et autres alcools forts, de café et thé, de cigarettes, de neuroleptiques, d'hypnotiques et sédatifs, de tranquillisants et d'antidépresseurs. Il s'agit, à l'exception de l'alcool, des variables actives de la typologie.

Ces distributions sont calculées sur la base des effectifs redressés. Pour chaque distribution, la valeur encadrée correspond au pourcentage de non consommateur du produit.

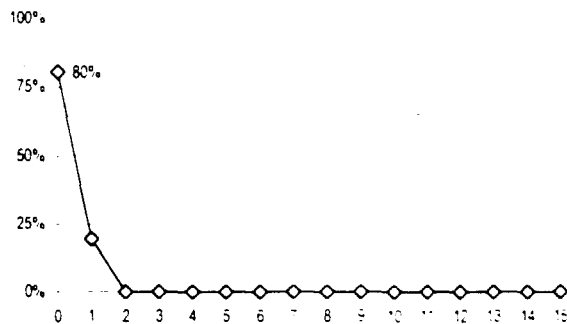


Groupe "Abstinent" (abstinents et faibles consommateurs)

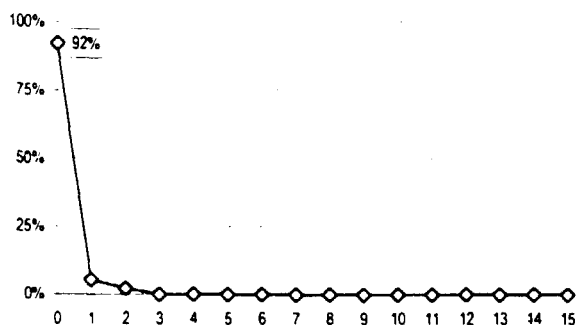
Verres d'alcool par jour



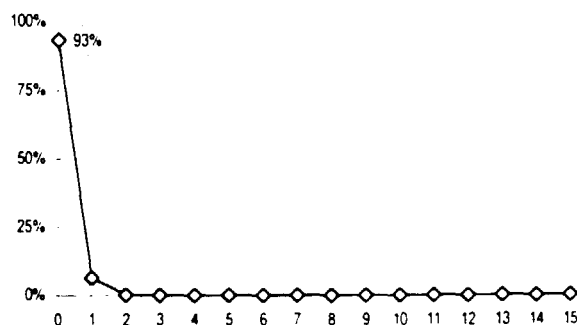
Verres de vin par jour



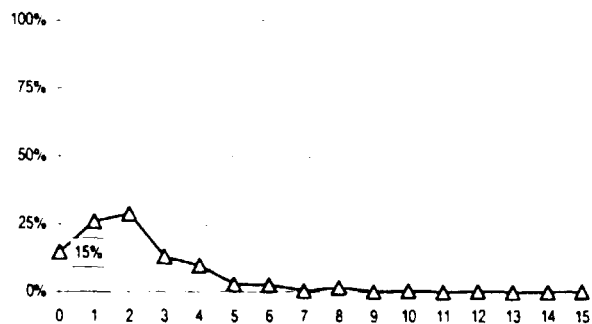
Verres de bière par jour



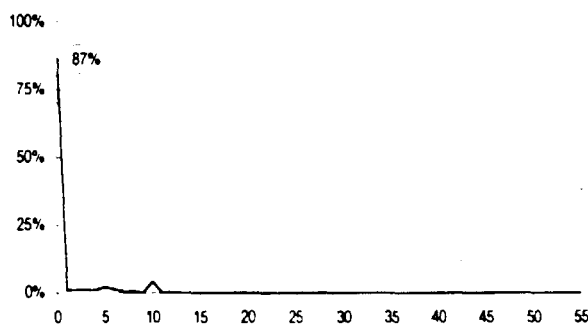
Verres d'alcools forts par jour



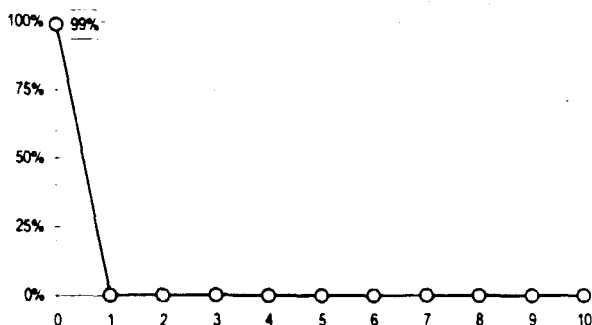
Verres de café et thé par jour



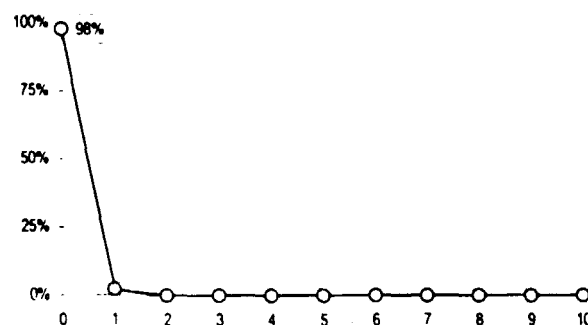
Cigarettes par jour



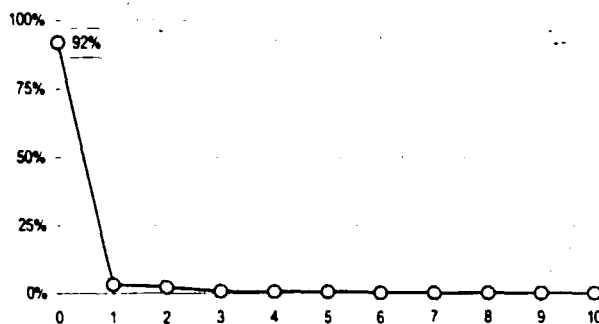
Boîtes de neuroleptiques



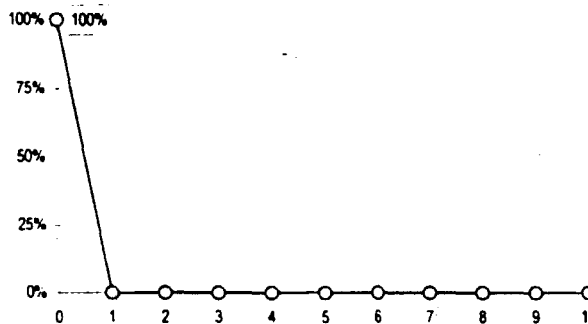
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

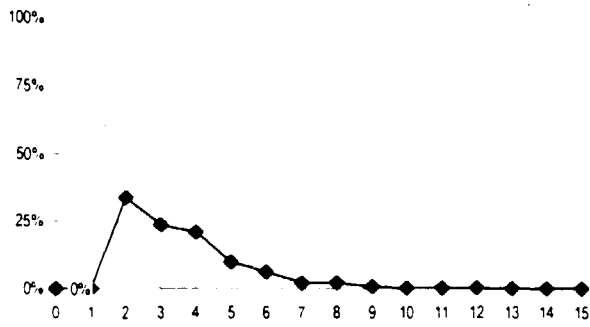


Boîtes d'antidépresseurs

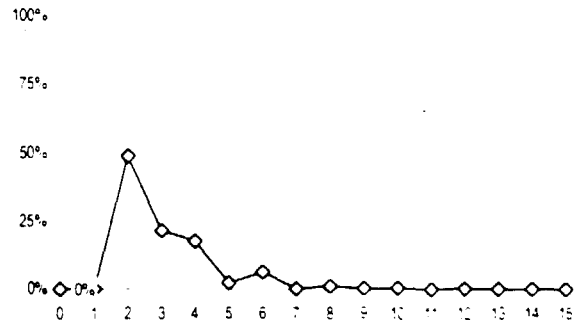


Groupe "vin modéré" (consommation de vin à dose modérée)

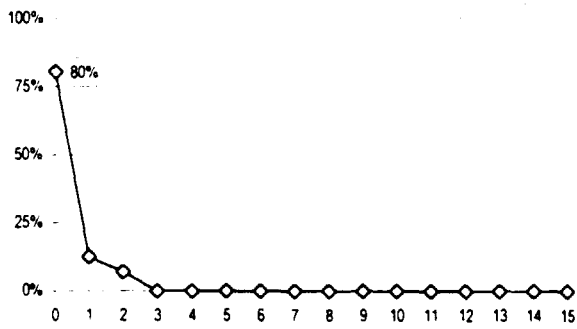
Verres d'alcool par jour



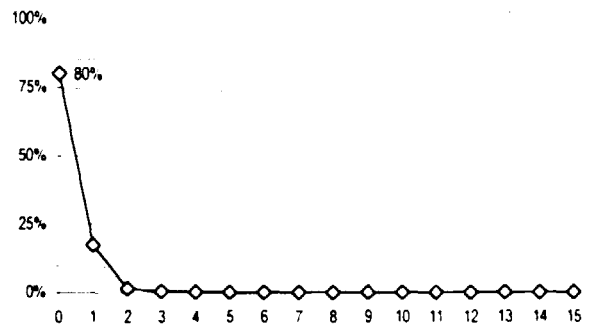
Verres de vin par jour



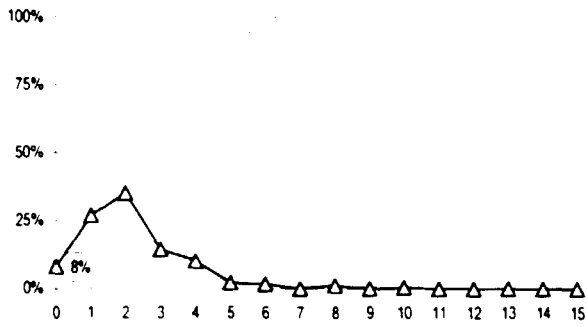
Verres de bière par jour



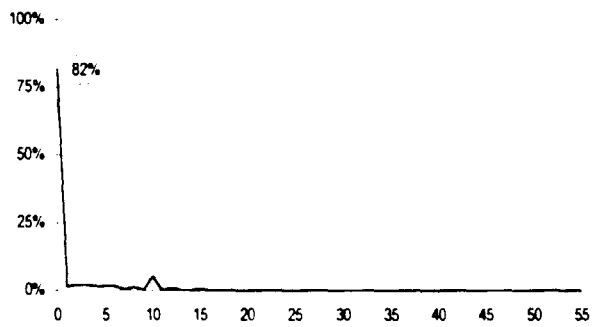
Verres d'alcools forts par jour



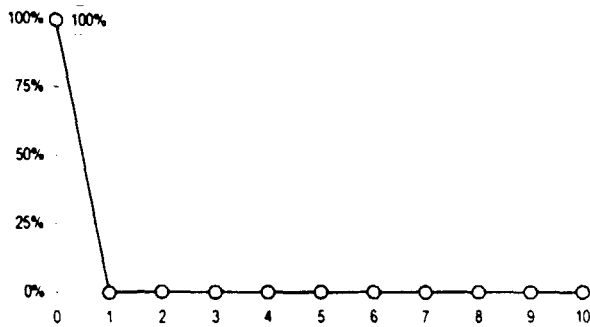
Verres de café et thé par jour



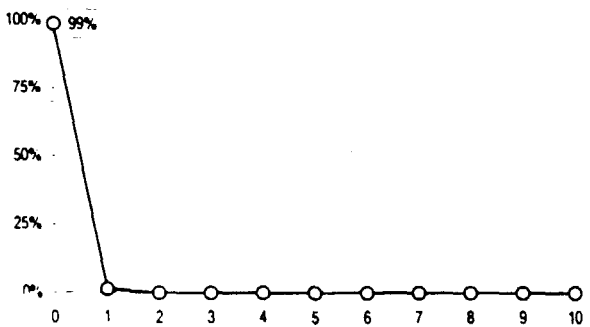
Cigarettes par jour



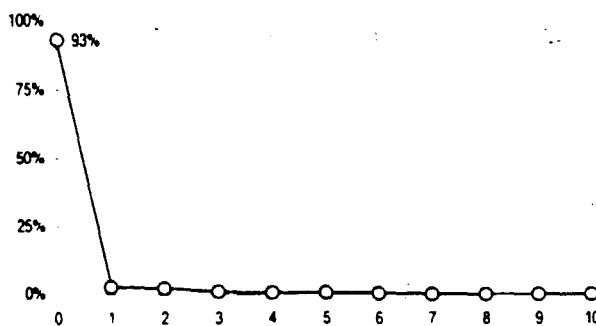
Boîtes de neuroleptiques



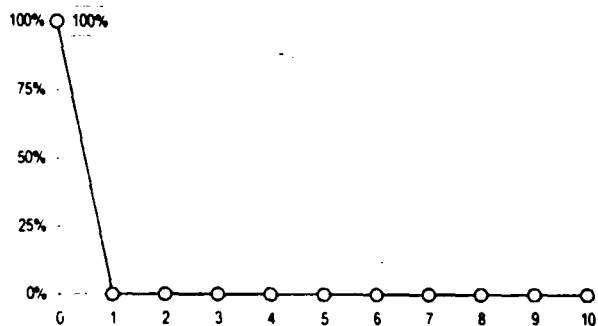
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

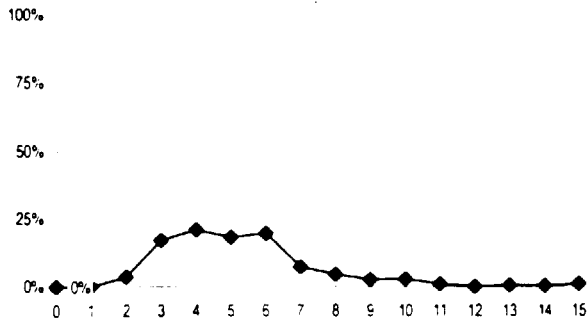


Boîtes d'antidépresseurs

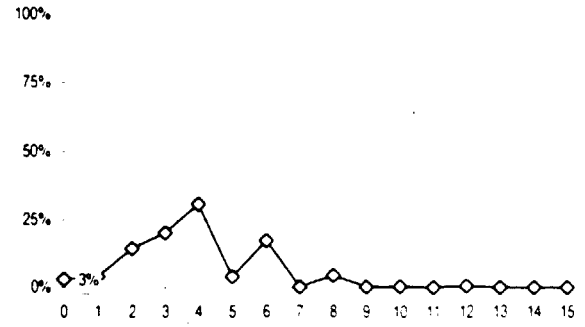


Groupe "Vin et tabac" (consommation de vin, d'alcools forts et de tabac)

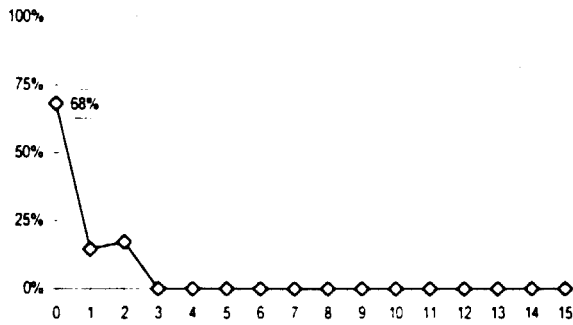
Verres d'alcool par jour



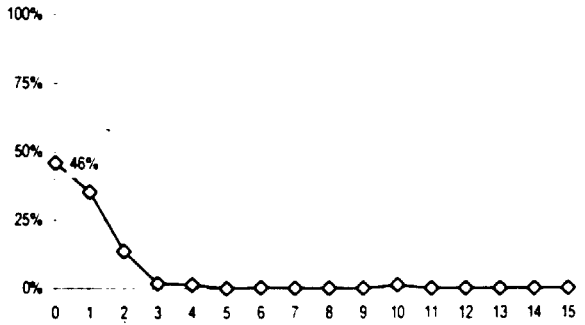
Verres de vin par jour



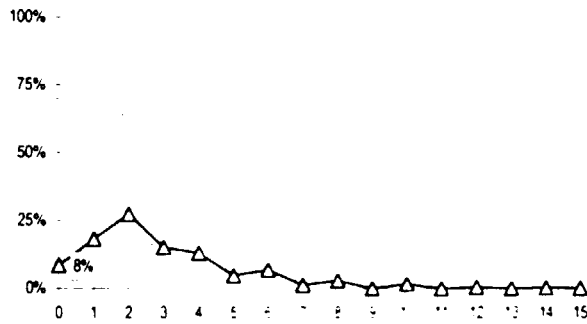
Verres de bière par jour



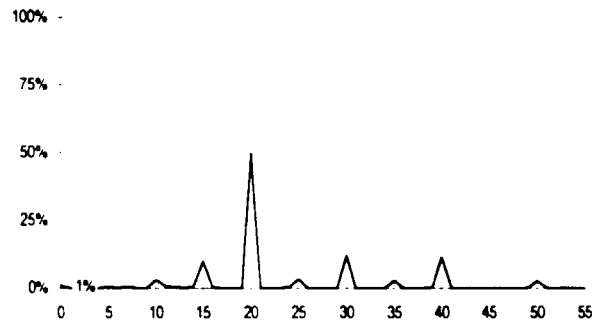
Verres d'alcools forts par jour



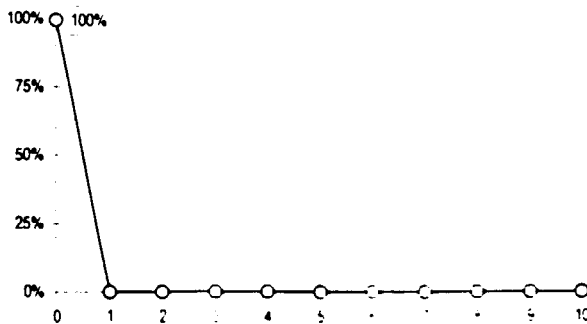
Verres de café et thé par jour



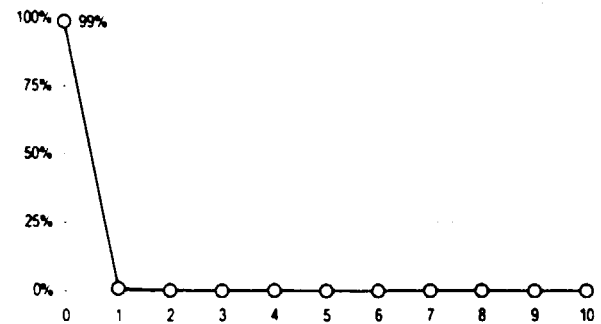
Cigarettes par jour



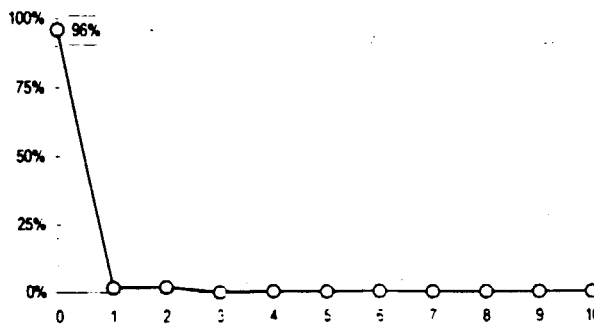
Boîtes de neuroleptiques



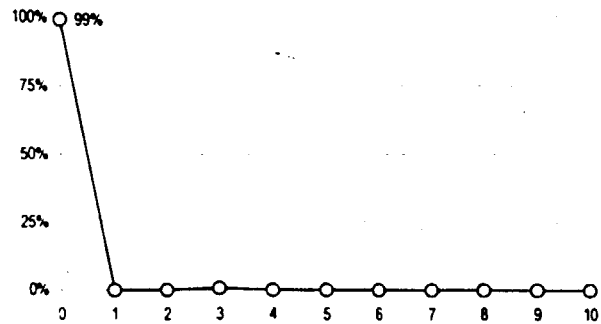
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

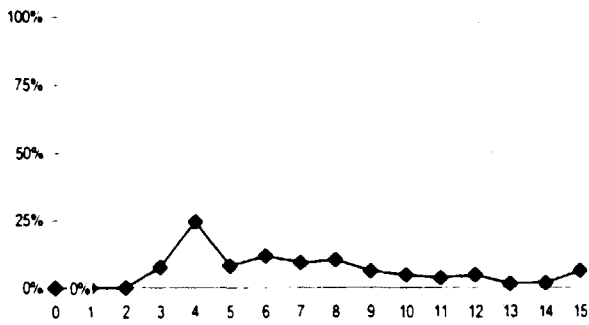


Boîtes d'antidépresseurs

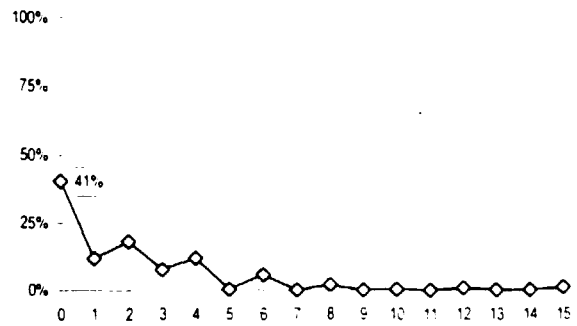


Groupe "Bière et autres" (consommation de bière, de vin et de tabac)

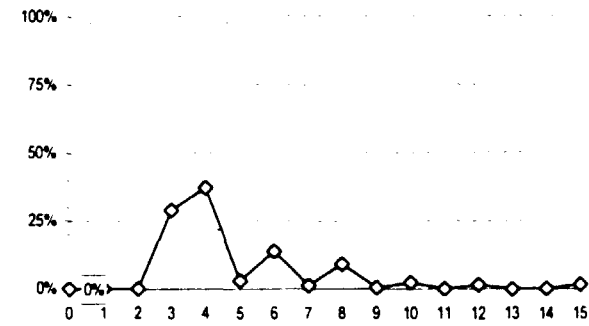
Verres d'alcool par jour



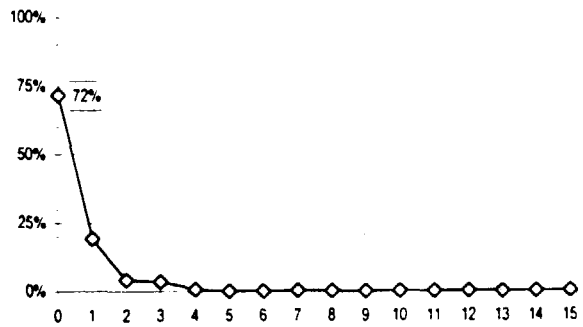
Verres de vin par jour



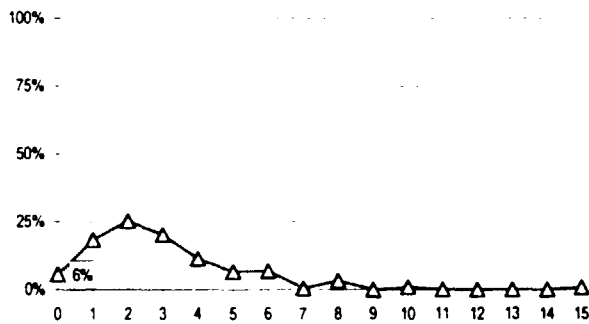
Verres de bière par jour



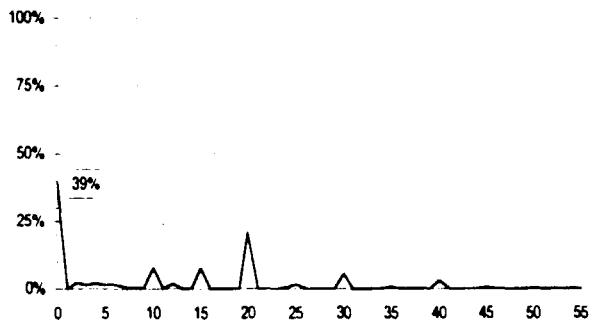
Verres d'alcools forts par jour



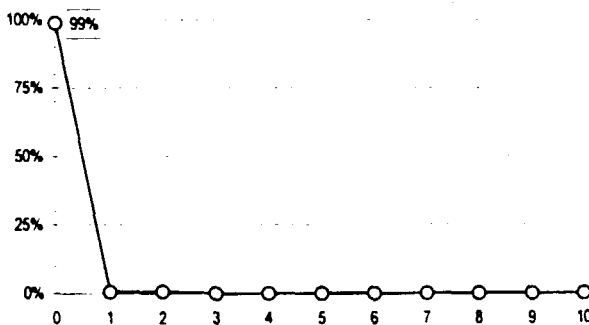
Verres de café et thé par jour



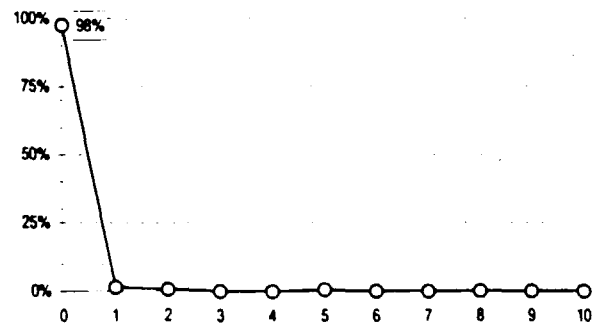
Cigarettes par jour



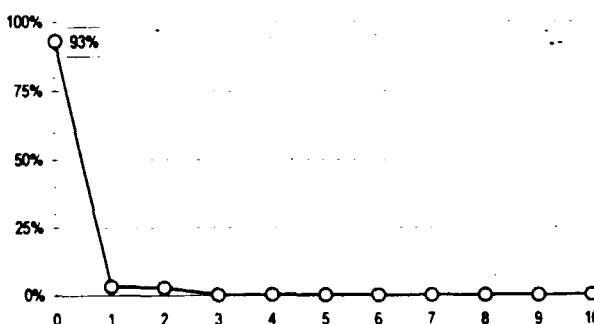
Boîtes de neuroleptiques



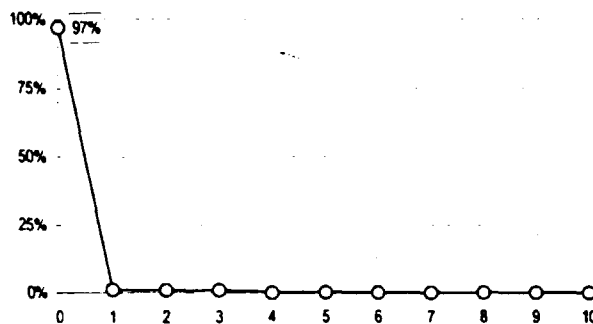
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

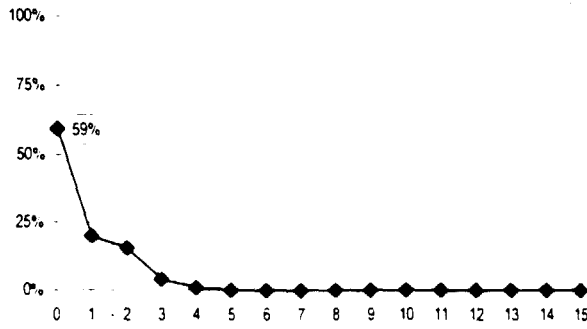


Boîtes d'antidépresseurs

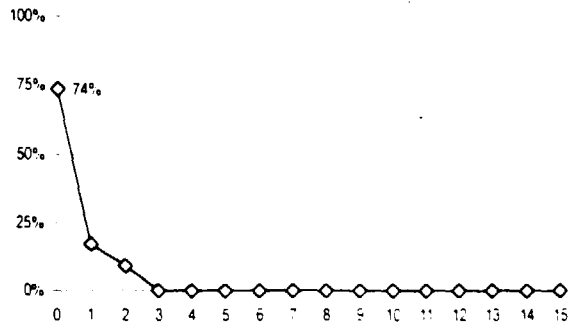


Groupe "Tabac seul"

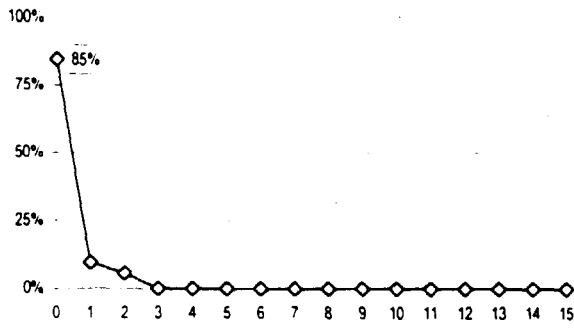
Verres d'alcool par jour



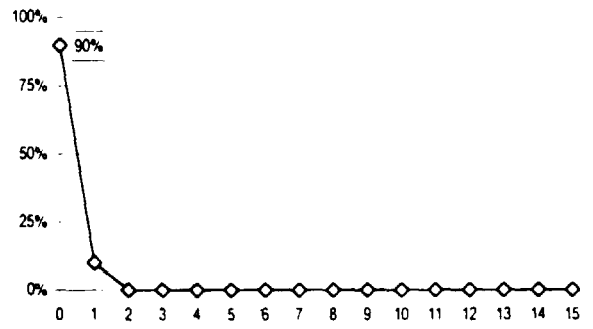
Verres de vin par jour



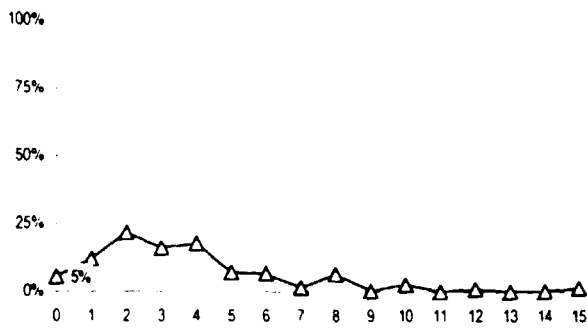
Verres de bière par jour



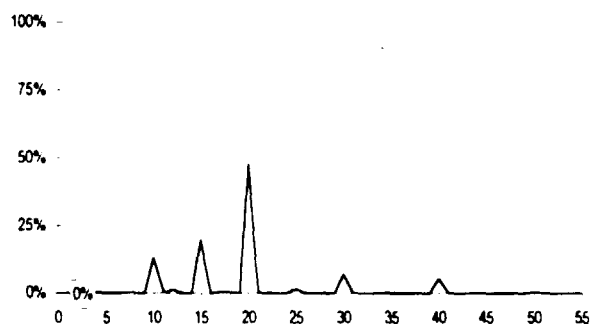
Verres d'alcools forts par jour



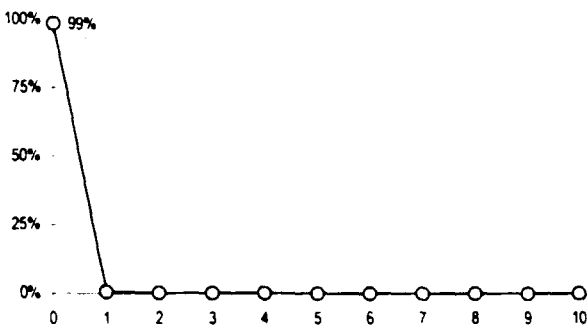
Verres de café et thé par jour



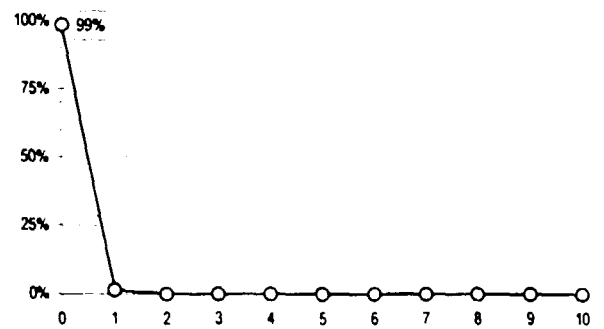
Cigarettes par jour



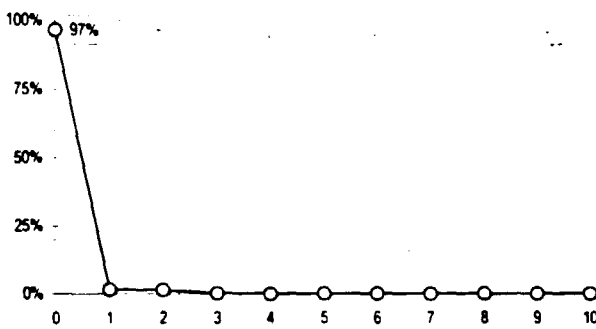
Boîtes de neuroleptiques



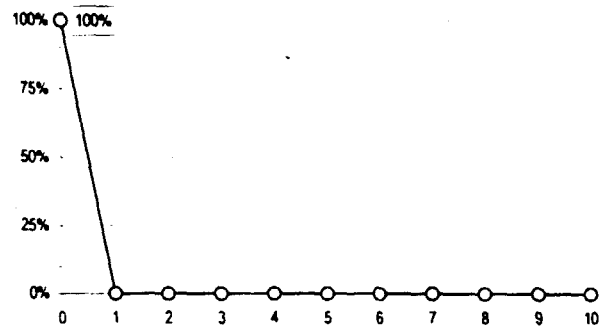
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

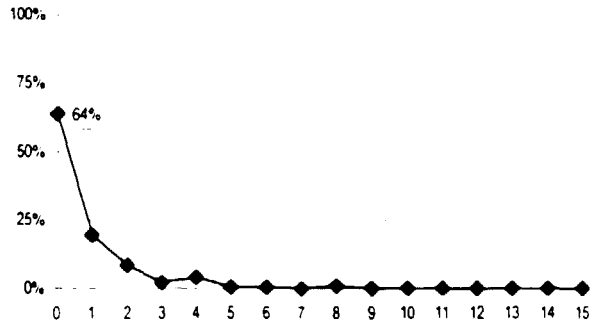


Boîtes d'antidépresseurs

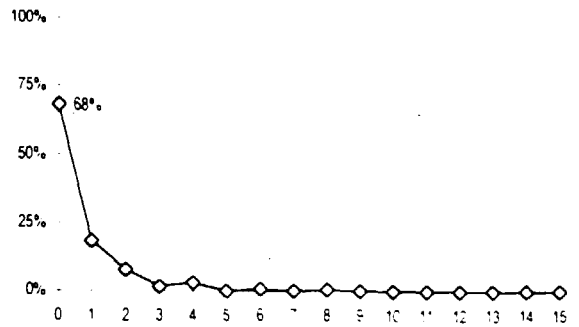


Groupe "Antidépresseurs et tranquillisants"

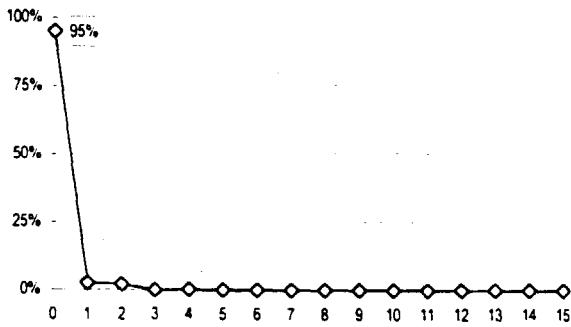
Verres d'alcool par jour



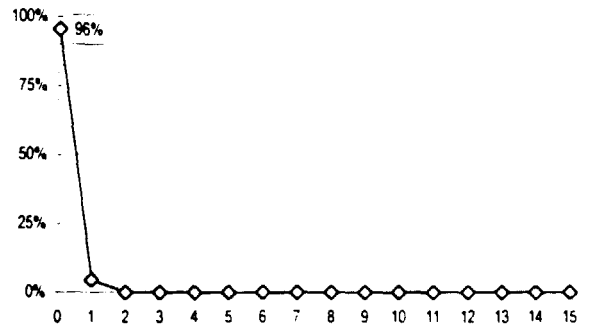
Verres de vin par jour



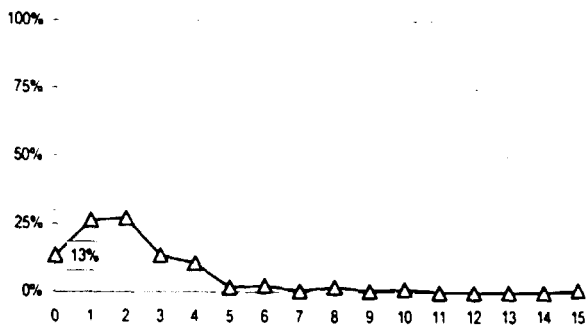
Verres de bière par jour



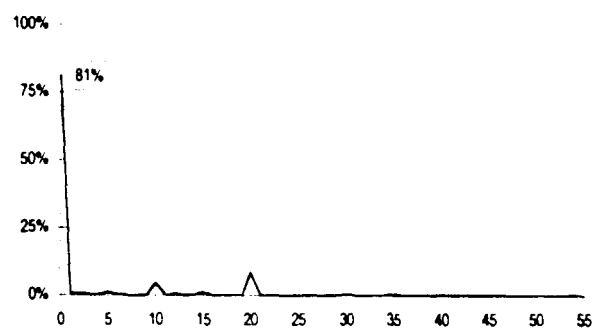
Verres d'alcools forts par jour



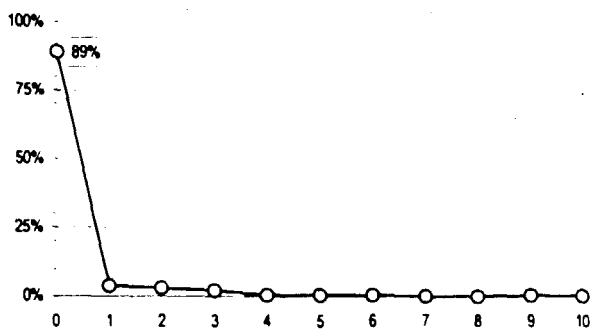
Verres de café et thé par jour



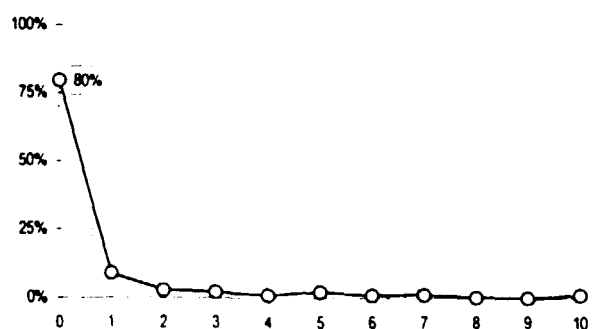
Cigarettes par jour



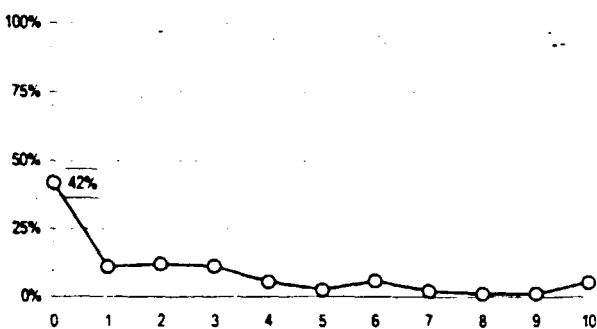
Boîtes de neuroleptiques



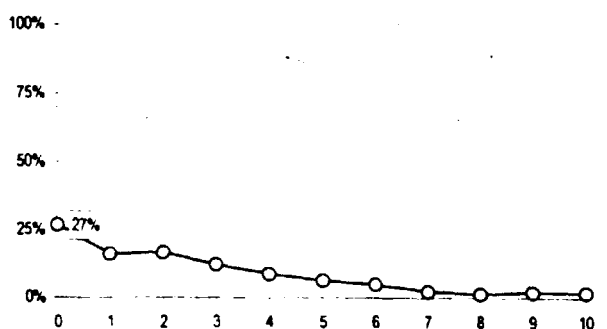
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants

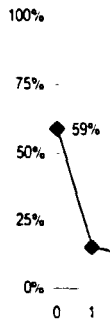


Boîtes d'antidépresseurs

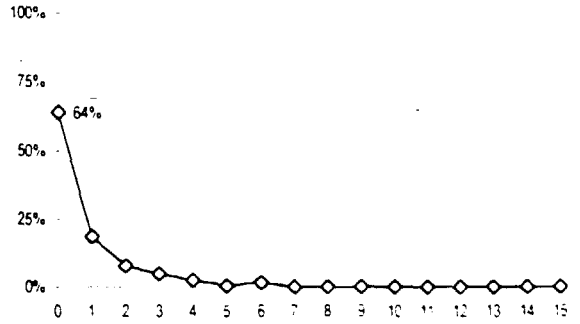


Groupe "Hypnotiques"

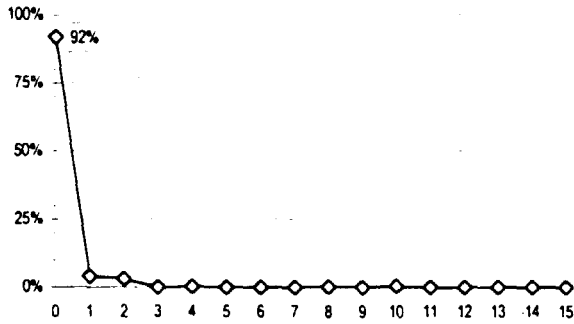
Verres d'alcool par jour



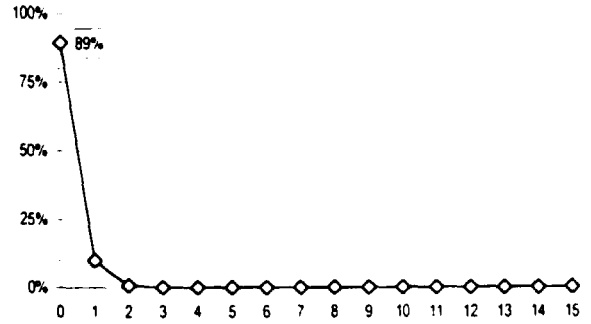
Verres de vin par jour



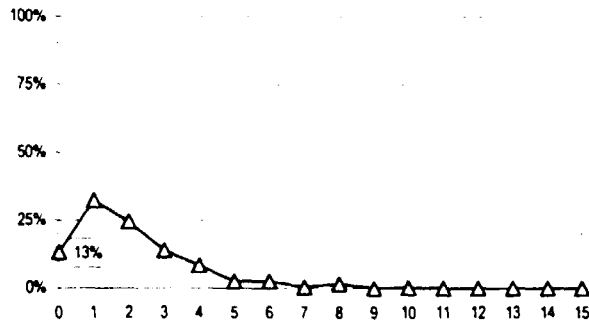
Verres de bière par jour



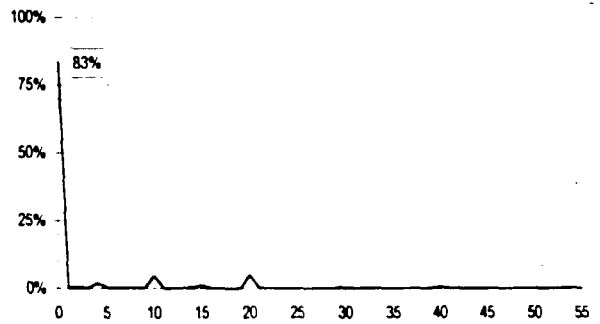
Verres d'alcools forts par jour



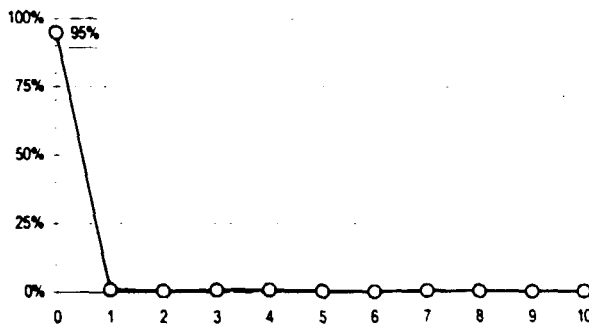
Verres de café et thé par jour



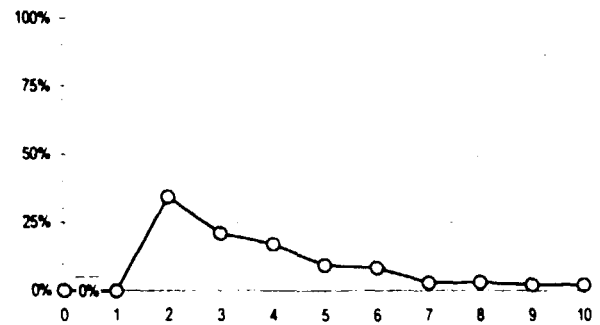
Cigarettes par jour



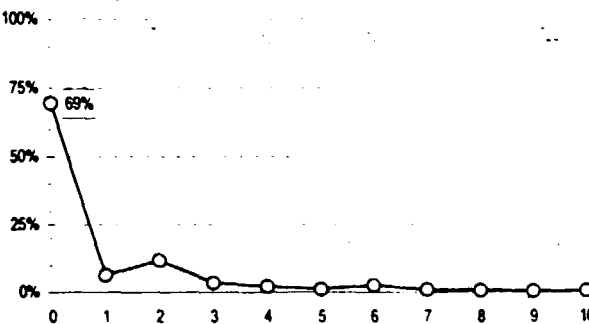
Boîtes de neuroleptiques



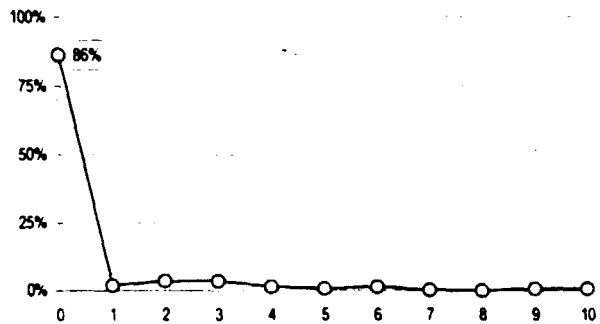
Boîtes d'hypnotiques et sédatifs



Boîtes de tranquillisants



Boîtes d'antidépresseurs



**MISE EN RELATION DE LA TYPOLOGIE DES USAGES DE PSYCHOTROPES
AVEC LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES**

(Annexe à la Deuxième Partie du Tome 1)

Annexe V-A

Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires
des groupes d'usagers de psychotropes

Annexe V-B

Analyse des correspondances multiples
sur les données sociodémographiques et les usages

Annexe V-C

Répartition des usages de psychotropes
selon les données familiales et sociales
après ajustement selon le sexe et l'âge

Annexe V-D

Corrélations entre usages de psychotropes
et maladies déclarées pendant l'enquête

Annexe V-E

Analyse logistique des déterminants sanitaires et sociodémographiques
des usages de psychotropes

ANNEXE V-A :

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DES GROUPES D'USAGERS DE PSYCHOTROPES

Les 9 tableaux présentés donnent les profils sur le plan sociodémographique et sanitaire de chaque groupe issu de la typologie des usages de psychotropes. Les pourcentages sont en colonne. Le test du chi-2 correspond à la corrélation de la typologie des usages avec chaque variable.

Liste des tableaux :

- caractéristiques démographiques
- caractéristiques géographiques
- caractéristiques socio-économiques
- éléments de biographie (événements de vie personnels)
- consommation de tabac
- consommation quotidienne de boissons psychotropes (alcools, café et thé)
- expression subjective de l'état de santé
- morbidité déclarée pendant les trois mois de la collecte
- recours au système de soins pendant les trois mois de la collecte

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (1/9)

Caractéristiques démographiques Effectifs et prévalence des groupes d'usagers	Groupes d'usagers de psychotropes							test du chi-2			
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"		Ensemble		
Sexe											
effectif brut des groupes	1152	259	854	339	4411	318	242	7575	...		
poids redressé des groupes	16%	4%	12%	4%	58%	4%	3%	100%	...		
Age											
hommes	80%	90%	54%	32%	34%	36%	90%	48%	...		
femmes	20%	10%	46%	68%	66%	64%	10%	52%	...		
18-29 ans	4%	8%	40%	10%	28%	3%	26%	23%	...		
30-39 ans	12%	29%	34%	13%	19%	8%	26%	20%	...		
40-49 ans	21%	30%	16%	15%	17%	8%	23%	18%	...		
50-59 ans	20%	21%	7%	20%	12%	15%	11%	14%	...		
60-69 ans	24%	10%	3%	21%	11%	26%	9%	13%	...		
70 ans et plus	19%	2%	1%	21%	13%	40%	5%	13%	...		
Type de ménage											
personne isolée	12%	12%	10%	23%	14%	31%	13%	14%	...		
ménage couple	39%	23%	18%	32%	25%	36%	22%	27%	...		
parent seul avec mineurs	0%	2%	3%	3%	2%	1%	1%	2%	...		
parent en couple avec mineurs	25%	41%	48%	21%	32%	13%	39%	32%	...		
parent d'enfants majeurs	15%	10%	5%	11%	10%	12%	3%	10%	...		
chef ou conjoint de ménages élargis	4%	7%	3%	2%	2%	3%	5%	3%	...		
ni chef de ménage ni conjoint	4%	4%	13%	7%	15%	4%	16%	12%	...		
Vie en couple											
en couple	82%	79%	71%	64%	66%	58%	66%	69%	...		
non en couple	18%	21%	29%	36%	34%	42%	34%	31%	...		
Etat matrimonial légal											
célibataires	10%	17%	39%	15%	28%	10%	34%	25%	...		
marés	78%	70%	54%	62%	60%	54%	57%	62%	...		
veufs	8%	3%	2%	18%	9%	32%	2%	9%	...		
divorcés	4%	10%	5%	5%	4%	5%	6%	4%	...		
Nationalité											
française	95%	92%	96%	94%	94%	96%	94%	94%	...		
étrangère	5%	8%	4%	6%	6%	4%	6%	6%	...		

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (Z19)

Caractéristiques géographiques	Groupes d'usagers de psychotropes							test du chi-2				
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"					
Région	Ile de France	16%	22%	22%	21%	20%	15%	9%	19%	...		
	Bassin parisien	15%	14%	18%	15%	19%	26%	32%	19%			
	Nord	5%	7%	6%	9%	7%	7%	16%	7%			
	Est	8%	12%	11%	7%	9%	7%	12%	9%			
	Ouest	15%	10%	11%	13%	12%	17%	15%	13%			
	Sud Ouest	15%	12%	9%	9%	9%	9%	3%	10%			
	Centre Est	11%	8%	11%	11%	13%	8%	7%	12%			
	Sud Est	15%	14%	13%	15%	11%	10%	6%	12%			
	Unité urbaine	commune rurale	34%	25%	21%	21%	25%	30%	38%		26%	...
		commune de moins de 20.000 habitants	16%	16%	17%	16%	16%	19%	19%		16%	
commune de moins de 100.000 habitants		14%	13%	14%	14%	13%	17%	11%	13%			
commune de 100.000 habitants et plus		23%	26%	30%	29%	29%	21%	25%	28%			
Paris et banlieue		14%	20%	18%	20%	18%	13%	8%	17%			

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (3/9)

Caractéristiques socio-économiques	Groupes d'usagers de psychotropes							"Bière et autres"	Ensemble	test du chi-2
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"			
Niveau scolaire atteint										...
jamais scolarisé, divers	1%	4%	1%	1%	2%	3%	1%	2%	...	
primaire	43%	33%	14%	48%	29%	58%	34%	32%	...	
secondaire	26%	29%	38%	24%	30%	22%	26%	30%	...	
technique, apprentissage	18%	22%	30%	15%	18%	11%	31%	19%	...	
supérieur	11%	12%	17%	11%	22%	7%	9%	18%	...	
Niveau de diplôme individuel									...	
sans diplôme	26%	27%	21%	30%	20%	36%	29%	23%	...	
CEP, DFEO	26%	16%	10%	27%	18%	32%	20%	19%	...	
CAP, BEP, CFA	17%	26%	25%	13%	15%	9%	30%	17%	...	
BEP	10%	11%	19%	12%	14%	7%	9%	13%	...	
baccalauréat général ou technique	11%	9%	11%	9%	16%	9%	5%	13%	...	
diplôme technique supérieur (BTS, ...)	3%	7%	7%	4%	7%	3%	3%	6%	...	
diplômes supérieurs autres	7%	5%	8%	6%	10%	3%	5%	8%	...	
CSP actuelle ou ancienne									...	
inactifs n'ayant jamais travaillé	2%	0%	8%	11%	15%	5%	4%	11%	...	
agriculteurs	11%	2%	1%	8%	5%	10%	13%	6%	...	
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	11%	13%	6%	5%	7%	8%	7%	7%	...	
professions intellectuelles supérieures	10%	11%	7%	8%	8%	7%	5%	8%	...	
professions intermédiaires	16%	18%	16%	12%	16%	13%	9%	16%	...	
employés	16%	14%	29%	31%	30%	27%	13%	26%	...	
ouvriers	33%	41%	33%	25%	20%	30%	50%	26%	...	
Occupation actuelle									...	
activité	49%	70%	71%	34%	52%	20%	69%	53%	...	
chômage	2%	10%	9%	4%	4%	3%	10%	5%	...	
études, stage	0%	0%	5%	4%	9%	0%	2%	6%	...	
retraite	41%	15%	4%	33%	19%	55%	14%	22%	...	
femme au foyer	5%	2%	10%	16%	12%	10%	2%	10%	...	
inactifs autres	2%	2%	1%	9%	3%	12%	2%	3%	...	

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (4/9)

Eléments de biographie Evénement marquant depuis environ un an	Groupes d'usagers de psychotropes							test du chi-2	
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"		Ensemble
a déclaré un événement	21%	28%	28%	38%	26%	34%	23%	26%	***
événement récent touchant la santé d'un proche	16%	15%	17%	25%	18%	24%	12%	18%	
événement récent de mésentente familiale	1%	2%	4%	3%	2%	3%	2%	2%	
événement récent : problèmes personnels	1%	2%	2%	3%	2%	2%	1%	2%	
événement récent : difficultés matérielles	2%	6%	4%	4%	2%	2%	4%	3%	
autres événements récents	1%	2%	1%	2%	2%	2%	4%	2%	
Evénements familiaux graves avant 18 ans									
a déclaré un événement	26%	30%	34%	31%	29%	35%	29%	29%	**
séparation, divorce des parents	4%	8%	10%	7%	6%	6%	7%	6%	***
maladie, accident, handicap du père	10%	9%	12%	9%	11%	14%	10%	11%	n.s.
maladie, accident, handicap de la mère	8%	7%	9%	7%	7%	9%	9%	8%	n.s.
graves disputes entre parents	5%	8%	12%	9%	7%	8%	7%	7%	***
Conditions de travail									
Intérêt, variété, autonomie, utilité du travail									
une ou plusieurs réponses "pas du tout" à ces aspects du travail	22%	19%	28%	26%	25%	37%	28%	25%	n.s.
une ou plusieurs réponses "plutôt non" à ces aspects du travail	23%	30%	24%	31%	25%	23%	27%	25%	
plutôt oui ou tout-à-fait à ces quatre aspects du travail	37%	32%	32%	31%	33%	31%	30%	33%	
tout-à-fait à ces quatre aspects du travail	18%	19%	16%	12%	17%	9%	14%	17%	
exclus : individus ne travaillant pas									
Relations dans le travail avec les collègues, la hiérarchie, la clientèle									
une ou plusieurs relations jugées pas du tout satisfaisantes	2%	2%	2%	2%	3%	6%	3%	3%	
une ou plusieurs relations jugées plutôt non satisfaisantes	6%	9%	12%	14%	9%	19%	12%	9%	
relations plutôt oui ou tout-à-fait satisfaisantes	43%	44%	42%	43%	41%	49%	42%	42%	
relations tout-à-fait satisfaisantes	48%	45%	44%	41%	47%	26%	43%	46%	
exclus : individus ne travaillant pas									
Tension importante dans le travail (risque de chômage ou de faillite)									
oui	18%	24%	18%	18%	16%	25%	19%	17%	n.s.
non, non concernés (ne travaillent pas)	82%	77%	82%	82%	84%	75%	81%	83%	

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (519)

	Groupes d'usagers de psychotropes							Ensemble	test du chi-2
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"		
Consommation de tabac									...
Consommation quotidienne de tabac									
anciens fumeurs	40%	1%	0%	22%	20%	23%	17%	20%	
n'ont jamais fumé quotidiennement	41%	0%	0%	59%	67%	60%	22%	51%	
fumeurs actuels	18%	99%	100%	19%	13%	17%	61%	29%	
Nombre moyen de cigarettes par jour									
nombre moyen de cigarettes par jour	1,2	23,8	19,6	2,9	0,8	2,3	11,0		
nombre moyen de cigarettes par jour si fumeurs actuels	6,6	24,0	19,6	15,3	6,3	13,7	18,1		
Nombre de cigarettes par jour									
pas de consommation quotidienne de tabac	82%	1%	0%	81%	87%	83%	39%	71%	
1 à 6 cigarettes par jour	10%	0%	0%	3%	7%	4%	9%	6%	
7 à 12 cigarettes par jour	8%	5%	15%	5%	6%	5%	11%	7%	
13 à 18 cigarettes par jour	1%	11%	21%	1%	0%	2%	8%	3%	
19 à 24 cigarettes par jour	0%	50%	48%	8%	0%	5%	21%	9%	
25 à 30 cigarettes par jour	0%	15%	9%	1%	0%	0%	7%	2%	
35 cigarettes par jour ou plus	0%	18%	7%	1%	0%	1%	5%	2%	
Consommation de médicaments psychotropes (classe EPHMRA N05 et N06)									
Consommation régulière									
déclare consommer des psychotropes depuis au moins six mois	7%	8%	4%	58%	7%	76%	8%	11%	
pas de consommation régulière	93%	92%	96%	42%	93%	24%	92%	89%	
Acquisitions déclarées pendant l'enquête									
acquisition d'au moins une boîte pendant l'enquête	8%	6%	6%	100%	10%	100%	9%	16%	
pas d'acquisition	92%	94%	94%	0%	90%	0%	91%	84%	
acquisition de neuroleptiques	0%	1%	1%	11%	1%	5%	1%	1%	
acquisition d'hypnotiques ou sédatifs	1%	1%	1%	20%	2%	100%	2%	6%	
acquisition de tranquillisants	7%	4%	3%	58%	8%	31%	7%	10%	
acquisition d'antidépresseurs	0%	1%	0%	73%	0%	14%	3%	4%	
acquisitions de psychostimulants autres psychotropes	0%	0%	0%	31%	0%	4%	1%	1%	
Consommation de médicaments non psychotropes									
acquisition d'autres médicaments du système nerveux (antalgiques, etc.)	22%	16%	22%	46%	26%	48%	16%	26%	
acquisition de médicaments autre que du système nerveux	64%	46%	52%	92%	67%	97%	43%	65%	

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (6/9)

	Groupes d'usagers de psychotropes						test du chi-2		
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"		"Bière et autres"	Ensemble
Consommation quotidienne de boissons psychotropes (alcool, café et thé)									
Evolution de la consommation d'alcool									
	75%	73%	32%	26%	22%	30%	76%	36%	...
dose actuelle maximale									
a réduit la dose quotidienne d'alcool	25%	27%	9%	9%	4%	11%	24%	10%	
a arrêté la consommation quotidienne	0%	0%	10%	12%	8%	16%	0%	7%	
n'a jamais bu de façon quotidienne	0%	0%	49%	52%	66%	43%	0%	47%	
Nombre moyen de verres d'alcool par jour									
nombre moyen de verres de boissons alcoolisées par jour	3,6	5,3	0,7	0,7	0,4	1,0	7,4		
nombre moyen de verres de vin par jour	3,1	3,9	0,4	0,6	0,2	0,7	2,0		
nombre moyen de verres de bière ou de cidre par jour	0,3	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2	5,0		
nombre moyen de verres d'alcools forts par jour	0,2	0,9	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4		...
Nombre de verres d'alcool par jour									
ne boit pas de façon quotidienne	0%	0%	59%	64%	73%	59%	0%	54%	
un verre par jour	0%	0%	20%	20%	19%	15%	0%	15%	
deux à trois verres par jour	58%	21%	20%	11%	8%	18%	8%	18%	
quatre à cinq verres par jour	31%	40%	1%	5%	0%	6%	33%	8%	
six à sept verres par jour	8%	27%	0%	0%	0%	1%	21%	3%	
au moins huit verres par jour	4%	13%	0%	1%	0%	1%	39%	2%	...
Types d'alcool consommés									
ne boit pas de façon quotidienne	0%	0%	59%	64%	73%	59%	0%	54%	
vin seulement	67%	35%	18%	27%	14%	26%	0%	24%	
bière ou cidre seulement	0%	0%	8%	2%	4%	4%	33%	5%	
alcools forts seulement	0%	2%	5%	2%	2%	0%	0%	2%	
vin et bière ou cidre	13%	11%	5%	2%	2%	1%	39%	6%	
vin ou bière ou cidre et alcools forts	20%	52%	5%	3%	4%	10%	28%	10%	
Consommation quotidienne de café et de thé									
nombre moyen de verres de café ou de thé	2,2	2,9	3,8	2,4	2,2	2,0	3,0		

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (7/9)

	Groupes d'usagers de psychotropes							Ensemble	test du chi-2
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"		
Expression subjective de l'état de santé									
Estimation personnelle de l'état de santé général									
(très bien)	20%	22%	28%	5%	24%	5%	30%	22%	...
(bon)	53%	52%	54%	35%	51%	29%	49%	50%	...
(moyen)	23%	20%	16%	42%	21%	43%	18%	22%	...
(médiocre ou franchement mauvais)	4%	6%	3%	18%	4%	23%	3%	5%	...
Expression du mal-être (paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité")									
(pas ou peu de difficultés (classes 1 à 3))	70%	69%	65%	30%	63%	29%	63%	62%	...
(difficultés moyennes (classes 4 à 5))	23%	24%	27%	36%	26%	37%	29%	26%	...
(difficultés (classes 6 et 7))	8%	7%	9%	35%	11%	34%	7%	12%	...
Expression du mal-être : réponses tout-à-fait aux items de la grille									
(vous vous sentez tendu, nerveux)	8%	10%	13%	26%	12%	25%	12%	12%	...
(vous faites du souci pour des choses qui ne sont pas graves)	8%	8%	10%	29%	12%	24%	4%	12%	...
(vous vous sentez souvent effrayé, apeuré)	2%	2%	2%	10%	3%	11%	2%	3%	...
(vous avez du mal à vous concentrer)	2%	3%	3%	12%	3%	10%	3%	4%	...
(vous vous sentez souvent fatigué)	7%	9%	9%	24%	10%	28%	7%	10%	...
(vous vous fâchez pour des choses sans importance)	6%	6%	8%	8%	6%	8%	10%	6%	...
(vous avez des difficultés à vous endormir ou à rester endormi)	7%	9%	8%	23%	9%	32%	8%	10%	...
(vous avez souvent des douleurs)	9%	9%	5%	27%	9%	31%	4%	10%	...
(vous vous sentez sans espoir en pensant à l'avenir)	3%	3%	4%	14%	3%	14%	2%	4%	...
(vous vous sentez seul)	3%	3%	3%	13%	3%	15%	2%	4%	...

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (8/9)

Morbidity déclarée pendant les trois mois de la collecte Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête	Groupes d'usagers de psychotropes						Ensemble	test du chi-2	
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"			"Bière et autres"
0 à 1 maladie	15%	27%	29%	4%	20%	2%	33%	20%	...
2 à 4 maladies	40%	45%	48%	15%	39%	8%	42%	38%	...
5 à 9 maladies	37%	26%	21%	52%	31%	46%	20%	32%	...
10 maladies et plus	8%	1%	2%	30%	10%	45%	5%	10%	...
Maladies déclarées par chapitres de la Classification Internationale (CIM-IX)									
<i>I-Maladies infectieuses et parasitaires</i>	4%	2%	8%	9%	8%	11%	5%	7%	...
<i>II-Tumeurs</i>	4%	3%	2%	6%	3%	7%	4%	3%	...
<i>III-IV-Troubles endocriniens, immunitaires, métaboliques, maladies du sang</i>	38%	16%	15%	46%	29%	55%	22%	30%	...
<i>V-Troubles mentaux</i>	7%	9%	6%	77%	11%	40%	9%	13%	...
<i>VI-Maladies du système nerveux central et périphérique</i>	4%	3%	7%	10%	8%	13%	3%	7%	...
<i>VI-Maladies des organes des sens</i>	74%	52%	42%	79%	63%	87%	44%	63%	...
<i>VII-Maladies de l'appareil circulatoire</i>	39%	19%	13%	62%	33%	76%	21%	33%	...
<i>VIII-Maladies de l'appareil respiratoire</i>	25%	24%	28%	33%	29%	40%	25%	29%	...
<i>IX-Maladies bucco-dentaires</i>	57%	55%	48%	70%	51%	73%	48%	53%	...
<i>IX-Maladies de l'appareil digestif</i>	20%	13%	11%	42%	21%	51%	11%	21%	...
<i>X-XI-Maladies des organes génito-urinaires, troubles de la grossesse</i>	10%	5%	9%	21%	13%	17%	5%	12%	...
<i>XII-Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</i>	8%	7%	10%	16%	11%	17%	9%	11%	...
<i>XIII-Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles, du tissu conjonctif</i>	34%	27%	23%	49%	31%	59%	23%	32%	...
<i>XIV-XV-Anomalies, maladies congénitales et périnatales</i>	1%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	n.v.
<i>XVI-Symptômes, signes et états morbides mal définis</i>	23%	21%	24%	41%	26%	72%	19%	27%	...
<i>XVII-Causes extérieures, lésions traumatiques et empoisonnements</i>	8%	9%	8%	10%	8%	8%	13%	8%	n.s.
Déclaration de troubles mentaux (CIM chapitre V)									
<i>psychoses</i>	0%	0%	0%	2%	0%	2%	0%	0%	n.v.
<i>troubles névrotiques, troubles de la personnalité</i>	5%	4%	4%	9%	7%	19%	4%	7%	...
<i>état dépressif, dépression</i>	1%	4%	2%	62%	3%	19%	3%	5%	...
<i>dépendance alcoolique ou autre</i>	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	n.v.
<i>autres troubles mentaux</i>	1%	0%	0%	4%	1%	1%	1%	1%	n.v.
Autres aspects de l'état de santé									
<i>incapacité permanente</i>	12%	8%	7%	26%	11%	36%	6%	12%	...
<i>Interruption, changement d'emploi pour raison de santé</i>	14%	14%	8%	19%	7%	17%	12%	9%	...
<i>interruption des études pour raison de santé</i>	4%	5%	6%	5%	4%	9%	3%	5%	...
<i>au moins quatre interventions chirurgicales depuis la naissance</i>	6%	8%	6%	17%	6%	17%	3%	7%	...

Caractéristiques sociodémographiques sanitaires des groupes usagers de psychotropes (9/19)

	Groupes d'usagers de psychotropes							test du chi-2	
	"Vin modéré"	"Vins et tabac"	"Tabac seul"	"Antidépresseurs Tranquillisants"	"Consommation faible ou nulle"	"Hypnotiques"	"Bière et autres"		Ensemble
Recours au système de soins pendant les trois mois de collecte									
recours à un médecin pendant l'enquête	59%	43%	47%	97%	62%	95%	41%	61%	...
recours à un généraliste pendant l'enquête	51%	36%	38%	89%	50%	90%	35%	51%	...
recours à un spécialiste pendant l'enquête	21%	13%	19%	50%	30%	36%	17%	27%	...
recours à un psychiatre, neuropsychiatre, psychologue pendant l'enquête	1%	2%	0%	16%	1%	5%	2%	2%	n.v.
séances paramédicales ou dentaires pendant l'enquête	22%	16%	20%	44%	26%	41%	14%	25%	...
allègement, arrêt de travail ou hospitalisation pendant l'enquête	7%	11%	8%	23%	11%	19%	10%	10%	...
hospitalisation six mois avant ou pendant l'enquête	7%	8%	6%	19%	9%	18%	6%	9%	...
analyses ou examens de santé pendant l'enquête	21%	14%	15%	43%	23%	39%	13%	23%	...

ANNEXE V-B :

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES SUR LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET LES USAGES

Cette analyse donne une vision d'ensemble des liens entre usages de psychotropes et appartenances sociales. Les variables actives sont d'ordre démographique, familial et socioéconomique.

Les groupes d'usagers de psychotropes issus de la typologie sont également introduits en tant que variables actives dans les calculs, afin d'apprécier les proximités entre données d'usages et données sociodémographiques.

Le graphique présenté correspond au premier plan factoriel issu de l'ACM. Les contributions au 1° et au 2° axes de chacune des modalités sont précisées.

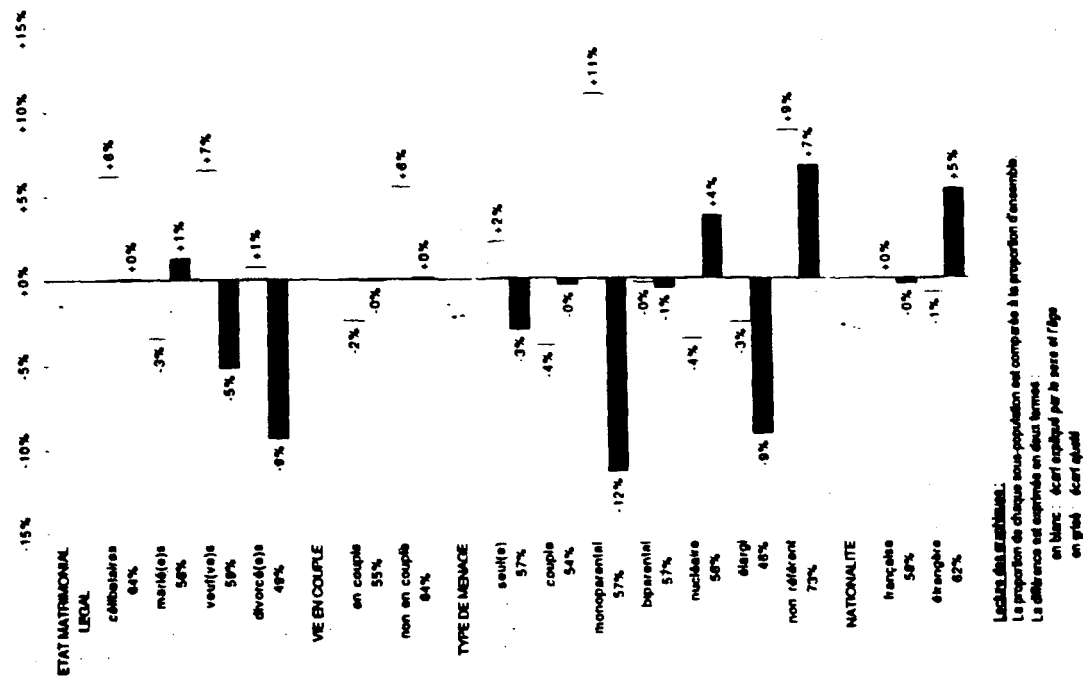
ANNEXE V-C :

REPARTITION DES USAGES DE PSYCHOTROPES SELON LES DONNEES FAMILIALES ET SOCIALES APRES AJUSTEMENT SELON LE SEXE ET L'AGE

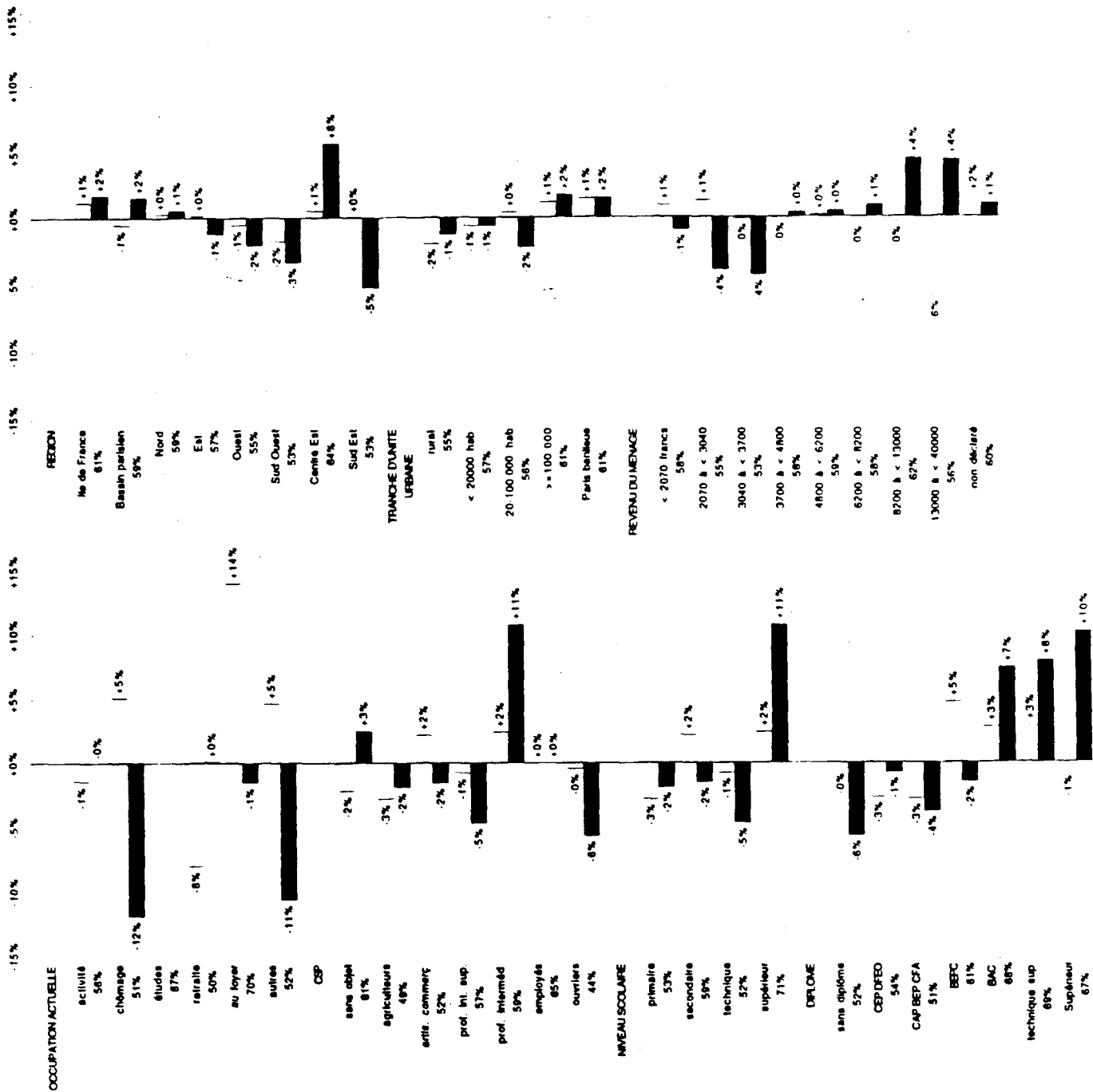
Le poids de chaque groupe issu de la typologie des usages de psychotropes est examiné selon les données familiales et sociales. Les chiffres expriment les écarts de pourcentage entre chaque strate définie selon les critères familiaux et sociaux et l'échantillon d'ensemble. Cet écart est décomposé en deux éléments : différence due au sexe et à l'âge (variables d'ajustement), et différence résiduelle non expliquée par les différences de structure par sexe et âge (écart ajusté).

Proportion de sujets appartenant au groupe "abstinents et faibles consommateurs" selon les caractéristiques sociodémographiques
Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 57,9%



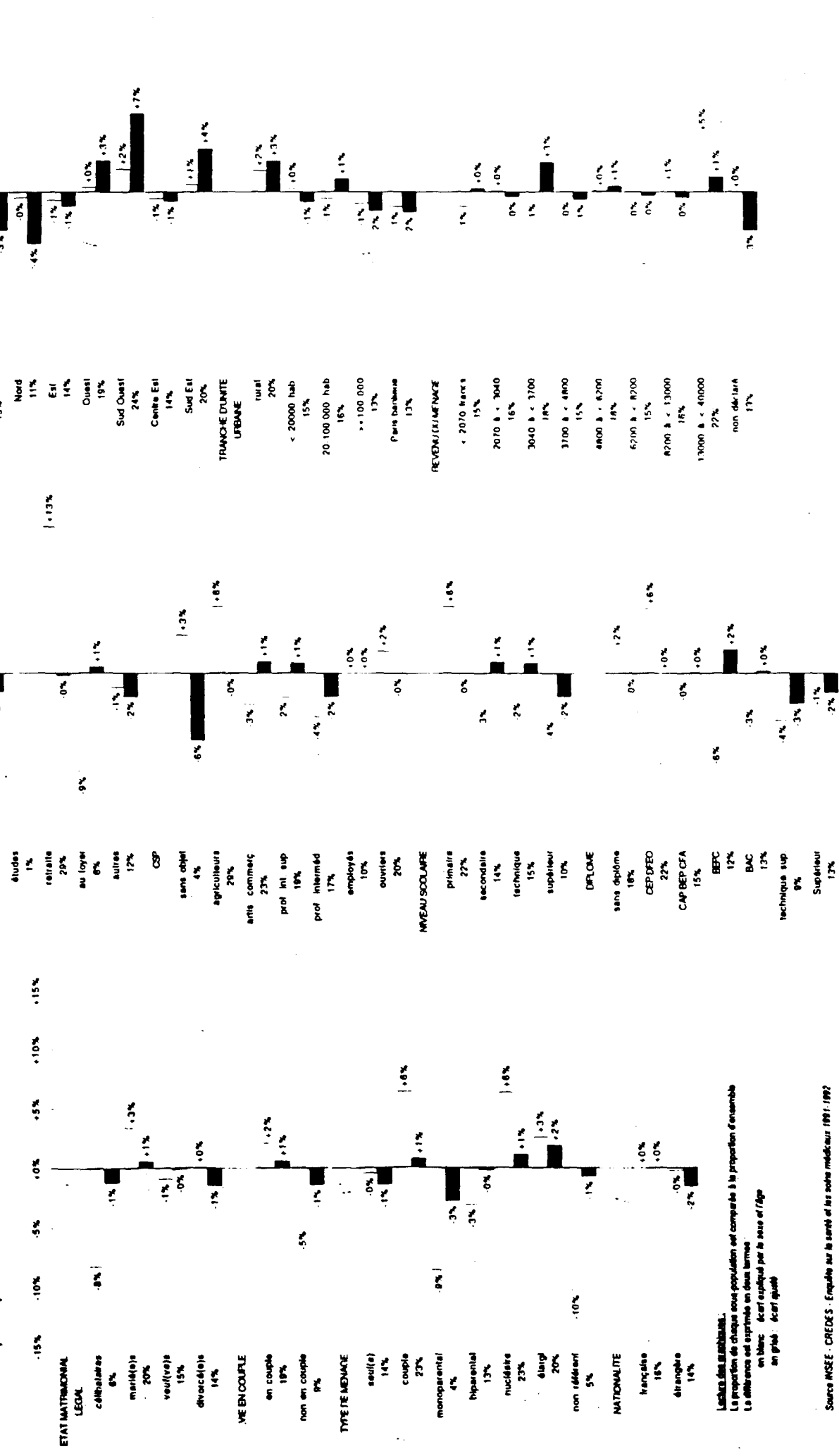
Source INSEE - CREDES - Enquête sur le zéro et les zéros médicamenteux 1991-1992



Proportion de sujets appartenant au groupe "vin modéré" selon les caractéristiques sociodémographiques

Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 15,8%

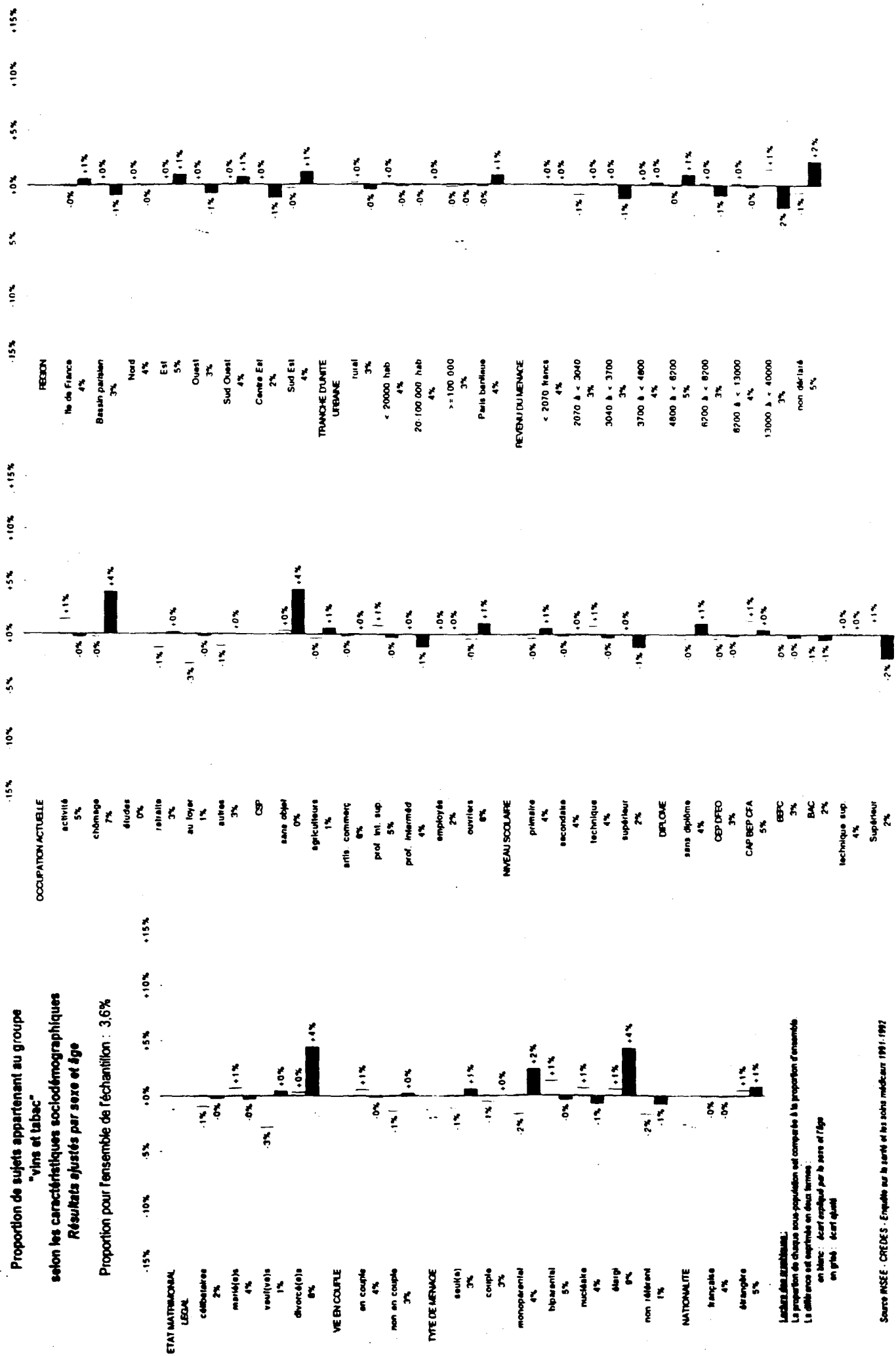


Lettres des graphiques : La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble. La différence est exprimée en deux termes : en blanc : écart positif par le sexe et l'âge ; en gris : écart négatif.

Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Proportion de sujets appartenant au groupe "vins et tabac" selon les caractéristiques sociodémographiques

Résultats ajustés par sexe et âge
Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 3,6%



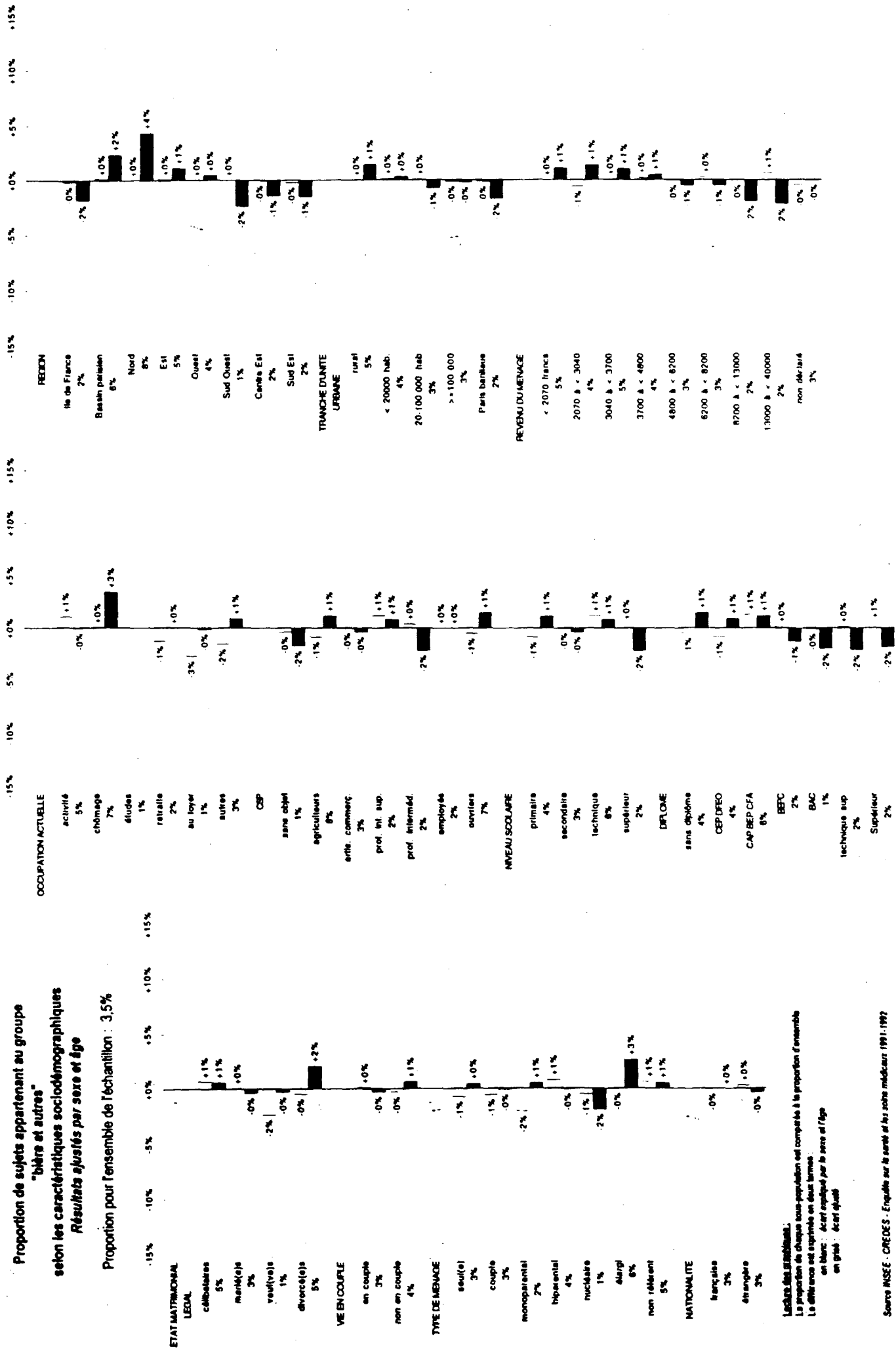
Legende des symboles.
La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble.
Le signe + indique une sur-représentation, le signe - une sous-représentation.
en gris : écart positif par le sexe et l'âge

Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Proportion de sujets appartenant au groupe "bière et autres" selon les caractéristiques sociodémographiques

Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 3,5%



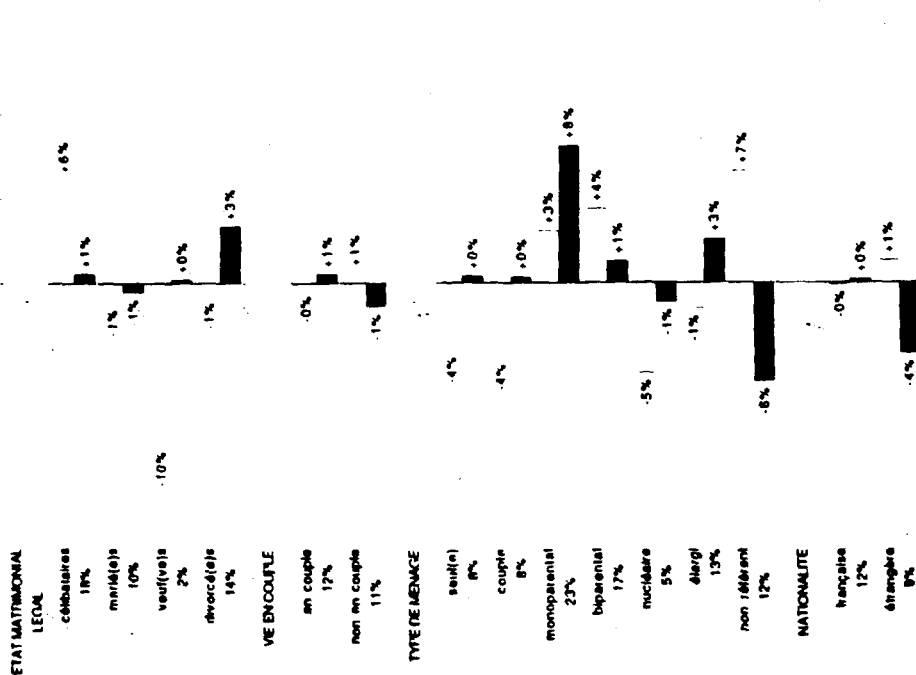
LECTURE DES RESULTATS : La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble. Le chiffre est exprimé en deux décimales. en blanc : Actif ; en gris : Actif équivalent.

Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Proportion de sujets appartenant au groupe "tabac seul" selon les caractéristiques sociodémographiques

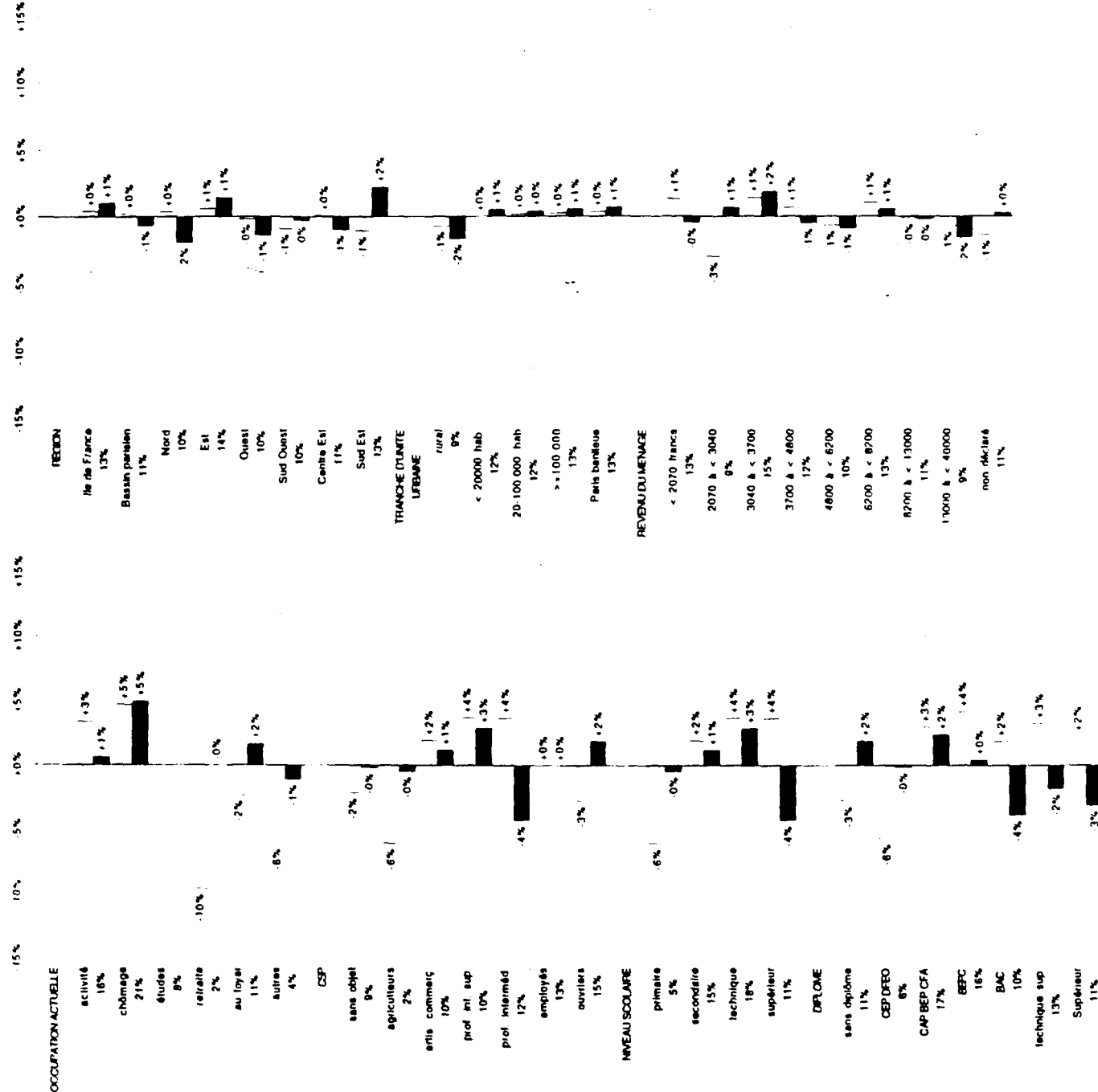
Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 11,7%



Legende des abréviations.
 La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble.
 La différence est exprimée en deux termes :
 en blanc : écart positif par le sexe et l'âge
 en gris : écart négatif

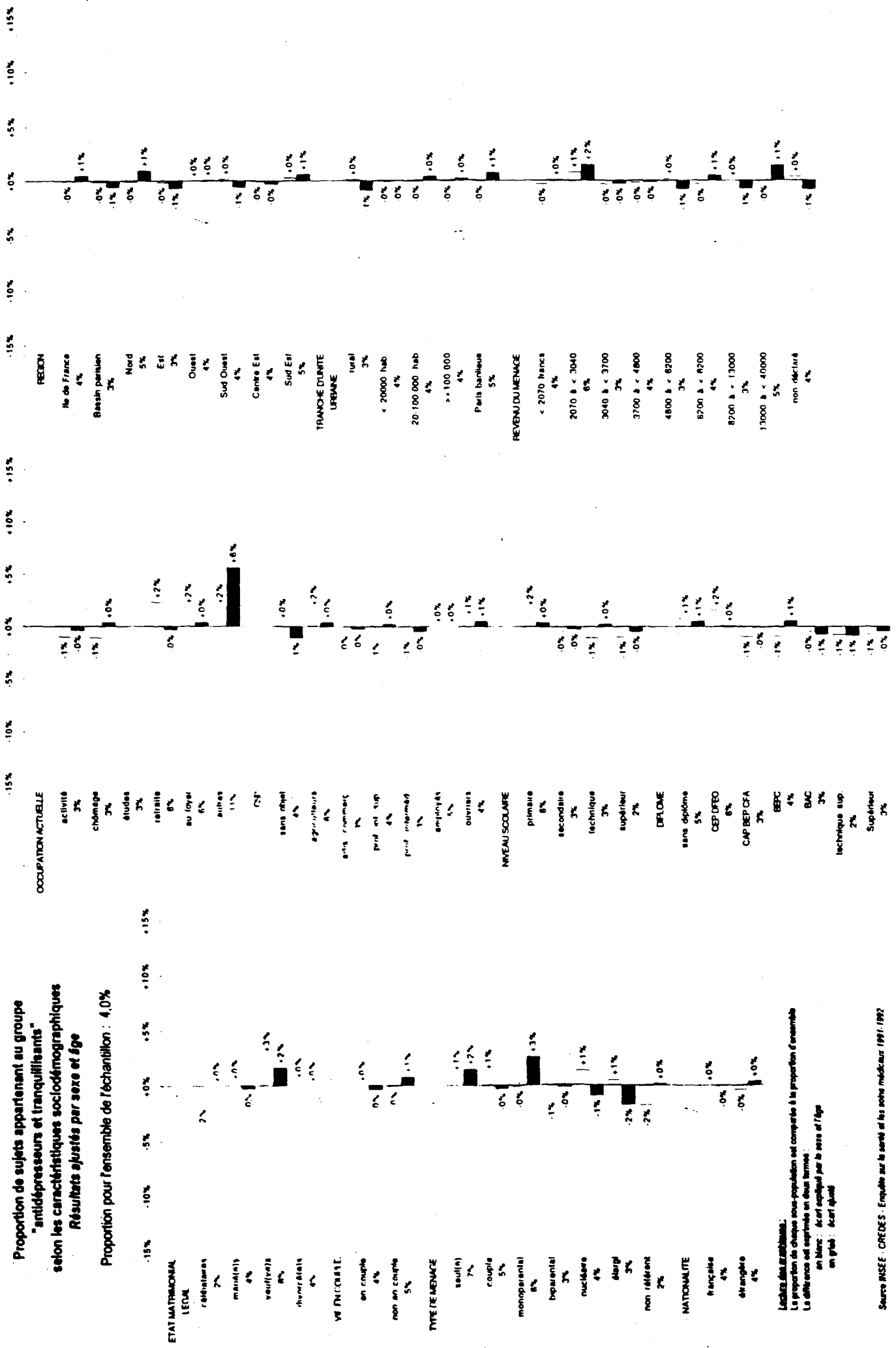
Source INSEE - CREDES - Enquête sur le tabac et les cotons médicamenteux 1991-1992



Proportion de sujets appartenant au groupe "antidépresseurs et tranquillisants" selon les caractéristiques sociodémographiques

Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 4,0%



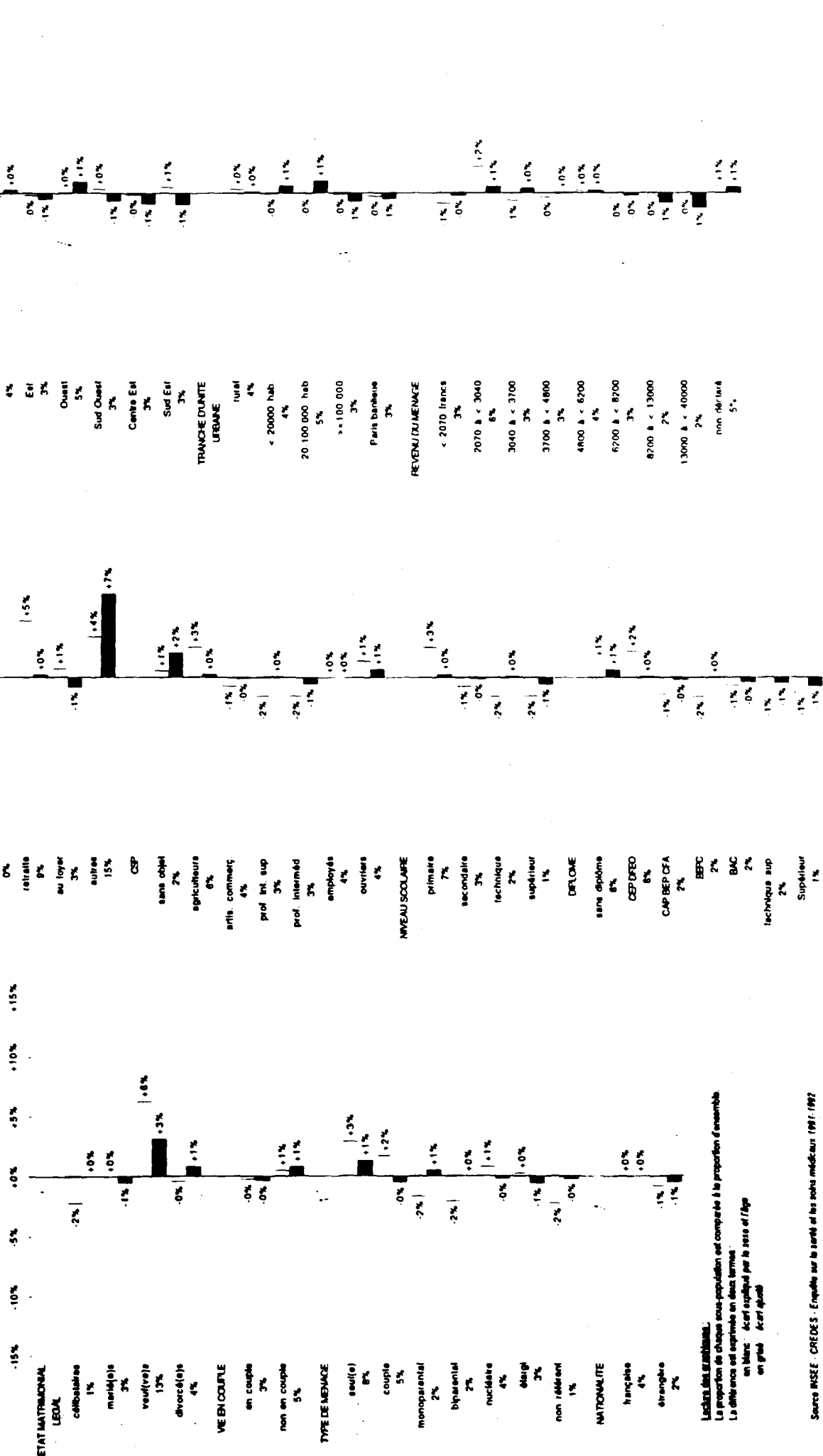
Legendes des symboles:
La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble.
La différence est exprimée en deux termes:
en blanc : excès expliqué par le sexe et l'âge
en gris : excès global

Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Proportion de sujets appartenant au groupe "hypnotiques" selon les caractéristiques sociodémographiques

Résultats ajustés par sexe et âge

Proportion pour l'ensemble de l'échantillon : 3,6%



LEGENDE DES ABRÉVIATIONS:
La proportion de chaque sous-population est comparée à la proportion d'ensemble.
La différence est exprimée en pourcentage.
en blanc : écart positif par le sexe / âge
en gris : écart négatif

Source INSEE - CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux (1987-1992)

ANNEXE V-D :

CORRELATIONS ENTRE USAGES DE PSYCHOTROPES ET MALADIES DECLAREES PENDANT L'ENQUETE : ODDS-RATIOS AJUSTES PAR AGE

Ce tableau donne pour chaque groupe de consommateurs de produits psychotropes issu de la typologie les odds-ratios estimant la probabilité d'avoir déclaré une maladie. Les maladies sont classées par rubrique détaillée de la classification internationale des maladies (C.I.M. 9^e révision).

Le groupe témoin est celui des abstinents et faibles consommateurs et les groupes étudiés sont les six groupes de consommateurs ("vin modéré", "vins et tabac", "tabac seul", "antidépresseur et tranquillisants", "hypnotiques" et "bière et autres").

Seuls les odds-ratios significativement différents de 1 sont présentés, avec leurs intervalles de confiance au seuil de 5%.

Ces tableaux ne permettent en aucun cas de faire une interprétation causale. Ils donnent simplement la mesure de l'importance des corrélations entre les déclarations de maladies pendant les trois mois de l'enquête et les comportements en matière d'usage de produits psychotropes.

Corrélations entre usages de psychotropes et maladies déclarées pendant l'enquête : odds-ratios ajustés par âge

Maladies déclarées pendant l'enquête par rubrique de la C.I.M. (9 ^e révision)	Type d'usage de psychotropes														
	IC (min. / max.)	"vin modéré"	"vins et tabac"	"tabac seul"	"antidépresseurs tranquilisants"	"hypnotiques"	"bière et autres"								
Maladies infectieuses et parasitaires															
maladies infectieuses intestinales	0,42	0,57	0,79	0,13	0,29	0,62	1,08	1,63	2,46						
herpès, zona	0,11	0,27	0,72	...	...	...	...	...	...
mycoses	0,30	0,59	0,82	...	...	...	...	...	...
Tumeurs															
tumeur maligne	...	...	...	...	1,01	1,65	2,69	...	...				
tumeur bénigne, tumeur sans autre indication	...	...	...	...	...	...	...	1,19	2,12	3,77		
tumeur maligne du sein	0,03	0,13	0,68	...	...	...	...	...	...
tumeur maligne uro-génitale	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Troubles endocriniens, métaboliques, immunitaires et maladies du sang															
troubles thyroïdiens	0,13	0,27	0,57	0,30	0,41	0,57	1,12	1,44	1,85						
diabète et autres troubles endocriniens	...	...	...	...	...	...	...	1,22	1,58	2,04		
trouble du métabolisme des lipides	...	...	...	0,19	0,42	0,91	...	1,22	2,28	4,24		
obésité	...	...	...	0,23	0,35	0,52	1,22	1,89	2,26	3,28		
autres troubles du métabolisme	0,27	0,49	0,76	0,60	0,75	0,94	...	1,01	1,40	1,94					
anémie, autres maladies du sang	0,08	0,22	0,61	0,05	0,20	0,78	...	...	...	...	
Troubles mentaux															
psychose	0,33	0,43	0,55	...	...	...	1,22	2,46	4,97	...		
troubles névrotiques, troubles de la personnalité	0,35	0,47	0,62	...	...	...	17,24	21,52	26,85	2,96	3,90	4,68
dépression, état dépressif	0,17	0,30	0,52	0,48	0,70	1,00	3,13	7,06	15,90	1,65	4,35	11,42			
dépendance alcoolique, tabagique, toxicomanie	...	...	...	...	...	...	41,07	50,87	63,01	1,51	2,08	2,87
état réactionnel passager, trouble post-traumatique	...	...	...	3,30	9,59	27,84	...	...	...	4,75	6,67	9,35
autres troubles mentaux (retard mental, ...)	...	...	...	...	...	...	3,74	7,20	13,88	...	...	...
Maladies du système nerveux central et périphérique															
maladie de Parkinson, autres maladies héréditaires du S.N.C.	0,36	0,49	0,66	0,16	0,32	0,64	...	...	...	1,20	1,74	2,52
migraines	0,38	0,53	0,74	0,11	0,24	0,54	...	...	...	1,11	2,07	7,45
autres maladies du système nerveux central	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,66	3,34	6,71
maladies du système nerveux périphérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maladies des organes des sens															
troubles de la vision et de la vue	0,61	0,73	0,87	0,39	0,52	0,70	...	...	...	...	...	...
autres affections de l'œil	0,60	0,71	0,85	0,37	0,50	0,67	0,60	0,71	0,83	0,34	0,45	0,61	
affections de l'oreille	0,48	0,64	0,85	0,35	0,54	0,84	0,61	0,72	0,86	0,37	0,49	0,66	
Maladies de l'appareil circulatoire															
hypertension	0,54	0,63	0,74	0,32	0,44	0,61	0,50	0,62	0,76	1,71	2,26	2,98	1,88	2,57	3,52
cardiopathies ischémiques	0,67	0,80	0,96	0,39	0,58	0,85	0,39	0,58	0,85	1,35	1,76	2,31
trouble du rythme cardiaque	1,34	2,16	3,45	1,40	2,00	2,87
maladies vasculaires cérébrales	0,10	0,29	0,86	0,10	0,29	0,86	1,80	2,57	3,68	1,25	1,90	2,88
artérites	1,33	2,22	3,69	1,53	2,39	3,73
varices, hémorroïdes	0,43	0,53	0,65	1,60	3,23	6,52	0,48	0,65	0,87
troubles circulatoires autres	0,30	0,40	0,55	0,14	0,25	0,43	0,34	0,52	0,80	1,35	1,87	2,58	1,15	1,62	2,29

Source : INSEE-CREDES Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. N.B. : Les odds-ratios sont ajustés selon l'âge. Seuls les résultats significativement différents de 1 au seuil de 5% sont indiqués. L'estimation de l'O.R. est indiquée en gras, celle des bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance en italique.

Il.C. Odds I.C.J.
[min. Ratio max.]

Type d'usage de psychotropes

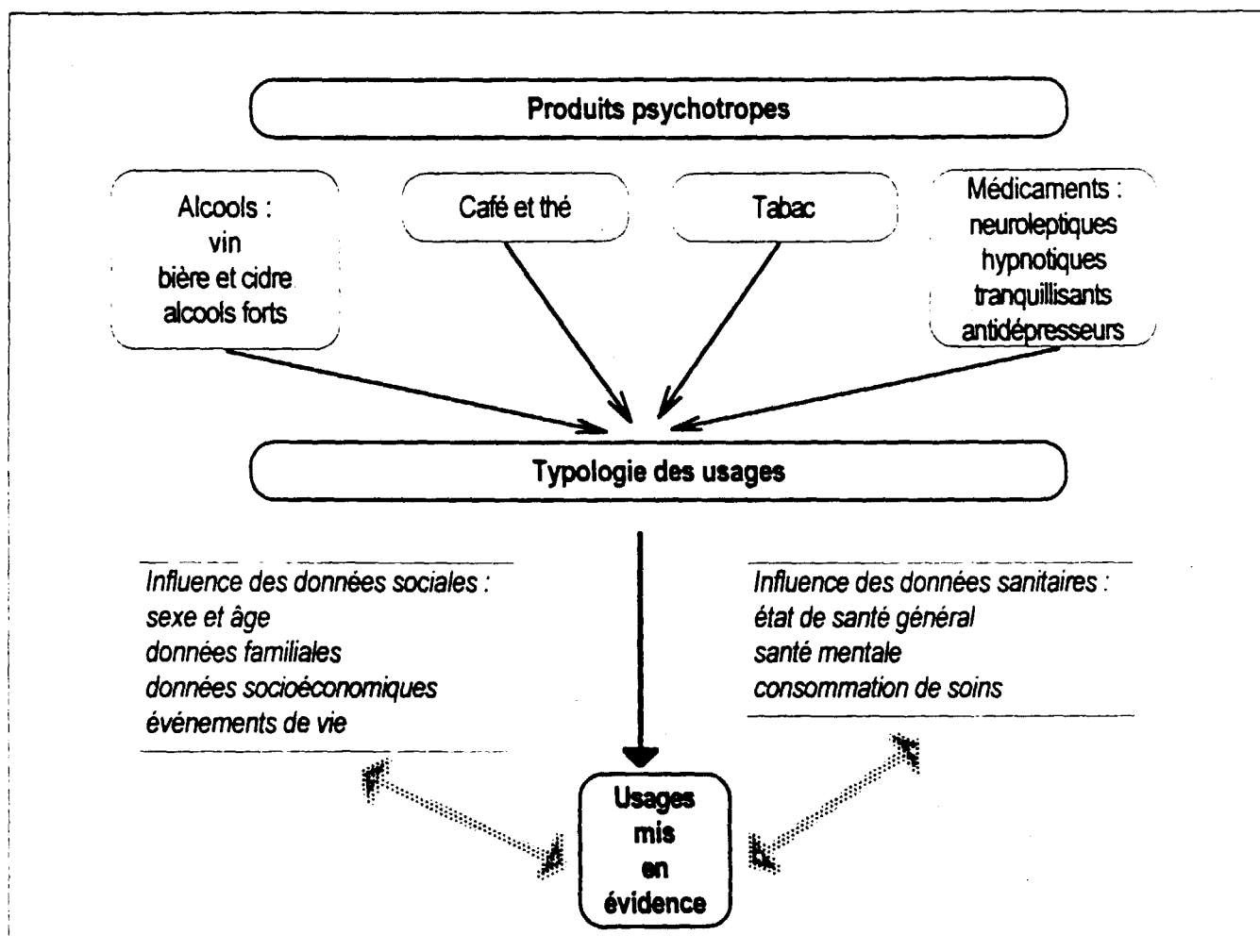
Maladies déclarées pendant l'enquête par rubrique de la C.I.M. (9 ^e révision)	Type d'usage de psychotropes								
	"vin modéré"	"vins et tabac"	"tabac seul"	"antidépresseurs tranquillisants"	"hypnotiques"	"bière et autres"			
Maladies de l'appareil respiratoire	0,65	0,75	0,86	1,18	1,80	2,75	1,28	1,66	2,15
affections aiguës des voies respiratoires supérieures	...	...	...	...	...	...	1,02	1,39	1,88
affections chroniques des voies respiratoires supérieures	...	...	...	...	...	...	...	...	...
grippe	0,07	0,22	0,73	0,31	0,49	0,79	...	...	...
asthme, autres maladies pulmonaires obstructives	1,08	1,80	3,00	...	...	...	1,28	1,93	2,91
Maladies bucco-dentaires	0,65	0,75	0,86	1,18	1,80	2,75	...	...	...
Autres maladies de l'appareil digestif	0,55	0,65	0,77	1,13	1,49	1,95	...	...	...
ulcère	...	...	...	1,59	2,04	2,61	...	...	...
autres maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum	...	...	...	1,26	1,79	2,53	...	...	...
hémie abdominale	...	...	...	1,76	2,90	4,77	...	...	...
entérite, colite non infectieuse	...	...	...	...	...	...	1,28	2,21	3,83
constipation, colite, troubles intestinaux autres	0,35	0,44	0,56	1,35	1,79	2,38	...	...	...
maladies du foie, de la bile et du pancréas	...	...	...	0,43	0,60	0,85	...	...	...
Maladies des organes génito-urinaires, complications de la grossesse	0,47	0,58	0,72	1,16	1,58	2,10	...	...	...
maladie de l'appareil urinaire	0,43	0,65	0,97	...	...	...	1,05	1,76	2,92
troubles de la ménopause	0,20	0,29	0,43	...	...	...	...	...	...
autres troubles génitaux	...	...	...	1,23	1,85	2,78	...	...	...
Maladies de la peau et du tissu conjonctif	0,52	0,67	0,86	1,13	1,57	2,17	...	...	...
eczéma	...	...	...	...	...	...	1,16	1,63	2,28
psoriasis	...	...	...	...	...	...	...	...	...
autres inflammations cutanées	...	...	...	...	...	...	1,31	2,58	5,08
acné	...	...	...	1,25	2,94	6,91	...	...	...
autres affections de la peau et des tissus sous-cutanés	0,34	0,51	0,78	...	...	...	1,18	1,90	3,05
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0,61	0,76	0,81	1,10	1,41	1,80	...	...	...
arthropathies	0,54	0,66	0,81	1,02	1,38	1,86	...	...	...
affections des vertèbres	0,46	0,58	0,73	...	...	...	1,26	1,87	2,22
lumbago, sciatique, lombalgie	...	...	...	...	...	...	...	...	...
rhumatisme abarticulaire sauf plan dorsal	...	...	...	...	...	...	...	...	...
ostéopathies, chondroopathies	0,17	0,29	0,50	1,01	1,66	2,72	...	...	...
Anomalies congénitales, affections d'origine périnatale	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Symptômes, signes et états morbides mal définis	0,61	0,71	0,83	...	...	...	...	...	...
symptômes généraux mal définis	0,52	0,64	0,79	1,25	1,59	2,02	...	...	...
symptômes nerveux, musculaires, osseux	...	...	...	2,47	4,30	7,48	...	...	...
céphalées, maux de gorge, maux de tête autres	0,51	0,67	0,88	1,04	1,50	2,16	...	...	...
symptômes cardiovasculaires	0,22	0,45	0,89	...	...	...	1,16	1,70	2,49
symptômes respiratoires	...	...	...	...	...	...	...	...	...
symptômes autres	...	...	...	1,24	2,04	3,35	...	...	...
résultats sanguins et urinaux anormaux	1,62	2,41	3,58	1,47	2,97	4,95	...	...	...
états épileptiques et nerveux mal définis	0,17	0,37	0,84	...	...	...	1,00	2,06	4,26
Lésions traumatiques et empoisonnements	...	...	...	...	...	...	...	...	...

N.B. : Les odds-ratios sont ajustés selon l'âge. Seuls les résultats significativement différents de 1 au seuil de 5% sont indiqués.
L'estimation de l'OR est indiquée en gras, celle des bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance en italique.
LIRE AINSI : A l'âge égal, le risque d'avoir déclaré un trouble mental est 3,80 fois plus important dans le groupe "hypnotiques" que dans le groupe témoins des abstinentes et faibles consommateurs.

ANNEXE V-E :

ANALYSE LOGISTIQUE DES DETERMINANTS SANITAIRES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES DES USAGES DE PSYCHOTROPES

Chaque groupe d'usagers de psychotropes a fait l'objet d'une analyse logistique, le groupe témoin étant celui des abstinents et faibles consommateurs. Les variables explicatives sont d'ordre sociodémographique et sanitaire.



Ces résultats restent prospectifs. Les modèles sont tous ajustés selon le même schéma : comparaison au groupe des abstinents, facteurs explicatifs. C'est dans la comparaison des influences des variables introduites dans les modèles que réside l'interprétation des résultats, en particulier, le poids des données sociodémographiques et celui des données de santé.

L'analyse logistique a été réalisée au moyen de la procédure CATMOD du système SAS. Les estimations des coefficients fournies sont accompagnées de tests de significativité des résultats : l'hypothèse que l'on peut rejeter en cas de significativité au seuil de 5% est celle d'une nullité du coefficient alors que les coefficients de toutes les autres variables sont fixés à la valeur nulle (ajustement). Cette nullité du coefficient correspond à un risque relatif égal à l'unité, c'est-à-dire à un risque qui n'est ni inférieur, ni supérieur.

Déterminants sociodémographiques et sanitaires des usages de psychotropes
Analyse logistique de chaque usage opposé à l'abstinence ou faible consommation

Probabilité d'appartenance au groupe "Usage de vins et de tabac"

	logit	P	risque	seuil	Occupation actuelle	logit	P	risque	seuil	Situation de référence	logit	P	risque	seuil
Sexe					>>>					Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête				
masculin	+1,5	14%	3,9	****	à un emploi	-0,5	02%	0,6	n.s.	0 à 1 maladie	+0,6	06%	1,7	**
féminin	-1,5	01%	0,2		risque de chômage ou faillite	-0,2	03%	0,8	n.s.	2 à 4 maladies	+0,4	05%	1,5	*
Age					chômage, recherche d'emploi	+0,8	07%	2,1	****	5 à 9 maladies	+0,3	05%	1,4	*
18-34 ans	-0,2	03%	0,8	n.s.	inactifs divers	-0,0	03%	1,0	*	10 maladies et plus	-1,3	01%	0,3	***
35-49 ans	+0,5	06%	1,6	****	Catégorie socio-professionnelle					Incapacité permanente				
50-64 ans	+0,5	06%	1,7	****	n'a jamais travaillé	-2,5	00%	0,1	***	oui	-0,2	03%	0,9	n.s.
65 ans et plus	-0,9	02%	0,4	***	agriculteurs	-0,6	02%	0,6	n.s.	non	+0,2	04%	1,2	
Nationalité					artisans, commerçants, entrepr.	+1,1	10%	2,7	****	Indice de masse corporelle				
française	+0,1	04%	1,1		prof. intellectuelles supérieures	+0,7	07%	1,9	**	10% extrêmes	+0,1	04%	1,1	n.s.
étrangère	-0,1	03%	0,9	n.s.	professions intermédiaires	+0,6	06%	1,7	**	90% centraux	-0,1	03%	0,9	
Situation familiale					>>>	+0,3	05%	1,3	**	Influence de la santé sur les études ou le travail				
célibataire	-0,9	01%	0,4	****	employés	+0,3	05%	1,3	**	perturbation	+0,2	04%	1,2	*
marité(e) et en couple	-0,4	03%	0,7		ouvriers	+0,5	06%	1,6	**	non	-0,2	03%	0,9	
en couple sans être marié(e)	+0,1	04%	1,1	n.s.	Diplôme					Santé mentale				
divorcé(e) ou séparé(e)	+0,5	05%	1,5	*	>>>	+0,5	06%	1,7		trouble mental	+0,1	04%	1,1	n.s.
veuf(ve)	+0,7	07%	2,0	***	aucun diplôme	+0,5	06%	1,7	n.s.	syndrome mal défini	+0,1	04%	1,1	n.s.
Événements de vie					C.E.P.	+0,2	04%	1,2	n.s.	ni fun ni l'autre	-0,1	03%	0,9	
aucune déclaration	-0,2	03%	0,9		B.E.P.C.	-0,0	03%	1,0	n.s.	Estimation personnelle de l'état de santé				
antécédent familial grave avant 18 ans	-0,0	03%	1,0	n.s.	C.A.P., B.E.P., C.F.A.	+0,1	04%	1,1	n.s.	bon ou très bon	-0,5	02%	0,6	***
événement marquant récent	-0,0	03%	1,0	n.s.	baccalauréat	-0,1	03%	0,9	n.s.	moyen	-0,1	03%	0,9	
les deux	+0,2	04%	1,2	n.s.	diplôme supérieur	-0,7	02%	0,5	***	mauvais	+0,6	06%	1,7	**
Modalités de référence définies pour la régression.					Tranche d'unité urbaine					Expression du mal être				
logit					>>>	+0,1	04%	1,1	n.s.	pas ou peu (classes 1 à 3)	+0,1	04%	1,1	n.s.
P					commune rurale	-0,1	03%	0,9	n.s.	moyen (classes 4 & 5)	+0,1	04%	1,1	
risque					moins de 100.000 habitants	-0,0	03%	1,0	n.s.	mal être (classes 6 & 7)	-0,2	03%	0,8	n.s.
seuil					grandes villes, Paris et banlieue					Soins pendant l'enquête				
					Région					psychiatrie	+0,9	09%	2,4	*
					ile de France	+0,1	04%	1,2	n.s.	hospitalisation	-0,4	02%	0,7	*
					autres régions	-0,6	02%	0,6	n.s.	autres spécialistes	-0,6	02%	0,5	***
					Nord et Est	+0,2	04%	1,2	n.s.	allègement, interruption d'activité	+0,0	04%	1,0	n.s.
					Sud	+0,3	04%	1,3	**	généralistes, paramédicaux	-0,1	03%	0,9	n.s.
										pas de recours	+0,2	04%	1,2	

ME: La procédure de régression logistique utilisée est CATMOD (SAS system®).

Sources : INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Déterminants sociodémographiques et sanitaires des usages de psychotropes
Analyse logistique de chaque usage opposé à l'abstinence ou faible consommation

Probabilité d'appartenance au groupe "Bière et autres"

	logit	P	risque	seuil	Occupation actuelle	logit	P	risque	seuil	Situation de référence	logit	P	risque	seuil
Sexe					>>>					Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête				
>>>	masculin	+1,5	10%	4,1	a un emploi	-0,1	02%	0,9	****	0 à 1 maladie	-0,1	02%	0,9	n.s.
>>>	féminin	-1,5	01%	0,2	risque de chômage ou faillite	-0,4	02%	0,7	*	2 à 4 maladies	+0,0	02%	1,0	
Age					chômage, recherche d'emploi	+0,5	04%	1,6	**	5 à 9 maladies	-0,1	02%	0,9	n.s.
>>>	18-34 ans	+0,3	03%	1,3	inactifs divers	-0,0	02%	1,0	n.s.	10 maladies et plus	+0,1	03%	1,2	n.s.
>>>	35-49 ans	+0,4	04%	1,5	Catégorie socio-professionnelle					Incapacité permanente				
>>>	50-64 ans	-0,0	02%	1,0	n'a jamais travaillé	-1,4	01%	0,3	****	oui	-0,2	02%	0,8	n.s.
>>>	65 ans et plus	-0,7	01%	0,5	agriculteurs	+0,9	06%	2,5	****	non	+0,2	03%	1,2	
Nationalité					artisans, commerçants, entrepr.	+0,4	04%	1,5	n.s.	Indice de masse corporelle				
>>>	française	+0,1	03%	1,1	prof. intellectuelles supérieures	-0,2	02%	0,8	n.s.	10% extrêmes	-0,1	02%	0,9	n.s.
>>>	étrangère	-0,1	02%	0,9	professions intermédiaires	-0,3	02%	0,8	n.s.	90% centraux	+0,1	03%	1,1	
Situation familiale					employés	+0,2	03%	1,2	***	Influence de la santé sur les études ou le travail				
>>>	célibataire	-0,0	02%	1,0	ouvriers	+0,4	04%	1,5	***	perturbation	-0,1	02%	0,9	n.s.
>>>	marié(e) et en couple	-0,4	02%	0,7	aucun diplôme	+0,6	04%	1,8	***	non	+0,1	03%	1,1	
>>>	en couple sans être marié(e)	-0,2	02%	0,8	C.E.P.	+0,6	04%	1,8	***	Santé mentale				
>>>	divorcé(e) ou séparé(e)	-0,1	02%	0,9	B.E.P.C.	-0,4	02%	0,7	*	trouble mental	+0,2	03%	1,2	n.s.
>>>	veuf(ve)	+0,8	05%	2,1	C.A.P., B.E.P., C.F.A.	+0,2	03%	1,2	n.s.	syndrome mal défini	-0,3	02%	0,8	*
Événements de vie					baccalauréat	-0,5	01%	0,6	*	ni l'un ni l'autre	+0,1	03%	1,1	
>>>	aucune déclaration	-0,0	02%	1,0	diplôme supérieur	-0,5	01%	0,6	**	Estimation personnelle de l'état de santé				
>>>	antécédent familial grave avant 18 ans	+0,1	03%	1,1	Tranche d'unité urbaine					bon ou très bon	+0,2	03%	1,2	n.s.
>>>	événement marquant récent	-0,2	02%	0,8	commune rurale	+0,2	03%	1,2	n.s.	moyen	+0,0	02%	1,0	
>>>	les deux	+0,1	03%	1,1	moins de 100 000 habitants	-0,1	02%	0,9		mauvais	-0,2	02%	0,8	n.s.
Modalités de référence définies pour la régression.					grandes villes, Paris et banlieue	-0,0	02%	1,0	n.s.	Expression du mal être				
logit					Région					pas ou peu (classes 1 à 3)	-0,2	02%	0,8	n.s.
P					Ile de France	-0,4	02%	0,7	*	moyen (classes 4 & 5)	+0,2	03%	1,2	
risque					autres régions	+0,2	03%	1,2	****	mal être (classes 6 & 7)	+0,0	02%	1,0	n.s.
seuil					Nord et Est	+0,7	05%	2,0	***	Soins pendant l'enquête				
					Sud	-0,6	01%	0,6	***	psychiatrie	+0,9	06%	2,4	*
										hospitalisation	-0,4	02%	0,7	n.s.
										autres spécialistes	-0,2	02%	0,9	n.s.
										allèment, interruption d'activité	+0,3	03%	1,3	n.s.
										généralistes, paramédicaux	-0,6	01%	0,5	****
										pas de recours	+0,0	02%	1,0	

NB: La procédure de régression logistique utilisée est CATMOD (SAS system®)

Sources : INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

**Déterminants sociodémographiques et sanitaires des usages de psychotropes
Analyse logistique de chaque usage opposé à l'abstinence ou faible consommation**

Probabilité d'appartenance au groupe "Usage de tabac"

	logit	P	risque	seuil	Occupation actuelle	logit	P	risque	seuil	Situation de référence	logit	P	risque	seuil
Sexe					>>>					Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête				
>>>	masculin	+0,3	11%	1,4	>>>	a un emploi				0 à 1 maladie	+0,1	10%	1,1	n.s.
	féminin	-0,3	06%	0,7		risque de chômage ou faillite				2 à 4 maladies	+0,2	10%	1,2	
Age						chômage, recherche d'emploi				5 à 9 maladies	+0,1	09%	1,1	n.s.
>>>	18-34 ans	+1,0	20%	2,3	>>>	inactifs divers				10 maladies et plus	-0,5	06%	0,7	**
	35-49 ans	+0,6	15%	1,7		inactifs divers				Incapacité permanente				
	50-64 ans	-0,2	07%	0,8		n'a jamais travaillé				oui	-0,1	08%	1,0	n.s.
	65 ans et plus	-1,4	02%	0,3		agriculteurs				non	+0,1	09%	1,0	
Nationalité						artisans, commerçants, entrepr.				Indice de masse corporelle				
>>>	française	+0,4	12%	1,4		prof. intellectuelles supérieures				10% extrêmes	+0,1	09%	1,1	n.s.
	étrangère	-0,4	06%	0,7		professions intermédiaires				90% centraux	-0,1	08%	0,9	
Situation familiale					>>>	employés				Influence de la santé sur les études ou le travail				
>>>	célibataire	-0,3	06%	0,7		ouvriers				perturbation	+0,1	10%	1,1	**
	maré(e) et en couple	-0,2	07%	0,8		aucun diplôme				non	-0,1	07%	0,9	
	en couple sans être marié(e)	+0,4	12%	1,4						Santé mentale				
	divorcé(e) ou séparé(e)	-0,2	07%	0,8						trouble mental	-0,2	07%	0,9	n.s.
	veuf(ve)	+0,3	11%	1,4						symptôme mal défini	+0,1	10%	1,1	*
Événements de vie					Diplôme					ni l'un ni l'autre	+0,0	09%	1,0	
>>>	aucune déclaration	-0,1	07%	0,9		C.A.P., B.E.P., C.F.A.				Estimation personnelle de l'état de santé				
	antécédent familial grave avant 18 ans	-0,0	08%	1,0		baccalauréat				bon ou très bon	-0,3	06%	0,7	***
	événement marquant récent	-0,2	07%	0,8		diplôme supérieur				moyen	-0,2	07%	0,9	
	les deux	+0,4	12%	1,4						mauvais	+0,5	13%	1,6	***
Modalités de référence définies pour la régression.					Tranche d'unité urbaine					Expression du mal être				
logit	Estimation de log(P/(1-P)) avec P=probabilité d'appartenance au groupe.				>>>	commune rurale				pas ou peu (classes 1 à 3)	-0,1	08%	0,9	n.s.
P	Le logit de chaque modalité de référence est déduit des logits estimés.					moins de 100.000 habitants				moyen (classes 4 & 5)	+0,1	09%	1,1	
risque	Probabilité correspondante à l'estimation du logit.				Région	grandes villes, Paris et banlieue				mal être (classes 6 & 7)	-0,0	08%	1,0	n.s.
seuil	Rapport P/Pc (Pc= probabilité associée à la constante du modèle).				>>>	île de France				Soins pendant l'enquête				
	Seuil de significativité du logit estimé (selon la statistique de Wald).					autres régions				psychiatrie	-0,6	05%	0,6	n.s.
***	p<0,001 (significatif au seuil de 1 pour mille)					Nord et Est				hospitalisation	-0,3	07%	0,8	n.s.
**	p<0,01 (significatif au seuil de 1%)					Sud				autres spécialistes	+0,1	09%	1,1	n.s.
*	p<0,05 (significatif au seuil de 5%)									allèment, interruption d'activité	-0,1	08%	0,9	n.s.
n.s.	p>0,1 (non significatif au seuil de 10%)									généralistes, paramédicaux	+0,3	11%	1,3	***
										pas de recours	+0,5	13%	1,6	

NB: La procédure de régression logistique utilisée est CATMOD (SAS system®).

Sources : INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Probabilité d'appartenance au groupe "Usage d'antidépresseurs et tranquillisants"

Déterminants sociodémographiques et sanitaires des usages de psychotropes
Analyse logistique de chaque usage opposé à l'abstinence ou faible consommation

	logit		P		risque seuil		Situation de référence		logit		P		risque seuil	
Sexe														
>>>	masculin	+0,3	08%	1,4	****									
	féminin	-0,3	04%	0,7										
Age														
>>>	18-34 ans	-0,1	05%	0,9	n.s.									
	35-49 ans	+0,0	06%	1,0										
	50-64 ans	+0,1	06%	1,1	n.s.									
	65 ans et plus	+0,0	06%	1,0	n.s.									
Nationalité														
>>>	française	+0,2	07%	1,2										
	étrangère	-0,2	05%	0,9	n.s.									
Situation familiale														
>>>	célibataire	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	marité(e) et en couple	+0,1	06%	1,1										
	en couple sans être marié(e)	-0,3	04%	0,7	n.s.									
	divorcé(e) ou séparé(e)	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	veuf(ve)	-0,1	05%	1,0	n.s.									
Événements de vie														
>>>	aucune déclaration	+0,1	06%	1,1										
	antécédent familial grave avant 18 ans	-0,3	04%	0,7	**									
	événement marquant récent	+0,3	08%	1,3	**									
	les deux	-0,0	05%	1,0	n.s.									
Occupation actuelle														
>>>	a un emploi	-0,0	06%	1,0										
	risque de chômage ou faillite	+0,2	05%	0,8	n.s.									
	chômage, recherche d'emploi	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	inactifs divers	+0,1	06%	1,1	n.s.									
Catégorie socio-professionnelle														
>>>	n'a jamais travaillé	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	agriculteurs	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	artisans, commerçants, entrepr.	-0,4	04%	0,7	n.s.									
	prof. intellectuelles supérieures	+0,3	07%	1,3	n.s.									
	professions intermédiaires	-0,2	05%	0,8	n.s.									
	employés	+0,0	06%	1,0										
	ouvriers	-0,1	05%	0,9	n.s.									
Diplôme														
>>>	aucun diplôme	+0,3	07%	1,3										
	C.E.P.	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	B.E.P.C.	-0,0	06%	1,0	n.s.									
	C.A.P., B.E.P., C.F.A.	-0,0	05%	1,0	n.s.									
	baccalauréat	-0,0	06%	1,0	n.s.									
	diplôme supérieur	-0,4	04%	0,7	n.s.									
Tranche d'unité urbaine														
>>>	commune rurale	-0,2	05%	0,9	n.s.									
	moins de 100.000 habitants	+0,1	06%	1,1										
	grandes villes, Paris et banlieue	+0,1	06%	1,1	n.s.									
Région														
>>>	Ile de France	+0,2	07%	1,2	n.s.									
	autres régions	-0,0	05%	1,0										
	Nord et Est	-0,3	04%	0,8	*									
	Sud	+0,2	07%	1,2	n.s.									
Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête														
>>>	0 à 1 maladie	+0,4	08%	1,5	n.s.									
	2 à 4 maladies	-0,3	04%	0,8										
	5 à 9 maladies	+0,1	06%	1,1	n.s.									
	10 maladies et plus	-0,3	04%	0,8	n.s.									
Incapacité permanente														
>>>	oui	+0,0	06%	1,0	n.s.									
	non	-0,0	06%	1,0										
Indice de masse corporelle														
>>>	10% extrêmes	+0,1	06%	1,1	n.s.									
	90% centraux	-0,1	05%	0,9										
Influence de la santé sur les études ou le travail														
>>>	perturbation	+0,0	06%	1,0	n.s.									
	non	-0,0	05%	1,0										
Santé mentale														
>>>	trouble mental	+1,8	28%	4,9	***									
	syndrome mal défini	-0,3	04%	0,8	**									
	ni l'un ni l'autre	-1,6	01%	0,2										
Estimation personnelle de l'état de santé														
>>>	bon ou très bon	-0,4	04%	0,7	*									
	moyen	+0,1	06%	1,1										
	mauvais	+0,3	07%	1,3	n.s.									
Expression du mal être														
>>>	pas ou peu (classes 1 à 3)	-0,3	04%	0,8	**									
	moyen (classes 4 & 5)	+0,0	06%	1,0										
	mal être (classes 6 & 7)	+0,2	07%	1,2	*									
Soins pendant l'enquête														
>>>	psychiatrie	+1,6	23%	4,1	***									
	hospitalisation	+0,1	06%	1,1	n.s.									
	autres spécialistes	-0,0	06%	1,0	n.s.									
	allègement, interruption d'activité	+0,3	08%	1,4	n.s.									
	généralistes, paramédicaux	-0,0	06%	1,0	n.s.									
	pas de recours	-2,0	01%	0,1										

NB: La procédure de régression logistique utilisée est CATMOD (SAS system®).

Sources : INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Probabilité d'appartenance au groupe "Usage d'hypnotiques"

**Déterminants sociodémographiques et sanitaires des usages de psychotropes
Analyse logistique de chaque usage opposé à l'abstinence ou faible consommation**

		Situation de référence		Pc	
		logit	P	logit	P
Sexe					
>>>	masculin	+0,3	09%	-0,4	05%
>>>	féminin	-0,3	06%	-0,2	06%
Age					
>>>	18-34 ans	-0,5	05%	+0,4	11%
>>>	35-49 ans	-0,3	06%	+0,1	08%
>>>	50-64 ans	+0,3	10%	-0,6	04%
>>>	65 ans et plus	+0,4	11%	+0,1	08%
Nationalité					
>>>	française	+0,2	09%	+0,8	14%
>>>	étrangère	-0,2	06%	+0,1	08%
Situation familiale					
>>>	célibataire	-0,3	06%	+0,1	08%
>>>	maridé(e) et en couple	-0,2	06%	+0,0	07%
>>>	en couple sans être marié(e)	+0,4	11%	+0,2	08%
>>>	divorcé(e) ou séparé(e)	+0,1	08%	+0,1	08%
>>>	veuf(ve)	-0,0	07%	+0,1	08%
Événements de vie					
>>>	aucune déclaration	-0,1	07%	+0,1	08%
>>>	antécédent familial grave avant 18 ans	-0,0	07%	-0,5	04%
>>>	événement marquant récent	+0,3	09%	+0,2	09%
>>>	les deux	-0,2	06%	+0,3	10%
Occupation actuelle					
>>>	a un emploi				
>>>	risque de chômage ou faillite				
>>>	chômage, recherche d'emploi				
>>>	inactifs divers				
Catégorie socio-professionnelle					
>>>	n'a jamais travaillé				
>>>	agriculteurs				
>>>	artisans, commerçants, entrepr.				
>>>	prof. intellectuelles supérieures				
>>>	professions intermédiaires				
>>>	employés				
>>>	ouvriers				
Diplôme					
>>>	aucun diplôme				
>>>	C.E.P.				
>>>	B.E.P.C.				
>>>	C.A.P., B.E.P., C.F.A.				
>>>	baccalauréat				
>>>	diplôme supérieur				
Tranche d'unité urbaine					
>>>	commune rurale				
>>>	moins de 100.000 habitants				
>>>	grandes villes, Paris et banlieue				
Région					
>>>	Ile de France				
>>>	autres régions				
>>>	Nord et Est				
>>>	Sud				
Modélités de référence définies pour la régression.					
Rapport P/Pc (Pc= probabilité associée à la constante du modèle).					
Seuil de signification du logit estimé (selon la statistique de Wald)					
****	: p<0,001 (significatif au seuil de 1 pour mille)				
***	: p<0,01 (significatif au seuil de 1%)				
**	: p<0,05 (significatif au seuil de 5%)				
*	: p<0,1 (significatif au seuil de 10%)				
n.s.	: p>0,1 (non significatif au seuil de 10%)				

NB: La procédure de régression logistique utilisée est CATMOD (SAS system®).

Sources : INSEE / CREDES - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

**EXPRESSION DU MAL ETRE
EN POPULATION GENERALE**

(Annexe à la Troisième Partie du Tome 1)

Annexe VI-A

Mise en forme des données
du paragraphe "Anxiété, sommeil, irritabilité"

Annexe VI-B

Analyse des correspondances multiples
des données du paragraphe "Anxiété, sommeil, irritabilité"

Annexe VI-C

Profils de réponse des classes issues
de la typologie de l'expression du mal être

Annexe VI-D

Descrptif sociodémographique et sanitaires
des classes issues de la typologie de l'expression du mal être

Annexe VI-E

Analyse logistique des déterminants sanitaires et sociodémographiques
de l'expression du mal être

ANNEXE VI-A :

MISE EN FORME DES DONNEES DU PARAGRAPHE "ANXIETE, SOMMEIL, IRRITABILITE"

La population étudiée dans le cadre de cette étude est celle des 7575 individus interrogés en fin d'enquête. L'INSEE fournit un fichier de 7666 individus, dont 91 n'étaient pas présents lors de l'entretien : ces individus ont été exclus de l'analyse, n'ayant pas personnellement exprimé leur réponse aux items du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité".

Les grilles sont «complètes», c'est-à-dire sans réponse manquante ni réponse «sans objet», pour 7086 sujets (93,5%). Pour 6,5% de l'échantillon, au moins la moitié de la grille est renseignée : les réponses «sans objet» et les non réponses se restreignant à un seul ou deux items (respectivement 391 et 79 sujets). 15 sujets se sont abstenus de répondre à trois ou quatre items, et seulement 3 à cinq items ou plus. Pour chaque item en particulier, la réponse «sans objet» et la non réponse sont faibles (de 0,3% à 3,2%).

En cas de grille incomplète, on note une surreprésentation des réponses positives, c'est-à-dire une corrélation entre le fait de ne pas s'exprimer pour un item et celui d'exprimer des difficultés par ailleurs : certaines difficultés, comme les troubles du sommeil, peuvent faire l'objet d'une prise en charge ou d'un traitement médical. Compte tenu de cette corrélation, exclusion d'emblée les grilles incomplètes revient à sous-estimer le poids de la population exprimant le plus de difficultés. Il a été choisi de substituer aux réponses manquantes et «sans objet» une valeur moyenne, variable selon l'item et l'individu. L'item manquant est remplacé par sa cotation moyenne parmi les répondants, augmentée de l'écart entre le score partiel de l'individu (moyenne des difficultés exprimées) et le score moyen global. Le tableau suivant présente les corrections apportées aux données de départ ; ces modifications restent mineures : il manque 629 cotations sur un total de 10 items fois 7575 individus, soit moins de 1%.

	Nombre de non réponses et "sans objet"	% de l'échantillon (N=7575)	réponse imputée			
			pas du tout	plutôt non	plutôt oui	tout à fait
<i>nervosité</i>	62	0,8%	0	19	40	3
<i>souci</i>	21	0,3%	2	6	10	3
<i>peurs</i>	16	0,2%	4	8	4	0
<i>concentration</i>	29	0,4%	8	14	6	1
<i>fatigue</i>	19	0,3%	3	7	7	2
<i>irritabilité</i>	24	0,3%	1	15	6	2
<i>sommeil</i>	244	3,2%	25	135	78	6
<i>douleurs</i>	67	0,9%	9	38	18	2
<i>avenir</i>	84	1,1%	14	56	14	0
<i>solitude</i>	63	0,8%	18	39	6	0
total	629		84	337	189	19

Le score moyen est calculé sur la base des grilles mises en forme.

ANNEXE VI-B :

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES DES DONNEES DU PARAGRAPHE "ANXIETE, SOMMEIL, IRRITABILITE"

Méthodologie de l'ACM

L'ACM a été réalisée au moyen de la procédure CORRESP du système SAS. Les graphiques présentés correspondent à l'exploitation des tableaux résultats de cette procédure, mis en forme de façon automatique à partir de macros complémentaires développées à l'U302 de l'INSERM qui fournissent un fichier POSTSCRIPT imprimable. Pour chaque plan factoriel, les coordonnées sont exprimées en fonction de la coordonnée de valeur maximale selon l'axe horizontal ou vertical, qui se voit attribuée une valeur 1.

Résultats de l'ACM

Liste de graphiques présentés :

Nuage des modalités

plan factoriel 1 x 2

plan factoriel 1 x 3

plan factoriel 2 x 3

Nuage des individus

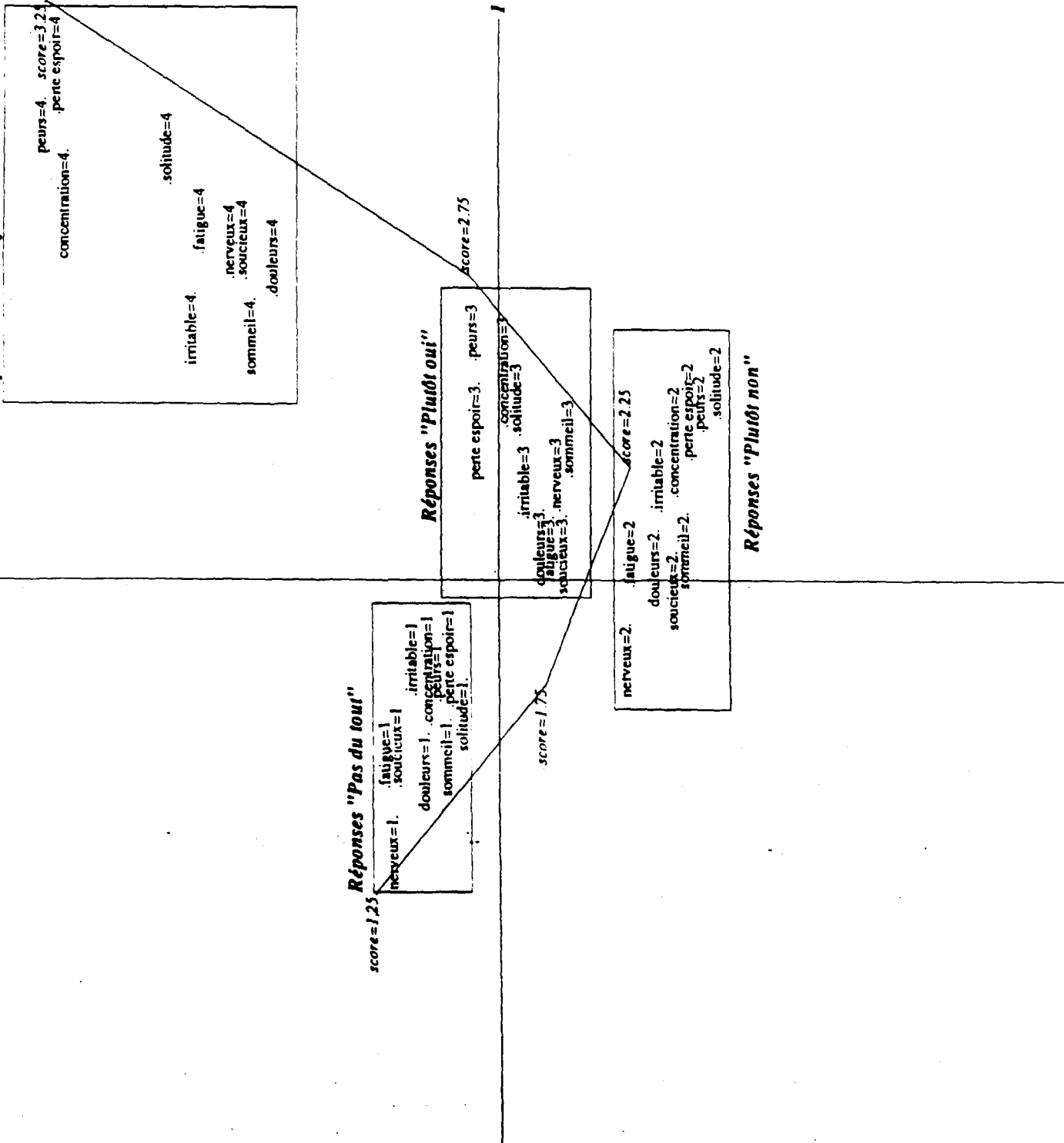
plan factoriel 2 x 3

Les graphiques précisent les contributions des modalités actives de l'analyse. Ces dernières correspondent aux quatre modalités de réponses de chacun des items.

Le score moyen «anxiété, sommeil, irritabilité» est figuré en élément supplémentaire.

Analyse des correspondances multiples

Contributions relatives aux axes



1° facteur

2° facteur

soucieux=1	peurs=2	fatigue=4	peurs=4
nerveux=1	perte espoir=2	nerveux=4	nerveux=4
concentration=1	concentration=2	soucieux=4	concentration=4
fatigue=1	solitude=2	solitude=4	solitude=4
perte espoir=1	soucieux=2	soucieux=4	soucieux=4
douleurs=1	irritable=3	irritable=4	irritable=4
sommeil=1	sommeil=3	sommeil=4	sommeil=4
solitude=1	douleurs=2	douleurs=4	douleurs=4
irritable=1	concentration=4	concentration=4	concentration=4
peurs=2	peurs=2	peurs=2	peurs=2
irritable=4	peurs=2	irritable=4	irritable=4
peurs=3	peurs=3	peurs=3	peurs=3
concentration=3	concentration=3	concentration=3	concentration=3
solitude=2	solitude=2	solitude=2	solitude=2
peurs=3	peurs=3	peurs=3	peurs=3
sommeil=3	sommeil=3	sommeil=3	sommeil=3
concentration=2	concentration=2	concentration=2	concentration=2
peurs=3	peurs=3	peurs=3	peurs=3
fatigue=3	fatigue=3	fatigue=3	fatigue=3
douleurs=3	douleurs=3	douleurs=3	douleurs=3
irritable=2	irritable=2	irritable=2	irritable=2
sommeil=3	sommeil=3	sommeil=3	sommeil=3
irritable=3	irritable=3	irritable=3	irritable=3
douleurs=2	douleurs=2	douleurs=2	douleurs=2
soucieux=2	soucieux=2	soucieux=2	soucieux=2
nerveux=2	nerveux=2	nerveux=2	nerveux=2
fatigue=2	fatigue=2	fatigue=2	fatigue=2
concentration=3	concentration=3	concentration=3	concentration=3

Codes des réponses aux items :

- 1: pas du tout
- 2: plutôt non
- 3: plutôt oui
- 4: tout à fait

INSERM U302

Source INSSEE-CREDES

Enquête sur la santé & les soins médicaux 1991, 1992

Expression du mal être
Analyse des correspondances multiples
Contributions relatives aux axes

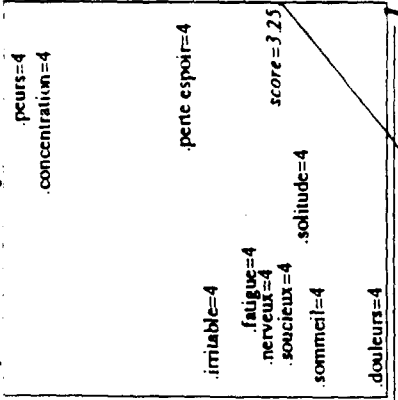
1^{er} facteur **3^o facteur**

soucieux=1 nervieux=1	soucieux=3 nervieux=3 peurs=3 concentration=3	nervieux=4 soucieux=4 fatigue=4	peur espoir=3 fatigue=3 irritable=3 sommell=3 solitude=3
fatigue=1 concentration=1	peur espoir=4 fatigue=4 sommell=4 peurs=4 concentration=4	douleur=4 sommell=4 solitude=4 peurs=4 concentration=4	douleur=3 fatigue=3 irritable=3 sommell=3 solitude=3
peur espoir=1 peurs=1 sommell=1	solitude=1 irritable=1	peurs=2 irritable=4 peurs=3 concentration=3 peur espoir=1 solitude=2 peur espoir=2 sommell=3 concentration=2 nervieux=3 fatigue=3 irritable=2 sommell=2 douleur=3 irritable=3 douleur=2	fatigue=2 irritable=2 concentration=4 douleur=2 sommell=2 peurs=4 fatigue=4 solitude=2 peur espoir=2 sommell=4 solitude=4 soucieux=1 solitude=1 peurs=1
peur espoir=2 sommell=2 douleur=2	solitude=2 irritable=2	peur espoir=2 sommell=3 concentration=2 nervieux=3 fatigue=3 irritable=2 sommell=2 douleur=3 irritable=3 douleur=2	irritable=1 fatigue=1 concentration=1
nervieux=2 fatigue=2	nervieux=2 fatigue=2	soucieux=2	douleur=1

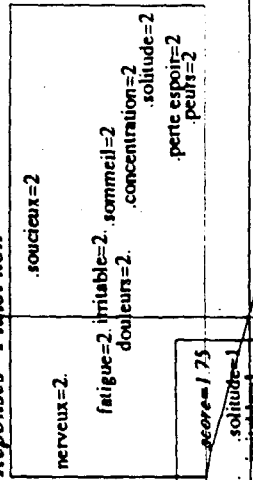
Codes des réponses aux items :

- 1 : pas du tout
- 2 : plutôt non
- 3 : plutôt oui
- 4 : tout à fait

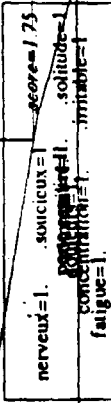
Réponses "tout-à-fait"



Réponses "Plutôt non"

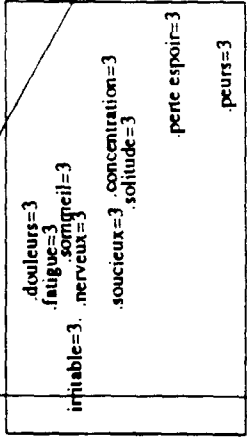


Réponses "Pas du tout"



score=2.75

Réponses "Plutôt oui"



INSERM U302
 Source INSFE-CREDES
 Enquête sur la santé & les soins médicaux 1991-1992

La documentation Française : Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : indicateurs de santé mentale. Tomes 1 et 2 / sous la direction du Professeur Widlöcher, Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Expression du mal être
Analyse des correspondances multiples
Nuage des individus
Plan factoriel des axes 2 et 3

3

Réponses "tout-à-fait"

Réponses "plutôt non"

Réponses "plutôt oui"

INSERM U302
Source INSEF-CREDES
Enquête sur la santé & les soins médicaux 1991-1992
Annexe VI-B

ANNEXE VI-C :

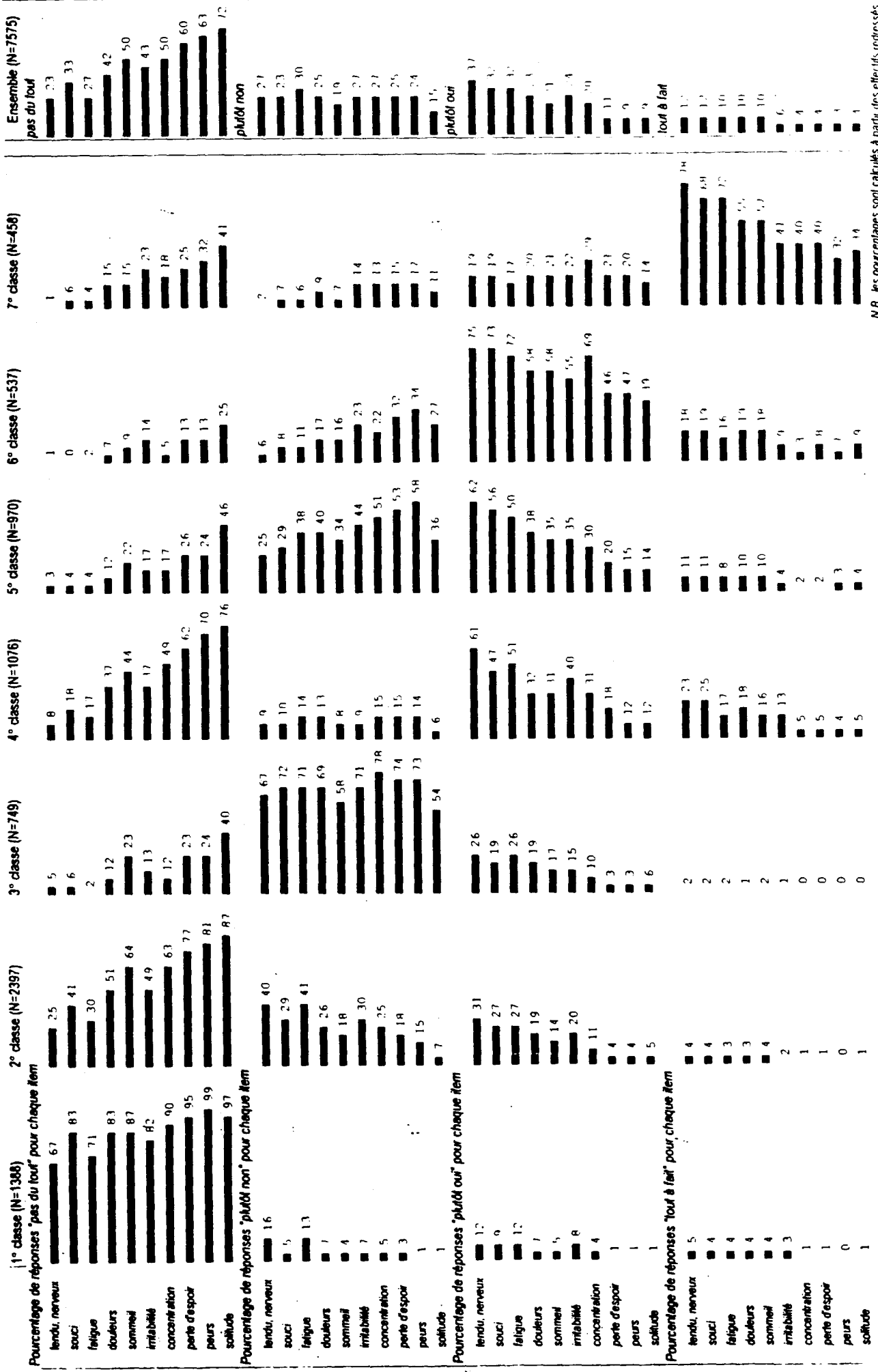
PROFILS DE REPONSE DES CLASSES ISSUES DE LA TYPOLOGIE DE L'EXPRESSION DU MAL ETRE

Le tableau graphique de la page suivante fourni, pour chaque classe issue de la typologie de l'expression du mal être, la répartition des réponses aux dix items du paragraphe "anxiété, sommeil, irritabilité". Les répartitions pour l'ensemble de l'échantillon figurent en marge.

Ce tableau permet d'associer à chacune des classes une réponse type, c'est-à-dire la ou les réponses les plus fréquemment utilisées dans la classe.

<i>Classes :</i>	<i>réponses types</i>
<i>1° classe :</i>	<i>pas du tout</i>
<i>2° classe :</i>	<i>pas du tout ou plutôt non</i>
<i>3° classe :</i>	<i>plutôt non</i>
<i>4° classe :</i>	<i>pas du tout ou plutôt oui</i>
<i>5° classe :</i>	<i>plutôt non ou plutôt oui</i>
<i>6° classe :</i>	<i>plutôt oui</i>
<i>7° classe :</i>	<i>tout à fait</i>

Profils de réponse des classes issues de la typologie d'expression du mal être



N.B. les pourcentages sont calculés à partir des effectifs redressés

ANNEXE VI-D :

DESCRIPTIF SOCIODEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DES CLASSES ISSUES DE LA TYPOLOGIE DE L'EXPRESSION DU MAL ETRE

Les chiffres fournissent la répartition selon les variables sociodémographiques et sanitaires au sein de chaque classe issue de la typologie et pour l'ensemble. Les résultats des tests de significativité des différences observés (chi-deux) sont adjoints :

Test de différence globale (distinction des sept classes),

Comparaison des classes 1,2,3 aux classes 4,5

Comparaison des classes 4,5 aux classes 6,7

Comparaison de la classe 6 à la classe 7

Lecture des résultats : « n.v. » : test du chi-deux non valide

« n.s. » : différence entre les distributions non significative (au seuil de 5%)

différences significatives au seuil de 5% «», 1% «**» et 0,1% «***».*

Liste des tableaux présentés :

Données démographiques et familiales

Données socio-économiques

Activité et conditions de travail

Evénements de vie récents et avant 18 ans

Indicateurs de l'état de santé général

Maladies déclarées pendant l'enquête par grands chapitres de la C.I.M. 9° révision

Recours et consommation de psychotropes

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé										Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)						
	Nul ou faible					Moyen						Testa partiels entre classes						
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui	classe 7 tout-à-fait	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non		classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui	classe 7 tout-à-fait	Global	1,2,3 vs. 4,5	4,5 vs. 6,7
Sexe															...	...	...	n.s.
	masculin	61%	53%	51%	42%	36%	26%	25%	48%						...	...	...	n.s.
	féminin	39%	47%	49%	58%	64%	74%	75%	52%						...	...	...	n.s.
Age															...	...	...	n.s.
	18-29 ans	29%	28%	17%	22%	19%	12%	14%	23%						...	...	...	n.s.
	30-39 ans	23%	20%	21%	20%	17%	17%	15%	20%						...	...	...	n.s.
	40-49 ans	17%	19%	20%	19%	15%	14%	15%	18%						...	...	...	n.s.
	50-59 ans	13%	13%	14%	14%	15%	16%	16%	14%						...	...	...	n.s.
	60-69 ans	11%	10%	14%	13%	16%	17%	17%	13%						...	...	...	n.s.
	70 ans et plus	8%	10%	13%	13%	18%	24%	22%	13%						...	...	...	n.s.
Nationalité															...	...	...	n.s.
	française	95%	95%	94%	94%	94%	90%	92%	94%						...	...	...	n.s.
	étrangère	5%	5%	6%	6%	6%	10%	8%	6%						...	...	...	n.s.
Etat matrimonial légal															...	...	...	n.s.
	célibataire	30%	28%	24%	21%	22%	17%	14%	25%						...	...	...	n.s.
	marlé(e)	63%	64%	61%	65%	60%	56%	58%	62%						...	...	...	n.s.
	veuf(ve)	4%	5%	9%	9%	13%	20%	21%	9%						...	...	...	n.s.
	divorcé(e)	3%	3%	5%	5%	5%	6%	8%	4%						...	...	...	n.s.
Vie en couple															...	...	...	n.s.
	oui	71%	72%	66%	73%	65%	61%	63%	69%						...	...	...	n.s.
	non	29%	28%	34%	27%	35%	39%	37%	31%						...	...	...	n.s.
Type de ménage															...	...	...	n.s.
	vit seul	11%	11%	18%	13%	17%	23%	21%	14%						...	...	...	n.s.
	couple	26%	27%	27%	27%	28%	27%	28%	27%						...	...	...	n.s.
	monoparental	1%	1%	2%	2%	3%	3%	4%	2%						...	...	...	n.s.
	biparental	35%	35%	27%	34%	27%	25%	27%	32%						...	...	...	n.s.
	nucléaire, enfant(s) majeur(s)	9%	9%	10%	12%	11%	11%	9%	10%						...	...	...	n.s.
	famille élargie	3%	3%	5%	3%	3%	3%	4%	3%						...	...	...	n.s.
	ni chef, ni conjoint du ménage	16%	14%	11%	10%	11%	8%	7%	12%						...	...	...	n.s.

n.s. : non significatif . * p<0,05 . ** p<0,01 . *** p<0,001

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé										Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)					
	Nul ou faible		Moyen		Important		Tests partiels			Global		entre classes					
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui	classe 7 tout-à-fait	1,2,3 vs. 4,5	4,5 vs. 6,7			6 vs. 7					
Tranche d'unité urbaine												...	...	...	...	...	...
	commune rurale	27%	25%	26%	29%	25%	27%	27%	25%	27%	27%	26%	...	1,2,3 vs. 4,5	4,5 vs. 6,7	6 vs. 7	..
	moins de 20 mille habitants	16%	16%	16%	18%	18%	18%	13%	18%	13%	12%	16%	...	..	..	..	..
	moins de 100 mille habitants	13%	13%	12%	13%	12%	12%	11%	12%	11%	11%	13%	...	..	..	..	..
	plus de 100 mille habitants	24%	27%	32%	26%	31%	26%	33%	31%	28%	28%	28%	...	..	..	..	..
	Paris et banlieue	19%	19%	15%	14%	15%	14%	15%	15%	12%	12%	17%	...	..	..	..	..
Diplôme													...	...	...	...	...
	sans	18%	17%	21%	25%	27%	27%	39%	27%	43%	43%	23%	...	...	...	...	n.s.
	CEP, DFEO	16%	17%	20%	21%	22%	22%	27%	22%	26%	26%	19%	...	...	...	...	...
	CAP, BEP, CFA	21%	17%	17%	20%	15%	15%	12%	15%	9%	9%	17%	...	...	...	...	...
	BEPC	14%	15%	15%	12%	14%	14%	9%	14%	11%	11%	13%	...	...	...	...	...
	baccalauréal	14%	17%	12%	12%	12%	12%	8%	12%	5%	5%	13%	...	...	...	...	...
	technique supérieur	7%	8%	6%	4%	5%	5%	3%	5%	4%	4%	6%	...	...	...	...	...
	supérieur autre	10%	11%	8%	5%	7%	7%	3%	7%	2%	2%	8%	...	...	...	...	...
Niveau scolaire atteint													...	...	...	...	...
	non scolarisé, divers	1%	1%	2%	1%	2%	2%	3%	2%	4%	4%	2%	...	...	...	...	n.s.
	primaire	25%	24%	32%	35%	39%	39%	52%	39%	52%	52%	32%	...	...	...	...	...
	secondaire	30%	31%	28%	30%	29%	29%	25%	29%	24%	24%	30%	...	...	...	...	...
	technique, apparentés	23%	20%	20%	22%	15%	15%	14%	15%	14%	14%	19%	...	...	...	...	...
	supérieur	21%	24%	18%	13%	15%	15%	7%	15%	6%	6%	18%	...	...	...	...	...
Revenu du ménage par unité de consommation													...	...	...	...	...
	moins de 3040 francs	20%	18%	22%	25%	26%	26%	31%	26%	35%	35%	23%	...	...	...	...	...
	3040 à moins de 6200 francs	38%	42%	37%	45%	40%	40%	39%	40%	42%	42%	41%	...	...	...	...	...
	6200 à moins de 13000 francs	27%	27%	27%	21%	23%	23%	21%	23%	14%	14%	25%	...	...	...	...	...
	13000 à 40000 francs	6%	6%	5%	3%	4%	4%	1%	4%	2%	2%	5%	...	...	...	...	...
	revenu inconnu	8%	7%	9%	6%	7%	7%	8%	7%	7%	7%	7%	...	...	...	...	...
Catégorie socioprofessionnelle													...	...	...	...	...
	jamais travaillé	10%	11%	10%	10%	13%	13%	14%	13%	14%	14%	11%	...	...	...	...	...
	agriculteurs	4%	6%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	7%	7%	6%	...	...	...	...	...
	artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9%	7%	7%	8%	7%	7%	6%	7%	8%	8%	7%	...	...	...	...	...
	prof. intellectuelles supérieures	9%	11%	10%	5%	7%	7%	2%	7%	3%	3%	8%	...	...	...	...	...
	professions intermédiaires	17%	18%	17%	13%	15%	15%	9%	15%	10%	10%	16%	...	...	...	...	...
	employés	25%	24%	22%	30%	27%	27%	32%	27%	33%	33%	26%	...	...	...	...	...
	ouvriers	25%	24%	28%	28%	25%	25%	32%	25%	27%	27%	26%	...	...	...	...	...

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé						Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)		
	Nui ou faible		Moyen		Important			Global	Tests partiels	
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui			classe 7 tout-à-fait	entre classes
Occupation actuelle										
activité	60%	59%	55%	52%	44%	36%	53%	...	1,2,3 vs. 4,5 vs. 6,7	n.s.
chômage	7%	4%	4%	5%	5%	5%	5%	...	4,5	...
études, armée	7%	8%	5%	5%	6%	3%	6%	...	...	...
retraite	18%	19%	24%	22%	28%	31%	22%	...	...	...
ferme au foyer	7%	8%	11%	11%	12%	19%	10%	...	...	...
autres inactifs	1%	2%	1%	4%	5%	7%	3%	...	...	...
Activité dans le passé										
sans objet (actifs)	60%	59%	55%	52%	44%	36%	53%	...	...	n.s.
oui	30%	30%	35%	38%	43%	51%	36%	...	...	...
non	10%	11%	10%	10%	13%	13%	11%	...	...	...
Qualité du travail										
exclus : pas d'emploi										
ne permet pas d'apprendre des choses	19%	24%	30%	35%	28%	41%	27%	...	...	...
n'est pas varié	16%	20%	24%	27%	28%	41%	23%	...	...	...
ne peut choisir lui-même la façon de procéder	21%	27%	25%	27%	30%	37%	26%	...	...	...
ne se sent pas concerné par l'utilité de son travail	6%	8%	12%	12%	10%	20%	9%	...	...	...
Relations dans le travail jugées mauvaises										
exclus : pas d'emploi										
avec les collègues ou confrères	2%	3%	5%	8%	6%	12%	5%	...	...	...
avec les chefs et subordonnés	6%	9%	11%	15%	12%	20%	10%	...	...	...
avec les clients, usagers, patients, etc.	1%	3%	3%	3%	4%	4%	3%	...	...	...
Tension dans le travail (risque de faillite, chômage,...)										
exclus : pas d'emploi										
oui	13%	15%	13%	24%	24%	35%	17%	...	...	n.s.
non	87%	85%	87%	76%	76%	65%	83%	...	...	...

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé						Ensemble		Tests de comparaisons (chi-2)	
	Nul ou faible		Moyen		Important		Global	Tests partiels		
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui		classe 7 tout-à-fait	1,2,3 vs. 4,5 vs. 6,7	6 vs. 7
Événement marquant récent	19%	22%	20%	34%	31%	35%	45%	26%	...	...
Nature des événements récents cités <i>exclus : n'ont pas déclaré d'événement</i>	81%	78%	80%	66%	69%	65%	55%	74%	...	...
santé d'un proche	69%	74%	68%	62%	67%	64%	68%	68%	n.v.	n.v.
mésentente familiale	6%	7%	9%	9%	10%	8%	10%	8%		
maladie, accident financier, matériel	5%	6%	10%	9%	7%	8%	10%	7%		
séparation d'un proche familial heureux	10%	8%	10%	13%	10%	10%	10%	10%		
autres	4%	3%	0%	3%	3%	2%	1%	3%		
séparation d'un proche familial heureux	2%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	1%		
autres	4%	2%	3%	4%	2%	7%	1%	3%		
Événement familial grave avant 18 ans	23%	27%	23%	38%	32%	33%	47%	29%	...	...
oui	77%	73%	77%	62%	68%	67%	53%	71%		
non	5%	6%	6%	8%	7%	6%	9%	6%		
Nature des antécédents familiaux cités (plusieurs réponses possibles)	9%	9%	8%	14%	11%	12%	16%	11%	...	...
séparation, divorce des parents	5%	6%	6%	10%	9%	9%	15%	8%		
santé du père	4%	6%	6%	10%	8%	9%	16%	7%		
santé de la mère	1%	1%	1%	3%	3%	4%	4%	2%	n.v.	n.v.
graves disputes entre parents	1%	1%	1%	3%	3%	4%	4%	2%		
manque d'affection	1%	2%	1%	2%	3%	3%	4%	2%		
manque d'argent, vie difficile	63%	59%	64%	43%	48%	47%	31%	54%	...	...
Événement marquant récent & antécédents familiaux	18%	19%	16%	22%	21%	18%	24%	19%		
ni l'un, ni l'autre	14%	15%	13%	19%	20%	21%	22%	16%		
antécédent seulement	5%	8%	7%	15%	11%	14%	23%	10%		
événement récent seulement										
les deux										

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé										Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)			
	Nul ou faible		Moyen				Important					Global	Tests partiels entre classes		
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui	classe 7 tout-à-fait	1,2,3 vs. 4,5 vs. 6,7	4,5 vs. 6,7	6 vs. 7					
Incapacité permanente												...	...	...	n.s.
Indice de masse corporelle												..	n.s.	..	n.s.
les 5% les plus légers de leur classe d'âge et sexe	6%	9%	11%	13%	16%	26%	29%	12%							
90% centraux	4%	5%	5%	4%	6%	5%	8%	5%							
les 5% les plus lourds de leur tranche d'âge et sexe	91%	91%	91%	91%	89%	86%	85%	90%							
Appréciation de l'état de santé général (compte tenu de l'âge)															
très bon	42%	28%	16%	13%	9%	5%	4%	22%							
bon	49%	57%	65%	48%	50%	27%	21%	50%							
moyen	9%	14%	17%	32%	33%	52%	44%	22%							
mauvais	0%	1%	2%	6%	8%	17%	31%	5%							
Interruption, changement d'emploi pour raison de santé															
oui	7%	8%	8%	11%	11%	14%	17%	9%							n.s.
Perturbation des études pour raison de santé															
oui	4%	4%	4%	5%	6%	5%	9%	5%							n.s.
Nombre d'interventions chirurgicales depuis la naissance															
aucune	36%	31%	33%	28%	26%	22%	16%	30%							
une ou deux	53%	55%	51%	52%	53%	54%	54%	53%							
trois et plus	11%	14%	15%	19%	21%	23%	31%	17%							
Nombre de maladies déclarées pendant l'enquête															
0-1 maladie	32%	23%	20%	15%	11%	7%	6%	20%							n.s.
2-4 maladies	44%	43%	42%	35%	34%	22%	19%	38%							
5-9 maladies	21%	29%	33%	36%	39%	43%	41%	32%							
10 et plus	4%	5%	5%	14%	16%	28%	34%	10%							

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé												Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)								
	Nul ou faible				Moyen				Important					Global	Tests partiels							
	classe 1		classe 2		classe 3		classe 4		classe 5		classe 6				classe 7		1,2,3 vs. 4,5 vs. 6,7	4,5 vs. 6 vs. 7	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	pas du tout	non	non	plutôt	oui et non	plutôt	oui et non	oui et non	plutôt	oui et non	plutôt	oui et non			plutôt	oui et non						
Maladies déclarées par chapitres de la CIM-IX																						
infectieuses et parasitaires	5%	7%	7%	9%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%		
tumeurs	2%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%		
endocriniennes, métabolisme, sang	23%	26%	30%	32%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%		
troubles mentaux	4%	7%	9%	19%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%		
système nerveux	4%	6%	6%	9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%		
organes des sens	54%	60%	63%	64%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	71%		
appareil circulatoire	21%	28%	31%	37%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%		
appareil respiratoire	24%	28%	24%	32%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%		
bucco-dentaires	46%	51%	52%	55%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%	58%		
appareil digestif	11%	16%	18%	25%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%		
généto-urinaires, troubles de la grossesse	8%	11%	9%	13%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%		
cutanées	9%	11%	8%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%		
ostéo-articulaires, lissus conjonctifs	20%	27%	28%	38%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%	41%		
congénitales, d'origine périnatale	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%		
syndromes morbides mal définis	14%	24%	24%	32%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%		
traumatismes, empoisonnements	7%	8%	8%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%		

Descriptif sociodémographique et sanitaire des classes issues de la typologie d'expression du mal être

	Mal être exprimé								Ensemble	Tests de comparaisons (chi-2)	
	Nul ou faible		Moyen		Important		Global	Testes partiels			
	classe 1 pas du tout	classe 2 non	classe 3 plutôt non	classe 4 oui et non	classe 5 entre oui et non	classe 6 plutôt oui		classe 7 tout-à-fait		1,2,3 vs. 4,5 vs. 6,7	6 vs. 7
Conséquences des difficultés exprimées sur la vie professionnelle <i>exclus : aucune réponse "tout-à-fait" s'absente du travail ou des études sinon, travail ou études perturbés</i>	8%	9%	7%	11%	11%	10%	10%	11%	..	..	..
Conséquences des difficultés exprimées sur la vie familiale <i>perturbation de la vie familiale</i>	16%	17%	8%	27%	31%	39%	51%	30%	...	...	...
Evocation de ces difficultés à un professionnel de la santé <i>oui, à un psychiatre, psychologue, psychanalyste oui, à un généraliste oui, à un autre professionnel n'en a pas parlé</i>	3%	3%	4%	5%	6%	7%	12%	6%	...	...	...
Recours au système de soins pendant l'enquête <i>médecin généraliste spécialiste psychiatre, psychologue paramédical, dentiste</i>	49%	58%	58%	66%	69%	78%	82%	61%	...	...	...
allègement, interruption d'activité, hospitalisation hospitalisation 6 mois avant ou pendant l'enquête analyses, examens de santé	39%	46%	48%	56%	59%	70%	75%	51%	...	...	...
Acquisitions de médicaments psychotropes <i>oui non</i>	20%	26%	24%	29%	33%	34%	36%	27%	...	...	...
Prise de psychotrope régulière (depuis six mois) <i>oui non</i>	0%	1%	1%	2%	3%	3%	6%	2%	...	...	...
Consommation quotidienne d'alcool <i>maximale actuelle dose quotidienne réduite a arrêté la consommation jamais bu quotidiennement</i>	21%	23%	21%	26%	28%	33%	35%	25%	...	...	...
Consommation quotidienne de tabac <i>a fumé jamais fumé fumeur actuel</i>	7%	10%	7%	9%	12%	12%	18%	9%	...	...	...
	17%	20%	19%	27%	28%	28%	36%	23%	...	...	...
	5%	9%	11%	21%	24%	38%	48%	16%	...	...	...
	95%	91%	89%	79%	76%	62%	52%	84%	...	...	...
	2%	6%	7%	15%	20%	29%	38%	11%	...	...	...
	98%	94%	93%	85%	80%	71%	62%	89%	...	...	...
	39%	38%	40%	33%	31%	30%	25%	36%	...	...	...
	9%	10%	11%	13%	10%	8%	9%	10%	...	...	...
	5%	6%	5%	8%	9%	8%	11%	7%	...	...	...
	47%	46%	44%	46%	50%	54%	54%	47%	...	...	...
	21%	21%	22%	22%	18%	16%	14%	20%	...	...	...
	47%	49%	48%	46%	56%	63%	58%	51%	...	...	...
	32%	30%	30%	32%	26%	21%	27%	29%	...	...	...