



PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE

**DIRECTION RÉGIONALE  
DES AFFAIRES SANITAIRES  
ET SOCIALES**

# **ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES BOURGUIGNONS PAR RAPPORT AUX FACTEURS DE RISQUE ET AUX DÉPISTAGES DES CANCERS**

Résultats d'une enquête téléphonique  
auprès de 1 100 personnes de 12-75 ans

septembre 2004



# **ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES BOURGUIGNONS PAR RAPPORT AUX FACTEURS DE RISQUE ET AUX DÉPISTAGES DES CANCERS**

Résultats d'une enquête téléphonique  
auprès de 1 100 personnes de 12-75 ans

## **Réalisation**

Dr Isabelle MILLOT, médecin épidémiologiste de l'ORS  
Stéphanie GATHION, interne de santé publique  
Bernadette LEMERY, directrice de l'ORS  
Christine FIET, secrétaire

## **Remerciements**

Aux professionnels sollicités pour la construction du questionnaire, et tout particulièrement aux médecins responsables des centres de gestion départementaux des dépistages des cancers.

À l'institut de sondage BRES et à ses enquêtrices

Aux personnes interrogées pour leur accueil

*Étude réalisée avec le soutien financier de la DRASS de Bourgogne  
dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan cancer*



# SOMMAIRE

<b>I. CONTEXTE</b>	<b>1</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>3</b>
<b>A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</b>	<b>3</b>
<b>B. HISTORIQUE DE LA MÉTHODE "BAROMÈTRE SANTÉ", RÉSERVES MÉTHODOLOGIQUES</b>	<b>3</b>
<b>C. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON RÉGIONAL</b>	<b>5</b>
<b>D. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE</b>	<b>6</b>
<b>E. RECUEIL DES DONNÉES</b>	<b>7</b>
1. La place du téléphone	7
2. Procédure d'appel téléphonique et sélection de la personne éligible	7
<b>F. PRÉSENTATION DES TERMES STATISTIQUES ET ANALYSE</b>	<b>8</b>
<b>G. DÉFINITION DE QUELQUES VARIABLES UTILISÉES</b>	<b>10</b>
1. Tabac	10
2. Alcool	10
3. Nutrition et activité physique	11
<b>III. RÉSULTATS</b>	<b>13</b>
<b>A. TAUX DE PARTICIPATION</b>	<b>13</b>
<b>B. POPULATION DE L'ÉCHANTILLON</b>	<b>14</b>
<b>C. REPRÉSENTATIONS ET INFORMATION PAR RAPPORT AUX RISQUES ET MALADIES</b>	<b>15</b>
1. Les craintes par rapport aux risques et aux maladies	15
2. L'information sur les grands thèmes	16
3. Les produits jugés comme étant des drogues	17
<b>D. TABAC</b>	<b>19</b>
1. Les 12-75 ans et le tabac	19
2. Tabagisme chez les jeunes (12-24 ans)	20
3. Tabagisme chez les adultes (25-75 ans)	23
4. L'entrée dans le tabagisme	29
5. Les fumeurs de tabac à rouler, de cigares et de pipes	30
6. Arrêt du tabac	31
7. Opinions à l'égard du tabac	33
8. Gêne occasionnée par la fumée des autres	35
9. Respect des zones non fumeurs	35
<b>E. ALCOOL</b>	<b>37</b>
1. Types de consommateurs	37
2. Les produits consommés	38
3. Consommation hebdomadaire chez les 15-19 ans	38
4. Consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans	40
5. Les consommations au cours du week-end	43
6. Les consommations de la veille	43
7. Consommations à risque	43
8. Ivresses	46
<b>F. NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE</b>	<b>51</b>
<b>G. DÉPISTAGE DES CANCERS</b>	<b>53</b>
1. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 18 ans	53
2. Dépistage du cancer du col de l'utérus	56
3. Dépistage du cancer du côlon rectum	59

<b>H. CONSOMMATIONS DE SOINS</b>	<b>63</b>
1. Les interlocuteurs pour les questions de santé	63
2. La fréquence des consultations médicales	63
3. Les conseils de prévention	64
<b>I. COMMENTAIRES LIBRES À PROPOS DE L'ENQUÊTE</b>	<b>65</b>
<b><u>IV. DISCUSSION</u></b>	<b><u>67</u></b>
<b>A. BIAIS DE L'ÉTUDE</b>	<b>67</b>
<b>B. LE TABAGISME</b>	<b>68</b>
<b>C. L'ALCOOL</b>	<b>71</b>
<b>D. NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE</b>	<b>73</b>
<b>E. LES DÉPISTAGES</b>	<b>75</b>
<b><u>V. CONCLUSION</u></b>	<b><u>77</u></b>
<b>ANNEXES</b>	
- <b>Annexe 1 : Lettre d'annonce</b>	
- <b>Annexe 2 : Communiqué de presse</b>	
- <b>Annexe 3 : Questionnaire</b>	
- <b>Annexe 4 : Protocole prise de contact</b>	
<b><u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b><u>96</u></b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## TABLEAUX

Tableau 1 : Taux d'aboutissement des appels et taux de refus de participation à l'enquête par département.....	13
Tableau 2 : Structure de la population de l'échantillon selon quelques caractéristiques socio-démographiques avant et après redressement.....	14
Tableau 3 : Craintes individuelles du cancer selon le sexe (en %).....	15
Tableau 4 : Information sur différents grands thèmes de santé .....	17
Tableau 5 : Produits considérés comme des drogues .....	17
Tableau 6 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 25 ans en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs comportements (en %).....	21
Tableau 7 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 25 ans en fonction de leurs représentations de santé (en %) .....	22
Tableau 8 : Prévalence du tabagisme régulier et caractéristiques socio-démographiques chez les 25-75 ans .....	25
Tableau 9 : Prévalence du tabagisme régulier, comportements et habitudes de vie et représentations chez les 25-75 ans .....	26
Tableau 10 : Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le tabagisme régulier parmi les 25-75 ans (Odds Ratio ajustés).....	27
Tableau 11 : Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon la raison principale chez les fumeurs actuels .....	32
Tableau 12 : Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon la raison principale chez les anciens fumeurs .....	32
Tableau 13 : Principales méthodes d'arrêt du tabac envisagées par les fumeurs .....	33
Tableau 14 : Crainte des maladies liées au tabac en fonction du statut tabagique.....	34
Tableau 15 : Individus déclarant qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs .....	35
Tableau 16 : Estimation du respect des zones non-fumeurs selon les lieux (en %) .....	35
Tableau 17 : Prévalence de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les 15-19 ans selon leurs caractéristiques sociodémographiques, habitudes de vie et représentations (%) .....	39
Tableau 18 : Consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans selon leurs caractéristiques sociodémographiques (%) .....	40
Tableau 19 : Consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans selon leurs habitudes de vie et leurs représentations de santé (%).....	41
Tableau 20 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans (OR ajustés) .....	42
Tableau 21 : Dépassement des seuils de consommation journalière recommandés chez les hommes et les femmes selon leurs caractéristiques sociodémographiques (en %).....	44
Tableau 22 : Dépassement des seuils de consommation journalière recommandés chez les hommes et les femmes selon leurs habitudes de vie et de leurs représentations de santé (en %) .....	45
Tableau 23 : Ivresses répétées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des individus (en %).....	47
Tableau 24 : Ivresses répétées en fonction des habitudes de vie et des représentations de santé (en %).....	48
Tableau 25 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est l'ivresse répétée (OR ajustés)..	49
Tableau 26 : État nutritionnel selon le sexe chez les adultes.....	51
Tableau 27 : Propositions de petits consommateurs de fruits et légumes selon le sexe chez les 45-60 ans (n=279).	51
Tableau 28 : Pratique d'une activité physique régulière.....	52
Tableau 29 : Année de la dernière réalisation d'une mammographie pour les femmes de 20 à 75 ans (en %).....	53
Tableau 30 : Avoir passé une mammographie au cours des 2 dernières années pour des femmes de 50 à 69 ans selon leurs caractéristiques (en %).....	54
Tableau 31 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie dans les deux ans parmi les femmes de 50 à 69 ans.....	55
Tableau 32 : Réalisation d'un frottis dans les trois ans parmi les femmes de 20 à 65 ans .....	57
Tableau 33 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un frottis dans les trois ans parmi les femmes de 20 à 65 ans (OR ajustés) .....	58
Tableau 34 : Année de la dernière réalisation d'un test hémocult® selon le sexe .....	60

Tableau 35 : Réalisation d'un test hémocult® au cours de la vie chez les plus de 50 ans .....	61
Tableau 36 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un test hémocult au cours de la vie chez les plus de 50 ans (OR ajustés) .....	62
Tableau 37 : Interlocuteurs pour les questions sur la santé .....	63

## GRAPHIQUES

Graphique 1 : Principales craintes des risques et maladies (sur une échelle de 0 à 9).....	15
Graphique 2 : Craintes du cancer ("pas mal" ou beaucoup) en fonction de l'âge et du sexe (en %) .....	16
Graphique 3 : Impression de vivre dans un environnement ? .....	16
Graphique 4 : Prévalence du tabagisme déclaré en fonction de l'âge et du sexe (en %) .....	19
Graphique 5 : Prévalence du tabagisme régulier en fonction de l'âge et du sexe (en %).....	19
Graphique 6 : Statut tabagique chez les 12-24 ans.....	20
Graphique 7 : Nombre moyen de cigarettes par jour chez les 12-24 ans, selon le sexe.....	22
Graphique 8 : Dépendance tabagique chez les fumeurs de 15-24 ans .....	23
Graphique 9 : Statut tabagique chez les 25-75 ans.....	24
Graphique 10 : Nombre moyen de cigarettes par jour par sexe et tranche d'âge.....	28
Graphique 11 : Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier.....	30
Graphique 12 : Nombre de tentatives d'arrêt du tabac parmi les fumeurs (15-75 ans).....	31
Graphique 13 : Fumeurs et non fumeurs qui déclarent se sentir bien ou très bien informés sur le tabac selon l'âge	34
Graphique 14 : Types de consommateurs d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête.....	37
Graphique 15 : Fréquences des consommations en fonction du type d'alcool consommé (%) .....	38
Graphique 16 : Nombre moyen d'ivresses annuelles selon l'âge et le sexe .....	46
Graphique 17 : Types d'activités pratiquées parmi ceux qui pratiquent un sport.....	52
Graphique 18 : Avoir passé une mammographie au cours de la vie selon l'âge.....	53
Graphique 19 : Raisons ayant motivé la réalisation d'au moins une mammographie après 50 ans.....	55
Graphique 20 : Motifs d'absence de réalisation d'une mammographie après 50 ans .....	56
Graphique 21 : Avoir passé un frottis au cours de la vie ou dans les 3 ans, selon l'âge (%) .....	56
Graphique 22 : Motifs d'absence de réalisation d'un frottis au cours de la vie .....	59
Graphique 23 : Personnes de plus de 50 ans ayant bénéficié d'un test hémocult® (%).....	59
Graphique 24 : Nombre moyen de consultations chez le généraliste selon l'âge .....	63
Graphique 25 : Nombre moyen de consultations chez le spécialiste selon l'âge .....	64
Graphique 26 : Avoir reçu des conseils de son médecin lors de la dernière consultation .....	64

## I. CONTEXTE

---

En Bourgogne comme en France, les cancers sont la deuxième cause de mortalité, après les affections cardiovasculaires. Le Plan Cancer, présenté en mars 2003, constitue un programme stratégique pour les cinq prochaines années.

Globalement la situation de la Bourgogne par rapport aux cancers n'est pas favorable si on la compare à celle de l'ensemble des régions françaises. On a observé depuis le début des années 90 une surmortalité par tumeurs des hommes de la région par rapport à la moyenne nationale. Par ailleurs, l'incidence comme la mortalité masculine par cancers du colon rectum et également des voies aérodigestives supérieures sont plus élevées en Bourgogne qu'en France. D'autres constats, préoccupants au niveau national, sont retrouvés en Bourgogne : le poids particulier du cancer du poumon dans l'incidence et la mortalité chez les hommes et son augmentation chez les femmes.

Si l'on veut que la Bourgogne ne s'écarte pas davantage, ou même se rapproche de la situation française, alors que l'objectif national est une diminution de 20% de la mortalité d'ici 5 ans, la déclinaison du plan cancer dans la région doit s'articuler, de manière globale, autour de la prévention primaire des conduites addictives, du développement de l'éducation nutritionnelle, de la détection et du traitement précoces des cancers.

La connaissance des attitudes et des pratiques des Bourguignons en matière de prévention et d'exposition aux facteurs de risque est un préalable nécessaire au développement de mesures régionales adaptées. Dans ce contexte, l'Observatoire Régional de la Santé a proposé la réalisation d'une enquête en population générale s'inspirant des Baromètres santé, études réalisées par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Il s'agit d'établir « une photographie » qui contribuera à la définition des problèmes et donc des priorités spécifiques à la région dans ce domaine.



## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

### A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour objectif principal de mettre en évidence les représentations en matière de santé, les connaissances, les attitudes et les comportements des Bourguignons concernant les facteurs de risque du cancer (consommation de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires) et la réalisation de tests de dépistage, afin d'orienter les actions de prévention dans le cadre de la déclinaison régionale du plan cancer.

L'objectif secondaire est de constituer des indicateurs régionaux de référence, avant la mise en place des actions.

### B. HISTORIQUE DE LA MÉTHODE "BAROMÈTRE SANTÉ", RÉSERVES MÉTHODOLOGIQUES

La création du Baromètre santé a été décidée par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES, INPES depuis 2002) en relation avec les institutions nationales en charge des problèmes de santé : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (Direction Générale de la Santé), Haut Comité de la Santé Publique, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Mutualité sociale agricole (MSA). Le CFES, avec le concours scientifique de l'Inserm (unités 292 et 357) et de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Provence-Alpes-Côte-d'Azur, a assuré la mise en place du suivi et de l'exploitation de ce nouvel outil.

Le Baromètre santé mesure, à un temps  $t$ , l'état des comportements, des attitudes, des opinions et des connaissances de la population enquêtée (épidémiologie descriptive). Il donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé. Sa répétition dans le temps permet de mettre en évidence des grandes évolutions, dans les domaines précités. Les quatre dimensions étudiées sont interdépendantes : par exemple, il est possible de faire changer les comportements en modifiant les représentations et/ou les connaissances. Les quatre concepts sont définis ci-dessous<sup>1</sup>.

#### ✓ Les comportements

Les comportements sont des actions observables d'un individu en réponse à un stimulus.

Il existe de nombreuses théories ou modèles qui tentent d'expliquer l'adoption ou le choix des comportements de santé : le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie sociale cognitive, la théorie de l'action raisonnée, la théorie des comportements interpersonnels, la théorie du comportement planifié, la théorie des comportements à problème, la théorie de l'apprentissage social, la théorie de l'immunisation cognitive ou sociale, la théorie bio-psychosociale, le modèle de l'environnement social, le modèle développemental, la théorie de la prévention situationnelle, etc.

Les enquêtes Baromètre santé sont de type déclaratif. Ce sont les individus qui déclarent eux-mêmes leurs propres comportements en matière de santé. Cette méthode peut paraître moins fiable qu'une observation, mais les informations obtenues par de tels procédés sont difficiles à recueillir et donc très restreintes en approche populationnelle.

Les principales limites du déclaratif concernent la mesure de certains comportements qui seraient difficilement ou peut-être trop facilement avouables, mais concernent également la question relative à la mémoire. Observer un comportement ne peut se faire sans référence temporelle (au cours d'une vie, des douze derniers mois, la veille...). Or, il se peut que le comportement de la veille ne reflète pas le comportement habituel. Une autre solution serait de demander de répondre « *en règle générale* » mais l'individu ne pouvant donner une valeur exacte, procède souvent à une estimation qui risque de se rapprocher d'une consommation souhaitable (norme sociale) et potentiellement différente de sa consommation réelle. Dans le cas d'un questionnaire faisant référence à une période précise de consommation, les réponses ne sont pas représentatives de la consommation d'un individu en particulier, mais de l'ensemble de l'échantillon. Dans le cas d'un questionnaire "*en règle générale*", les données sont représentatives au niveau individuel, mais ne le sont pas forcément au niveau de l'ensemble de l'échantillon (la somme des *estimations* individuelles), car, dans des domaines où des consommations régulières ou élevées ne correspondent pas aux normes sociales, les individus estimant à la baisse leur consommation moyenne risquent d'être plus nombreux que ceux l'estimant à la hausse. Ce risque de minimisation de consommation par rapport à certaines normes sociales est également envisageable pour une investigation faisant référence à des consommations de la veille, mais le caractère exceptionnel et donc moins stigmatisant d'une journée peut favoriser des déclaratifs *hors normes*. Le problème se pose lorsque l'on souhaite identifier et étudier des sous-groupes selon leurs comportements déclarés. Pour que des individus ne soient pas abusivement classés dans une catégorie qui ne devrait pas être la leur, il est nécessaire que les consommateurs ou abstinentes exceptionnels soient des phénomènes rares. La dimension temporelle intervient également lorsque la période de référence de la question est longue : *au cours de la vie, au cours des douze derniers mois*. La mémoire est alors l'élément qui peut fausser la justesse d'un comportement déclaré.

#### ✓ **Les attitudes**

L'attitude est une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les comportements possibles du sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte tel comportement et non pas tel autre. Certains considèrent que les attitudes se composent de plusieurs dimensions : affective, cognitive et conative. La dimension affective concerne « l'attrait ou la répulsion que le sujet éprouve pour l'objet ». La dimension cognitive concerne ce que nous savons ou croyons savoir de l'objet. La dimension conative concerne les intentions ou les décisions relatives à l'action.

La relation entre « attitude » et « comportement » a fait l'objet de beaucoup de travaux. En 1969, Wicker analysa, à travers trente-deux études, la force de cette relation. Ses conclusions montrent un lien souvent bas et parfois nul. Dans le modèle de Fishbein, le coefficient de corrélation entre le comportement et l'attitude est de 0,63. Les attitudes ne sont pas directement observables (*variable latente*) comme le sont les comportements. Pour essayer de les mesurer, il convient d'être très prudent. Poser des questions entraîne presque *de facto* des réponses, or les attitudes n'existent pas forcément pour tous les types de sujets évoqués lors d'une investigation. Pour s'assurer qu'il existe bien une attitude, des répertoires d'opinions logiquement ordonnées peuvent être constitués pour évaluer les attitudes. L'enquête Baromètre santé comprend peu de questions sur des attitudes précises.

#### ✓ **Les opinions**

Les opinions sont en quelque sorte l'expression verbale d'une attitude (*façon de penser sur un sujet*). Les opinions découlent des attitudes, mais une opinion peut « révéler » à la personne qui la formule son attitude face à un sujet. Pour tenir compte du fait que l'on n'a pas d'avis sur tous les sujets, toutes les questions d'opinions comprennent, dans leurs items, la réponse « *nsp* » qui signifie *ne sait pas* ou *ne se*

*prononce pas*. Les opinions sont souvent variables chez un même individu et peuvent être influencées par différents facteurs dont la pression médiatique.

### ✓ **Les connaissances**

La notion de connaissances et de références (*les bonnes pratiques*) en matière de santé est complexe. La science évolue et ce qui peut être vrai aujourd'hui (connaissance scientifique du moment) peut être invalidé demain. Par ailleurs, la diversité des sources d'information en matière de santé et la difficulté pour le public d'identifier un émetteur légitime, rendent les choses complexes. Rappelons, enfin, un élément important qui s'y rattache : la connaissance d'un comportement considéré comme bénéfique pour la santé n'implique pas automatiquement l'application de ce comportement. Parmi les différentes théories qui tentent d'expliquer pourquoi une personne continue d'avoir un comportement qu'elle sait pertinemment nuisible, la théorie de la dissonance cognitive de Festinger est probablement la plus connue. L'hypothèse de cette théorie consiste à dire que l'existence d'une dissonance (je fume alors que je sais que fumer provoque des maladies graves) entraîne une gêne chez le sujet et que celui-ci va de ce fait chercher à réduire cette dissonance. Pour ce faire et en reprenant l'exemple du fumeur, le sujet a le choix, pour réduire cette dissonance, entre ne plus fumer ou modifier son jugement sur les risques attribuables au tabagisme (tous les fumeurs n'ont pas le cancer, certaines personnes ont un cancer alors qu'elles n'ont jamais fumé, il faut bien mourir de quelque chose, etc.). La deuxième solution par rapport à cet exemple est parfois plus facilement réalisable que la première et c'est donc une modification du jugement qui s'opère et non un changement de comportement. L'enquête Baromètre santé pose peu de questions sur les connaissances.

Ces définitions montrent à quel point ces différentes notions sont étroitement liées et interagissent.

## **C. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON RÉGIONAL**

L'échantillon interrogé en Bourgogne a été constitué par un sondage par quotas à deux degrés de probabilités inégales :

- un tirage au sort des ménages ;
- une sélection d'un individu dans chaque ménage parmi l'ensemble des sujets éligibles.

Le principe de ce type de sondage dit empirique repose sur la sélection *a priori* de critères importants pour l'étude (variables de contrôle). Pour cette étude, les variables contrôles suivantes ont été retenues : le sexe, l'âge (répartition en 13 classes), le lieu de domicile (code postal), l'activité de l'interrogé (actif, retraité, autre). La méthode d'échantillonnage a été conçue de façon à obtenir un échantillon représentatif de la population en fonction des quatre variables. On utilise ensuite les statistiques déjà disponibles au niveau de la population pour déterminer la distribution des valeurs de chacune de ces variables.

La base à partir de laquelle les personnes ont été contactées est un fichier aléatoire de numéros de téléphone incluant les abonnés sur liste orange fourni par France Télécom (afin de limiter le biais de sélection). Cette liste comportait environ 1 200 numéros de téléphone pour tenir compte des taux de refus du ménage (25,2% lors d'une enquête Baromètre santé en Poitou-Charentes en 1999), puis de l'individu (7,5%) et d'abandons (2,7%) attendus.

La constitution de l'échantillon et les interviews pour l'enquête en Bourgogne ont été confiées à un institut de sondage (BRES). À partir de la base de sondage, les adresses ont été reconstituées pour celles qui le pouvaient (hors liste rouge) afin de fournir des listes pour un envoi d'une lettre annonce de l'enquête (avec en-tête de l'ORS) une à deux semaines avant le premier contact avec le ménage (annexe

1). Ces envois ont été faits par vagues successives pour suivre le rythme de réalisation des enquêtes par l'institut. Par ailleurs un communiqué de l'ORS a été diffusé dans la presse écrite locale et sur les ondes FM (annexe 2).

Afin de respecter les quotas dans certaines tranches d'âge (jeunes adultes), ne possédant souvent pas de téléphone fixe, l'institut a dû se procurer des numéros de portables auprès de foyers qui ont accepté de communiquer celui de leurs enfants.

L'enquête a été réalisée au cours du premier trimestre 2004, en dehors de la période des fêtes de fin d'année, pour éviter des comportements particuliers associés à cette période.

## ■ CRITÈRES D'INCLUSION

Le choix des populations interrogées répond principalement à des contraintes techniques. En population générale, seuls les 12-75 ans parlant le français ont participé à l'enquête.

Il a été décidé d'interroger dans une même enquête une population d'adultes et une population de jeunes. L'intérêt d'un tel regroupement se situe dans la possibilité d'avoir un continuum d'observation des comportements de santé selon l'âge des individus.

Le Baromètre santé jeunes 97/98 a montré qu'il était possible de faire, en France, une enquête de santé par téléphone auprès des 12-19 ans (taux de participation plus élevé que parmi les adultes, résultats concernant aussi les jeunes non scolarisés). L'expérience du terrain permet de penser que l'âge de 12 ans constitue une limite inférieure maximale (questionnaire long et difficulté de compréhension de certains termes).

En ce qui concerne la limite d'âge supérieure (moins de 76 ans), il y a deux raisons d'ordre technique. La première est que les enquêtes publicitaires d'évaluation faites auprès des plus de 75 ans sont extrêmement difficiles par téléphone (refus, problèmes d'audition, etc.). Ensuite, une investigation par téléphone au domicile principal des individus peut ne pas être représentative des populations les plus âgées. En effet, un certain nombre d'entre eux sont hospitalisés, d'autres sont en maison de retraite sans avoir forcément de ligne téléphonique personnelle.

## ■ CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole d'enquête, le questionnaire, ainsi que la lettre d'annonce ont été rédigés de sorte que les informations susceptibles d'être traitées présentent un caractère anonyme et qu'en conséquence, le traitement informatique envisagé n'ait pas à faire l'objet de formalités préalables auprès de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Seuls les jeunes de moins de 15 ans ayant obtenu le consentement d'au moins un des parents ont pu participer à l'enquête.

## **D. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE**

Le questionnaire a été construit à partir de celui utilisé pour l'enquête Baromètre 2000<sup>2</sup>.

Un groupe de travail constitué de membres de l'ORS, de partenaires impliqués dans la prévention du cancer dans la région et de l'institut de sondage (dont les enquêteurs) a validé la formulation des questions et des propositions de réponses, l'ordre de passation, la durée de passation du questionnaire.

L'enquête s'est déroulée du lundi au samedi inclus, elle permet ainsi de prendre en compte les variations journalières des comportements. En ce qui concerne les consommations de produits psychotropes (alcool

et tabac notamment), les consultations médicales, les dépistages et d'autres domaines, les questions sont formulées de façon rétrospective sur l'année. Cette façon d'essayer de contrôler les effets saisonniers est, bien entendu, moins efficace qu'une enquête par vagues. Néanmoins, la plupart des questions de ce type a été validée en France et dans d'autres pays, et cette procédure permet de limiter sensiblement les coûts de préparation et de collecte des données tout en laissant plus de temps pour leur exploitation et leur analyse.

Le questionnaire aborde successivement les thèmes suivants (annexe 3) :

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| - Perception de la santé et de l'environnement | - Alcool                         |
| - Poids et conduites alimentaires              | - Soins et Information           |
| - Nutrition et activité                        | - Dépistage des cancers          |
| - Tabac  | - Vie professionnelle et sociale |

## **E. RECUEIL DES DONNÉES**

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens téléphoniques par des enquêteurs professionnels de l'institut de sondage BRES.

### **1. LA PLACE DU TÉLÉPHONE**

Parmi les différents modes d'interview, le téléphone s'est assez logiquement imposé pour cette enquête.

Les arguments qui sont en faveur de la méthode du téléphone sont les suivants :

- qualité de la base de sondage relativement exhaustive et régulièrement actualisée
- taux de participation relativement correct, surtout si cette collaboration est motivée par l'envoi d'une lettre annonce
- possibilité de gestion automatisée des interviews
- absence physique de l'enquêteur limitant l'influence au niveau des réponses, surveillance de l'administration et de la compréhension du questionnaire
- possibilité d'interroger les personnes en difficulté avec l'écriture ou la lecture

Les arguments en défaveur sont principalement les suivants :

- temps de réflexion plus court pour répondre aux questions et donc possibilité d'oubli ou d'erreur dans certains domaines (biais de mémorisation)
- isolement pas toujours possible de l'interviewé pour répondre aux questions
- risque de biais de déclaration lorsque l'interviewé est peu enclin à la verbalisation à propos de sujets sensibles ou intimes
- difficulté de connaître les hors-champs et les hors cibles en raison de l'absence, à ce jour, d'annuaire téléphonique pour les téléphones portables

### **2. PROCÉDURE D'APPEL TÉLÉPHONIQUE ET SÉLECTION DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE**

La procédure utilisée pour l'enquête est décrite en annexe 4.

Chaque numéro de téléphone a été appelé au maximum douze fois entre 17 heures et 21 heures en semaine, et entre 10 heures et 18 heures le samedi, l'enquêteur laissant sonner douze coups. Au bout de

trois tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. Les numéros occupés étaient recomposés automatiquement 30 minutes plus tard. Les appels aboutissant sur un répondeur étaient considérés comme des non-réponses. Dans ce cas, le numéro était recomposé automatiquement 90 minutes plus tard. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans, parlant le français et ayant son domicile principal au numéro composé. À l'intérieur de chaque foyer, l'individu éligible, âgé de 12 à 75 ans, était sélectionné par la méthode anniversaire (individu dont l'anniversaire était le prochain à venir). Si la personne retenue était présente et disponible au moment du contact ménage, le questionnaire lui était immédiatement administré. Si elle le souhaitait, un rendez-vous téléphonique lui était proposé. Si elle était absente ou indisponible, un rendez-vous était pris en fonction des disponibilités déclarées par ses proches. Pour l'interrogation des 12-14 ans, avant de procéder au questionnement, l'enquêteur validait l'accord de participation du jeune sélectionné auprès d'au moins un des parents. Les interruptions momentanées de questionnaire étaient possibles dès que l'interviewé devait s'interrompre pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, ou bien s'il ne sentait plus à son aise pour répondre à cause de la présence d'une tierce personne. Dans ce cas, un rendez-vous était fixé avec l'interviewé.

Pour favoriser la participation des individus à l'enquête, trois démarches ont été entreprises :

- la constitution d'une liste d'arguments pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées (avec le respect de leur droit de refus),
- la réalisation de jeux de rôle entre les enquêteurs et les chefs d'équipe afin de maîtriser au mieux les différents arguments,
- la mise à disposition, pour les personnes contactées par courrier, du numéro de téléphone de l'ORS afin de garantir aux personnes qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par BRES pour son compte et d'apporter des précisions sur l'intérêt de l'étude en terme de prévention.

## **F. PRÉSENTATION DES TERMES STATISTIQUES ET ANALYSE**

L'institut de sondage est parvenu à constituer un échantillon de 1 000 personnes représentatif de la population bourguignonne en terme de répartition par sexe, par âge, par activité et par département. Cependant pour obtenir cet échantillon, 1 100 individus ont été réellement interrogés. Afin de ne pas perdre d'information, les analyses statistiques ont été réalisées sur les 1 100 observations mais avec un redressement de la population sur l'âge et le sexe afin de garder la représentativité de l'échantillon. Pour cela 8 strates ont été constituées en fonction du sexe et de quatre classes d'âge (12-19 ans ; 20-34 ans ; 35-59 ans ; 60-74 ans). Le département n'a pas été utilisé pour le redressement car son intégration multipliait par quatre le nombre de strates. Ainsi avec 32 strates, le nombre d'individus dans chaque strate était rapidement réduit surtout lorsque les analyses portaient sur une partie de la population (sélection des fumeurs d'une certaine tranche d'âge par exemple). Par ailleurs, dans l'échantillon de 1 100 individus la répartition par département était assez représentative de la population régionale. Un coefficient de pondération pour chaque strate (calculé en faisant le rapport des effectifs théoriques dans la population régionale et des effectifs de l'échantillon) a été appliqué. La population de référence utilisée est celle du recensement de 1999 réalisé par l'Insee.

L'analyse statistique a été menée avec la procédure « svy » du logiciel Stata (Statistics/Data Analysis version 8), qui permet de tenir compte, pour le calcul des pourcentages, des intervalles de confiance et la réalisation des tests, des probabilités inégales d'inclusion dans l'échantillon et des coefficients de pondération.

Les résultats sont présentés d'abord de façon univariée sous forme de pourcentages avec leurs intervalles de confiance pour les variables qualitatives, sous forme de moyennes avec leurs écarts-types pour les variables quantitatives. Les résultats présentés ne prennent pas en compte les données manquantes : les pourcentages sont toujours calculés à partir des effectifs des répondants, même lorsque cela n'est pas explicitement précisé.

Les comparaisons de pourcentages ont été faites par des tests de Chi<sup>2</sup> de Pearson ou tests exacts de Fisher. L'analyse de la variance a été utilisée pour comparer la différence entre deux ou plusieurs moyennes lorsque les conditions d'application étaient respectées, dans le cas contraire, les tests de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis ont été employés.

Des analyses multivariées ont ensuite été réalisées. En effet, il est rare de s'intéresser seulement à deux variables isolées quand il s'agit d'étudier des phénomènes complexes. Dans ce cas, il est possible d'avoir recours à des analyses incluant en même temps plusieurs variables. On se focalise sur une variable - nommée variable « dépendante » - pour laquelle on cherche à déterminer les facteurs associés - variables indépendantes - restant en relation significative avec cette variable quand on considère leur variation simultanée. Dans notre étude, ce type d'analyse représenté par la régression logistique a essentiellement été utilisé pour vérifier l'existence ou non de certains facteurs de confusion. En effet, trouver une association entre deux variables ne signifie pas que les deux variables soient liées directement entre elles. Un troisième facteur dit « de confusion » lié à chacune de ces variables peut intervenir dans la relation, c'est souvent le cas de l'âge. On parlera d'interaction entre variables lorsque le lien entre deux variables diffère selon l'item considéré d'une des variables. Pour éviter ce problème d'interaction, les régressions logistiques seront souvent présentées séparément pour les hommes et pour les femmes.

La régression logistique permet de créer un modèle (mathématique) liant une série de variables à une seule variable cible qualitative à deux modalités (« oui » / « non », « présent » / « absent », 0/1). Il est possible de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'odds ratio. L'odds ratio (OR) est une des façons d'exprimer l'effet d'une variable sur une donnée qualitative. Il exprime une estimation de l'augmentation ou de la diminution du risque d'observer un événement en fonction de l'exposition à certains facteurs.

La difficulté de l'utilisation de la régression logistique en sciences sociales repose sur la fragilité des modèles explicatifs reliant comportements, attitudes, connaissances et opinions. La régression logistique n'a pas été utilisée dans cette étude pour construire un modèle et prédire la variable cible, mais simplement pour évaluer l'impact éventuel de certaines variables de confusion ou pour mesurer la force des liens entre les variables. Pour chaque odds ratio ajusté, l'intervalle de confiance (IC) est présenté à 95 % : cela signifie que la probabilité que l'odds ratio ajusté soit dans l'intervalle indiqué est de 95 %. Le seuil de significativité de 0,05 et de 0,2 ont été respectivement retenus pour les analyses bivariées et l'introduction d'une variable dans un modèle logistique.

## G. DÉFINITION DE QUELQUES VARIABLES UTILISÉES

### 1. TABAC

#### ✓ Types de consommation

On entend par :

- fumeur : une personne qui déclare fumer, ne serait-ce que de temps en temps.
- fumeur occasionnel : une personne qui déclare fumer moins d'une cigarette par jour.
- fumeur régulier : une personne qui déclare fumer au moins une cigarette par jour.

#### ✓ Dépendance au tabac

Le test de Fagerström (six questions), validé par la communauté scientifique internationale, permet d'évaluer le degré de dépendance physique au tabac. Le Baromètre santé ne pose pas l'ensemble des six questions du test, mais se concentre sur deux des plus importantes : « *Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?* » et « *Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?* ». À partir de ces deux questions, Fagerström a établi un système de scores simplifiés pour évaluer le degré de dépendance de l'individu (pas de dépendance ou faible dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte). Dans cette étude, les chiffres relatifs aux quantités consommées ne concernent que celles des fumeurs réguliers de cigarettes et de tabac à rouler.

### 2. ALCOOL

#### ✓ Types de consommation

On entend par :

- consommateur quotidien : une personne ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolisée par jour au cours de la semaine précédant l'enquête.
- consommateur hebdomadaire : une personne ayant déclaré consommer au moins une boisson alcoolisée au cours de la semaine précédant l'enquête à l'exception de tous les jours.
- abstinent : une personne ayant déclaré ne consommer aucune boisson alcoolisée au cours de la semaine précédant l'enquête.

#### ✓ Consommations à risque

Le repérage des consommateurs à risque a été effectué à l'aide du test Deta. Ce test se compose de quatre questions :

- « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? »
- « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? »
- « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? »
- « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? »

À partir de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolo-dépendance, passée(s) ou présente(s) est jugée élevée.

### ✓ **Seuils de consommation recommandés**

Les publications sur les problèmes de dangerosité des drogues ont clarifié l'importance des risques addictifs liés à la consommation d'alcool et les comportements d'usage, d'usage nocif, et de dépendance<sup>3,4,5</sup>. L'expertise réalisée par l'Inserm<sup>6</sup> établit que les risques liés à la consommation d'alcool sur la mortalité et les maladies graves augmentent au delà de 20 grammes d'alcool par jour. Bien que tous les individus n'aient pas la même sensibilité à l'alcool, ces observations conduisent à recommander de ne pas dépasser 2 à 3 verres par jour chez les femmes, et 3 à 4 verres par jour chez les hommes. Lorsque sera abordé dans le chapitre alcool le dépassement des seuils de consommation la veille de l'entretien, c'est aux bornes hautes de ces seuils que nous ferons référence.

### ✓ **Ivresses répétées**

Ce terme est défini par une déclaration de plus de trois ivresses au cours des douze derniers mois.

## **3. NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE**

### ✓ **Indice de masse corporelle**

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé à partir de la taille (T) et du poids (P) de chaque adulte interrogé ( $IMC=P/T^2$ ).

À partir de l'IMC, la population a été classée selon 4 catégories :

- IMC inférieur à 18,5 : état de dénutrition
- IMC compris entre 18,5 et 24,9 : poids « normal »
- IMC compris entre 25 et 29,9 : surcharge pondérale
- IMC supérieur ou égal à 30 : obésité morbide

### ✓ **Respect des recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS)**

Les individus considérés comme ayant respecté ces recommandations en terme de nutrition sont définis comme ceux ayant consommé au moins cinq fruits et légumes la veille de l'entretien.

Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demi de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue). *Les données disponibles en France actuellement font état de 55 et 64% de petits consommateurs de fruits chez les hommes et les femmes de 45-60 ans, et de respectivement 72 et 64% de petits consommateurs de légumes<sup>7</sup>.*

Les individus considérés comme ayant respecté ces recommandations en terme d'activité physique sont définis comme ceux ayant pratiqué au cours de la semaine précédant l'interview :

- une activité physique journalière (marche à pied pendant au moins 30 minutes par jour ou autre activité physique journalière).
- et une activité physique intense ou un sport au moins une heure par semaine.



### III. RÉSULTATS

---

#### A. TAUX DE PARTICIPATION

Au démarrage de l'enquête, 1 232 adresses ont été sélectionnées. Les statistiques présentées dans ce paragraphe ne tiennent pas compte de la deuxième série d'adresses sélectionnées afin de respecter les quotas fixés par le protocole de l'étude.

Sur cette première série, on compte 674 entretiens aboutis, soit un taux d'aboutissement de 54,7% et 16,5 % de refus. Parmi cette base de sondage, 30% des foyers n'ont pas pu être joints par téléphone, ou bien aucune personne dans le foyer ne répondait aux critères d'inclusion.

**Tableau 1 : Taux d'aboutissement des appels et taux de refus de participation à l'enquête par département**

Départements	Courriers expédiés	Refus			Entretiens aboutis	
		Femmes	Hommes	Taux	Nb	Taux
Côte d'Or	393	38	24	15,8	242	61,6
Saône-et-Loire	411	44	32	18,5	216	52,6
Yonne	259	22	16	14,7	129	49,8
Nièvre	169	16	11	16,0	87	51,5
<b>Total</b>	<b>1232</b>	<b>120</b>	<b>83</b>	<b>16,5</b>	<b>674</b>	<b>54,7</b>

Afin d'obtenir 1 100 entretiens aboutis, 6 600 appels téléphoniques ont été passés, et 781 heures d'enquête ont été nécessaires.

La durée moyenne d'un entretien abouti est de 19 minutes.

## B. POPULATION DE L'ÉCHANTILLON

**Tableau 2 : Structure de la population de l'échantillon selon quelques caractéristiques socio-démographiques avant et après redressement**

	Effectif	% Brut	% Redressé
<b>Sexe</b>			
hommes	531	48,3	49,4
femmes	569	51,7	50,6
<b>Age</b>			
12-14 ans	51	4,6	5,4
15-19 ans	81	7,4	9,1
20-24 ans	69	6,3	5,7
25-29 ans	96	8,7	7,9
30-34 ans	120	10,9	9,9
35-39 ans	98	8,9	8,6
40-44 ans	107	9,7	9,5
45-49 ans	86	7,8	7,5
50-54 ans	100	9,1	8,9
55-59 ans	79	7,2	6,8
60-64ans	67	6,1	6,5
65-69 ans	75	6,8	7,4
70-75 ans	71	6,5	6,8
<b>Département</b>			
Côte-d'Or	368	33,5	33,2
Nièvre	154	14,0	13,9
Saône-et-Loire	362	32,9	33,1
Yonne	216	19,6	19,8
<b>Lieu d'habitation</b>			
rural	359	32,6	32,9
urbain	741	67,4	67,1
<b>Situation actuelle</b>			
scolarisé	150	13,6	15,7
en apprentissage	6	0,6	0,7
au chômage	44	4,0	3,8
processus d'insertion	1	0,1	0,1
en activité	608	55,3	52,6
retraité	214	19,4	20,7
au foyer	56	5,1	4,6
autre ( dont handicap)	21	1,9	1,8

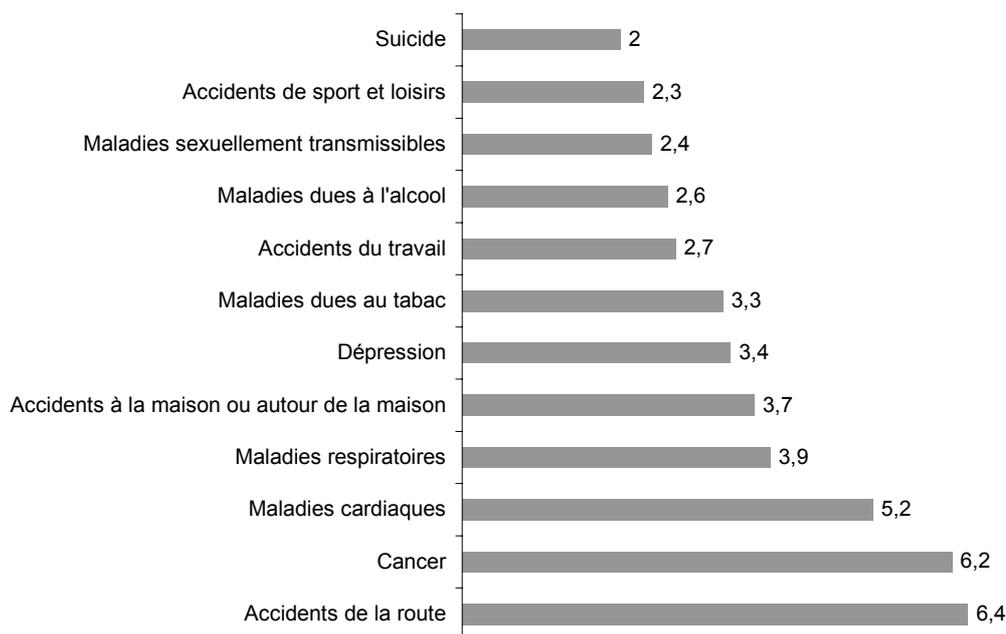
La Côte d'Or et la Saône-et-Loire ont un poids plus important dans la population que les deux autres départements, ce qui est représentatif de la population régionale.

## C. REPRÉSENTATIONS ET INFORMATION PAR RAPPORT AUX RISQUES ET MALADIES

### 1. LES CRAINTES PAR RAPPORT AUX RISQUES ET AUX MALADIES

Parmi les craintes des Bourguignons face aux risques et aux maladies, la crainte du cancer arrive en deuxième position, presque aussi forte que les accidents de la route et devant les maladies cardiaques.

**Graphique 1 : Principales craintes des risques et maladies (sur une échelle de 0 à 9)**

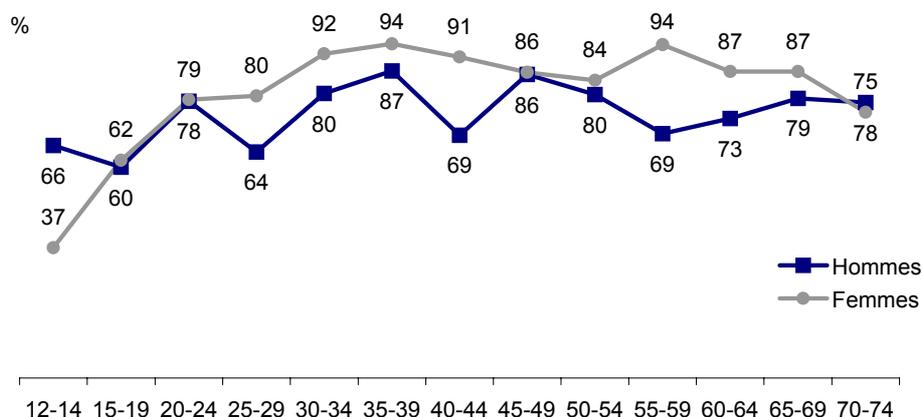


Près de 8 Bourguignons sur 10 déclarent craindre pas mal ou beaucoup le cancer, les femmes déclarant le craindre plus que les hommes ( $p=0,02$ ). Cette crainte augmente avec l'âge ( $p<0,001$ ).

**Tableau 3 : Craintes individuelles du cancer selon le sexe (en %)**

	Hommes	Femmes	Total
Pas du tout	8,0	7,2	7,6
Peu	17,2	11,5	14,3
Pas mal	36,1	34,5	35,3
Beaucoup	38,8	46,9	42,9

**Graphique 2 : Craintes du cancer ("pas mal" ou beaucoup) en fonction de l'âge et du sexe (en %)**



## 2. L'INFORMATION SUR LES GRANDS THÈMES

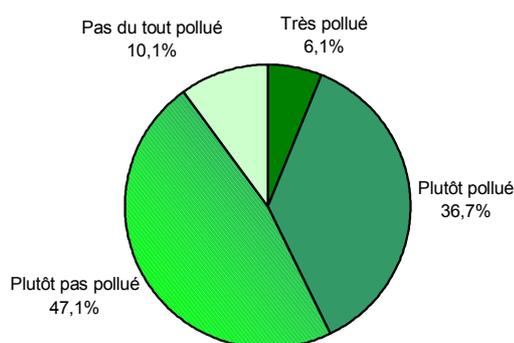
### ✓ Par rapport au cancer

La majorité (55%) des personnes ayant été confrontées au cancer (personnellement ou pour un proche) s'estime suffisamment informée sur ce sujet. Parmi ceux qui s'estiment insuffisamment informés, 58,5% souhaiteraient obtenir des informations sur la maladie elle-même, 31% aimeraient connaître les traitements existant dans la région. Des besoins d'information sur les lieux de soins et les associations d'entraide dans la région sont exprimés par respectivement 13% et 48,5% des individus. Ces besoins d'information ne diffèrent pas en fonction du sexe. Cependant le besoin d'informations concernant les lieux de soins est significativement plus exprimé dans l'Yonne que dans les autres départements (21,6 % vs 10% environ ;  $p=0,04$ ).

### ✓ Des questions par rapport à l'environnement

De manière générale, près de 43% des Bourguignons ont l'impression de vivre dans un environnement plutôt pollué ou très pollué. Seule une personne sur 10 a l'impression de vivre dans un environnement pas du tout pollué.

**Graphique 3 : Impression de vivre dans un environnement ?**



✓ **L'information à développer**

Le sujet pour lequel les personnes interrogées ont le sentiment d'être le plus informées est le tabac, devant l'alcool et le cancer. Les thèmes pour lesquels le score n'atteint pas la moyenne sont les pollutions de l'eau et de l'air, et l'alimentation.

**Tableau 4 : Information sur différents grands thèmes de santé**

Avoir le sentiment d'être bien informé sur :	Note (entre 0 et 9)
le tabac	7,5
l'alcool	6,6
le cancer	6,0
les maladies sexuellement transmissibles	5,3
le cannabis	4,5
l'alimentation	4,3
la pollution de l'air	4,2
la pollution de l'eau	3,5

### 3. LES PRODUITS JUGÉS COMME ÉTANT DES DROGUES

Lorsqu'on leur demande les produits qu'ils considèrent comme des drogues (sans suggérer de réponse), le tabac arrive en première position avec 70% de personnes qui le mentionnent, devant l'alcool (54%) et le haschisch (près de 50% si on fait la somme de toutes les dénominations données).

**Tableau 5 : Produits considérés comme des drogues**

*(en % - plusieurs réponses possibles)*

Pourcentage de personnes ayant cité :	%
tabac	70,2
alcool	54,0
cocaine	21,7
cannabis	20,3
joint	16,9
haschisch	8,3
ecstasy	5,3
shit	4,8
café	3,1
marijuana	2,2
médicaments	2,1
crack	1,4
morphine	0,7
dopants	0,7
LSD	0,4
acides	0,4
solvants	0,3
opium	0,3
amphétamines	0,3



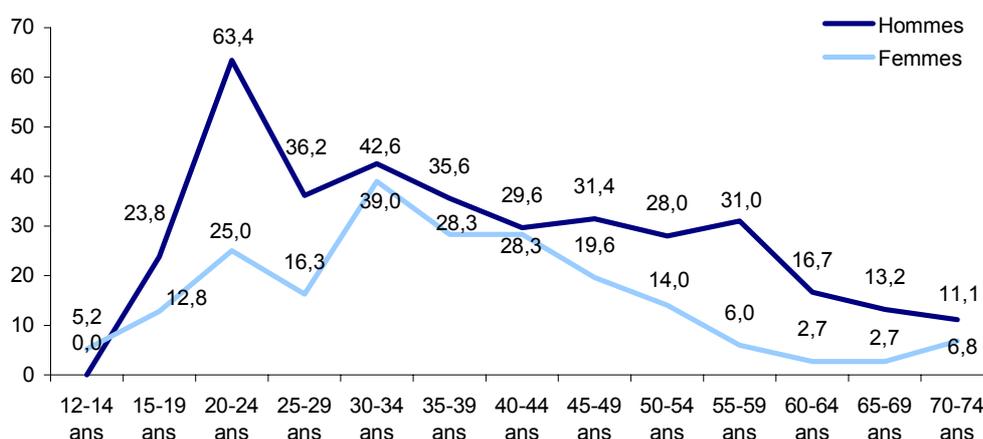
## D. TABAC

### 1. LES 12-75 ANS ET LE TABAC

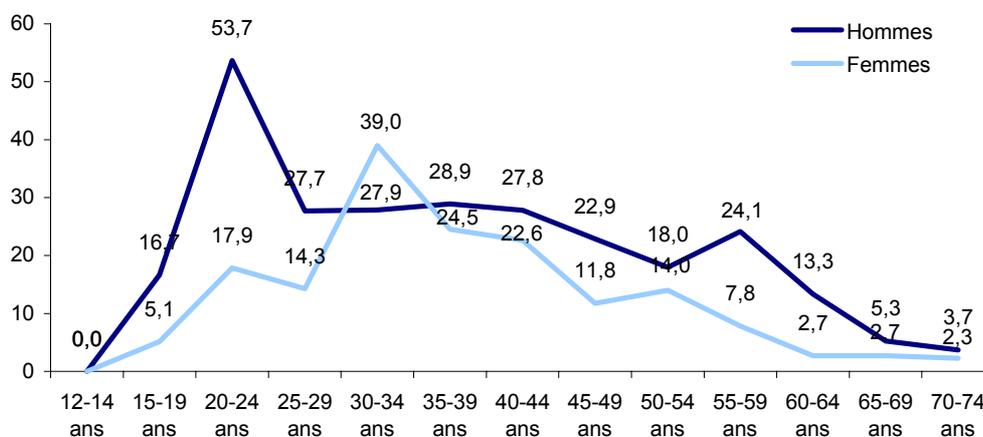
22,7% [20,4-25,2] des individus de 12 à 75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, avec une grande disparité selon l'âge et le sexe. Les prévalences les plus élevées sont observées entre 20 et 34 ans, et elles décroissent régulièrement ensuite.

Les hommes se déclarent significativement plus souvent fumeurs que les femmes (28,7% vs 16,9% ;  $p < 10^{-4}$ ) et cette différence reste vérifiée pour les consommations régulières : on compte en effet 21,7% de fumeurs réguliers parmi les hommes vs 13,3% parmi les femmes ( $p < 10^{-4}$ ) et 7% de fumeurs occasionnels parmi les hommes vs 3,5% parmi les femmes ( $p = 0,01$ ). Tout comme pour le tabagisme en général, ces données varient sensiblement avec l'âge.

**Graphique 4 : Prévalence du tabagisme déclaré en fonction de l'âge et du sexe (en %)**



**Graphique 5 : Prévalence du tabagisme régulier en fonction de l'âge et du sexe (en %)**

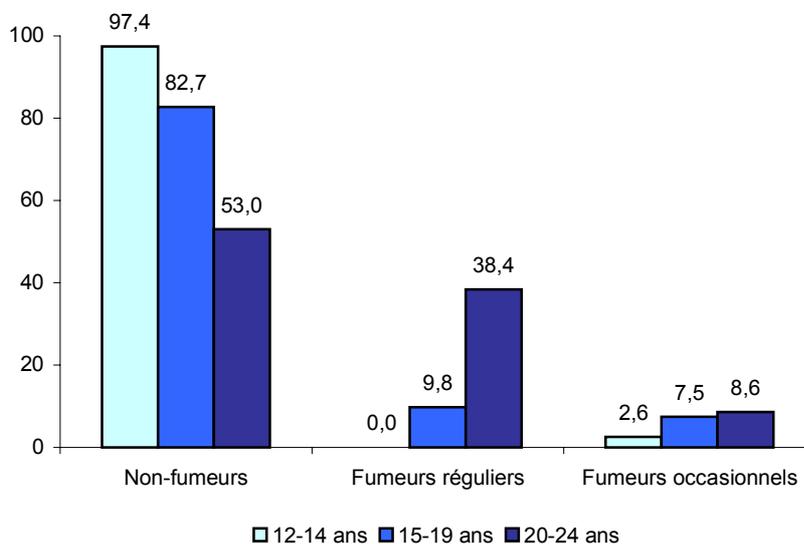


## 2. TABAGISME CHEZ LES JEUNES (12-24 ANS)

Les résultats sont d'abord présentés de façon brute (tris croisés), puis après ajustement sur des variables ayant un rapport à la variable étudiée (prise en compte des facteurs de confusion).

21,7 % [16,9-27,2] des jeunes de 12 à 24 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Il existe une grande disparité entre les plus jeunes et les moins jeunes de cette tranche d'âge : la prévalence tabagique passe de 2,5 % (une seule personne) pour les 12-14 ans à 17,3 % pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 47 % chez les 20-25 ans (jeunes adultes). La part des fumeurs réguliers dans l'ensemble des jeunes fumeurs augmente aussi régulièrement avec l'âge (aucun fumeur régulier chez les fumeurs de 12-14 ans, près de 10% des jeunes de 15-19 ans et plus de 38% des 20-24 ans).

**Graphique 6 : Statut tabagique chez les 12-24 ans**



Parmi les 12-24 ans, la prévalence tabagique est de 30,1 % [23,3-37,8] chez les garçons et de 13,8% [7,9-22,6] chez les filles ( $p=0,005$ ). Parmi les adolescents de 12-14 ans interrogés, seule une fille a déclaré fumer de façon occasionnelle. Pour les 15-19 ans, la différence n'est pas statistiquement significative (garçons : 23,8 %, filles : 12,8% ;  $p=0,2$ ), alors qu'elle le devient pour les 20-24 ans (63,4 % chez les garçons vs 25 % chez les filles;  $p=0,003$ ).

Le fait de n'être plus scolarisé est associé avec le fait de déclarer fumer pour les 12-24 ans. 13,7% des jeunes scolarisés (à l'école ou à l'université) déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, alors que ce pourcentage est de 48,4% parmi ceux qui ne le sont plus ( $p<10^{-4}$ ).

La structure familiale des jeunes est aussi liée avec le fait de déclarer fumer ou ne pas fumer. Les jeunes vivant dans une famille nucléaire (avec 2 parents ou beaux-parents) sont significativement moins souvent fumeurs que les autres : 17,8% vs 26,5% pour les jeunes vivant dans des familles monoparentales et 37,7% pour les jeunes ne vivant pas avec leurs parents ( $p=0,04$ ).

Pour les garçons, en dehors des variables sociodémographiques associées au tabagisme, on retrouve un lien avec le fait de boire de l'alcool au moins une fois par semaine, de ne pas pratiquer de sport. Les fumeurs ont aussi une crainte plus importante des maladies liées au tabac.

Pour les filles, les fumeuses craignent plus le cancer que les non fumeuses.

**Tableau 6 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 25 ans en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs comportements (en %)**

	Garçons	Filles
Caractéristiques socio-démographiques	% (n=115)	% (n=86)
<b>Classe d'âge</b>		
12-14 ans	-	5,3
15-19 ans	23,8	12,8
20-24 ans	63,4***	25,0
<b>Département</b>		
Côte d'Or	34,1	9,6
Nièvre	23,5	7,3
Saône-et-Loire	26,1	14,7
Yonne	32,8	24,1
<b>Zone géographique</b>		
Rural	42,1	18,3
Urbain	26,8	11,3
<b>Situation familiale</b>		
Vit seul	52,9	25,5
Famille monoparentale	19,4	31,8*
Vit en famille	27,2	8,4
<b>Comportements et habitudes de vie</b>		
<b>Scolarisation</b>		
Non scolarisé	66,4***	29,2*
à l'école ou à l'université	18,4	9,5
<b>Consommation d'alcool au moins une fois par semaine</b>		
oui	43,1***	16,8
non	9,2	11,2
<b>Pratique sportive au cours des 7 derniers jours</b>		
oui	23,4	14,6
non	51,7**	12,0
<b>Respecte les recommandations du PNNS</b>		
oui	22,2	18,8
non	32,4	12,9
<b>Marche au moins 30 minutes par jour</b>		
oui	31,7	15,7
non	24,1	8,2

\* :  $p < 0,05$  (significatif), \*\* :  $p < 0,01$  (très significatif), \*\*\* :  $p < 0,001$  (hautement significatif)

*Il faut lire par exemple : 63,4% des garçons de moins de 25 ans sont fumeurs, la différence est hautement significative par rapport aux garçons de 15-19 ans (23,8%). Ou bien encore, parmi les garçons qui ont consommé de l'alcool dans la semaine, 43,1% sont fumeurs contre 9,2% pour ceux qui n'en ont pas bu.*

**Tableau 7 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 25 ans en fonction de leurs représentations de santé (en %)**

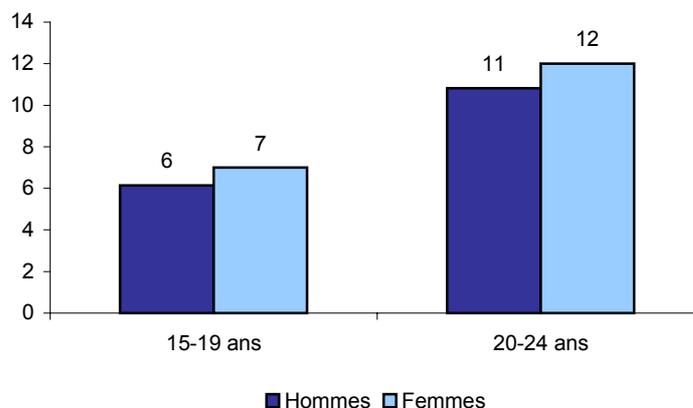
Représentations de santé	Garçons % (n=115)	Filles % (n=86)
<b>Crainte des maladies liées au tabac</b>		
oui	42,1***	18,2
non	11,2	9,8
<b>Crainte des maladies respiratoires</b>		
oui	29,4	19,4
non	30,7	8,4
<b>Crainte du cancer</b>		
oui	32,0	20,4**
non	26,0	4,1
<b>Estimation du seuil de dangerosité</b>		
dès qu'on essaie	22,7	9,3
fumer de temps en temps	43,1	27,7
fumer tous les jours	-	11,2

*Lecture : Parmi les jeunes qui craignent les maladies liées au tabac, la prévalence du tabagisme est de 42,1%, elle est de 11% chez ceux qui ne craignent pas ces maladies.*

#### ■ QUANTITÉS DE TABAC CONSOMMÉES

Les quantités consommées sont calculées uniquement parmi les fumeurs réguliers, c'est-à-dire chez ceux qui consomment au moins une cigarette par jour. Les jeunes de 12 à 24 ans déclarent consommer en moyenne 9,7 cigarettes par jour (+/- 0,8). Une analyse plus fine montre que les quantités de cigarettes fumées augmentent rapidement au cours de l'adolescence : 6,4 +/- 3,8 entre 15 et 19 ans vs 11 +/- 5,1 entre 20 et 24 ans (p=0,02).

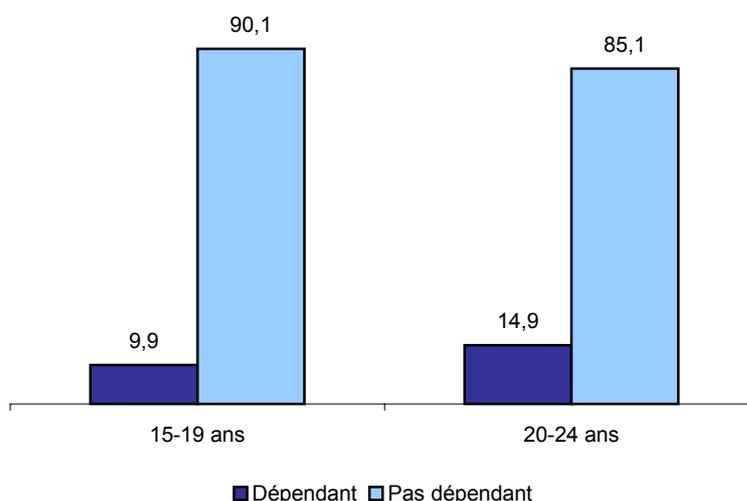
**Graphique 7 : Nombre moyen de cigarettes par jour chez les 12-24 ans, selon le sexe**



## ■ LES SIGNES DE DÉPENDANCE

Parmi les fumeurs réguliers de 12-24 ans, 8% déclarent fumer leur première cigarette dans les cinq premières minutes suivant le réveil, et 8% entre 6 et 30 minutes suivant le réveil, cette précocité de la première cigarette pouvant être interprétée comme un signe de dépendance. La moitié (52%) des jeunes fumeurs réguliers déclarent fumer leur première cigarette au-delà de 60 minutes après leur réveil. Si l'on tient compte à la fois du délai entre le réveil et la première cigarette, et des quantités fumées en moyenne chaque jour (mini-test de Fagerström), 13%, soit 5 individus sur 37 fumeurs réguliers de moins de 25 ans présenteraient des signes de dépendance moyenne. Aucun jeune ne présente de signes de forte dépendance.

**Graphique 8 : Dépendance tabagique chez les fumeurs de 15-24 ans (mini-test de Fagerström) (en %)**

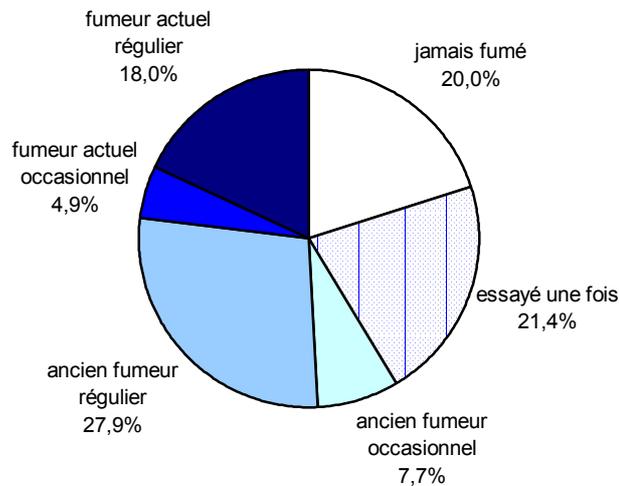


## 3. TABAGISME CHEZ LES ADULTES (25-75 ANS)

### ✓ Anciens fumeurs et fumeurs actuels

Au moment de l'enquête, la population des adultes interrogés se découpe en trois : moins d'un tiers de fumeurs actuels (22,9% [20,4-25,8]), 35,6% d'anciens fumeurs et 41,4% de personnes qui n'ont jamais fumé (ou juste une seule fois pour essayer).

Cette répartition est différente suivant le sexe : 72,2% des hommes sont fumeurs ou l'ont déjà été, contre 45,2% des femmes ( $p < 10^{-4}$ ) ; les hommes se déclarant plus souvent fumeurs actuels (28,4% vs 17,7%,  $p < 10^{-4}$ ).

**Graphique 9 : Statut tabagique chez les 25-75 ans**

#### ✓ Fumeurs occasionnels et réguliers

Parmi les fumeurs actuels, 78,5% des fumeurs actuels sont des consommateurs réguliers (c'est-à-dire quotidiens), soit 18% des 25-75 ans interrogés (21,1% de l'ensemble des hommes, 15% des femmes ;  $p=0,01$ ). Seuls 21,5% sont des fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour), cette proportion variant selon le sexe (25,7% de l'ensemble des hommes vs 14,9% des femmes ;  $p=0,06$ ).

#### ✓ Relations avec les caractéristiques sociodémographiques, les comportements et habitudes de vie et les représentations

Les relations observées entre le tabagisme actuel et les caractéristiques sociodémographiques doivent être interprétées avec prudence. En effet, le fait de fumer ou non peut être influencé, entre autres, par l'effet de l'âge. Par exemple, si les célibataires sont plus souvent fumeurs, c'est en partie parce qu'ils sont plus jeunes que les mariés et les séparés, et que la prévalence du tabagisme décroît avec l'âge. De même, comme les plus âgés fument moins et qu'en général leurs enfants ne vivent plus avec eux, il est logique d'observer une moindre prévalence du tabagisme pour les enquêtés sans enfants au domicile.

Une fois ces réserves faites, certains résultats méritent tout de même d'être soulignés.

Pour les deux sexes, le tabagisme varie selon la catégorie socioprofessionnelle mais de façon non significative ( $p=0,2$ ), avec des prévalences plus élevées pour les hommes ouvriers (33,5%), les employés (30,2%), et les professions intermédiaires (26,2%). Pour les femmes, les prévalences sont plus élevées parmi les artisanes commerçantes, chefs d'entreprise (32,2%), les professions intermédiaires (24,4%), les agricultrices (20,8%) mais de façon non significative ( $p=0,13$ ).

En revanche, le tabagisme est significativement ( $p=0,001$ ) plus fréquent parmi les chômeurs, aussi bien chez les hommes (39,7% vs 33,1% chez les actifs) que chez les femmes (24,9% vs 23,1% chez les actives). La relation entre niveau d'études et tabagisme n'est significative que pour les femmes, avec une prévalence plus élevée parmi celles qui ont un niveau bac ou bac plus deux (respectivement 27,7% et 22,2% ;  $p=0,005$ ).

En ce qui concerne le lien avec des comportements et habitudes de vie, un lien est retrouvé pour les ivresses répétées et les consommations à risque d'alcool chez les hommes. Chez les femmes, les

proportions de fumeuses régulières sont plus faibles parmi celles qui ont respecté les recommandations du Programme National Nutrition Santé en matière de consommation de fruits et légumes (au moins 5 par jour).

Pour les deux sexes, les fumeurs craignent plus les maladies liées au tabac et les maladies respiratoires que les non-fumeurs.

**Tableau 8 : Prévalence du tabagisme régulier et caractéristiques socio-démographiques chez les 25-75 ans**

	Hommes % (n=91)	Femmes % (n=73)
<b>Age</b>		
25-44 ans	36,2*	28,5***
45-64 ans	27,1	11,2
65-74 ans	12,3	4,9
<b>Département</b>		
Côte d'Or	29,2	20,3
Nièvre	19,5	21,1
Saône-et-Loire	32,6	13,7
Yonne	26,4	17,2
<b>Zone géographique</b>		
rural	35,6	19,3
urbain	27,3	16,8
<b>Statut</b>		
pas de travail stable	39,7***	22,9
travail stable	33,5	23,3***
autre (retraité, étudiant, en foyer)	13,7	7,6
<b>Profession</b>		
Agriculteur	23,2	20,8
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	13,2	32,2
Profession libérale, cadre	23,8	5,4
Profession intermédiaire	26,2	24,4
Employé	30,2	17,5
Ouvrier	33,5	15,4
Retraité	-	-
Autre, sans activité	-	-
<b>Catégorie</b>		
salarié	29,2*	17,6
à son compte	15,7	32,0*
<b>Niveau d'étude</b>		
pas de diplôme	27,7	7,8
< bac	30,0	19,3
bac, brevet prof.	33,7	27,7***
bac +2	21,4	22,2
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	30,4	21,4
<b>Vie conjugale</b>		
seul	44,3***	18,3
en couple	24,5	17,5
<b>Vit avec au moins un enfant</b>		
oui	27,1	13,7
non	29,4	21,9**

\* :  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$

*Il faut lire par exemple : Parmi les 25-44 ans, 36,2% des hommes sont fumeurs réguliers.*

**Tableau 9 : Prévalence du tabagisme régulier, comportements et habitudes de vie et représentations chez les 25-75 ans**

Comportements et habitudes de vie	Hommes % (n=91)	Femmes % (n=73)
<b>Consommation d'alcool quotidienne</b>		
oui	29,4	15,4
non	28,1	17,8
<b>Ivresses répétées</b>		
oui	43,8**	23,2
non	26,4	17,3
<b>Test DETA</b>		
positif	40,4*	31,2
négatif	26,0	17,4
<b>Pratique sportive au cours des 7 derniers jours</b>		
oui	23,4	15,7
non	31,5	18,6
<b>Respecte les recommandations du PNNS/fruits et légumes</b>		
oui	23,5	10,8
non	30,4	22,3***
<b>Représentations de santé</b>		
<b>Information par rapport au tabac</b>		
bien ou très bien informé	27,6	18,0
pas ou peu	53,7*	-
<b>Crainte des maladies liées au tabac</b>		
oui	52,8***	39,4***
non	14,2	5,1
<b>Crainte des maladies respiratoires</b>		
oui	35,9**	23,1**
non	22,7	12,4
<b>Crainte du cancer</b>		
oui	28,3	17,5
non	26,8	18,7*
<b>Estimation du seuil de dangerosité</b>		
dès qu'on essaie	24,6	14,5
fumer de temps en temps	35,2	26,0**
fumer tous les jours	25,6	7,6
jamais	-	-

\* :  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$

## ■ MODÈLE EXPLICATIF MULTIVARIÉ DU TABAGISME RÉGULIER CHEZ LES 25-75 ANS

Après prise en compte de l'ensemble des facteurs simultanément, on constate une prévalence plus élevée pour la classe d'âge 25-44 ans, et pour la crainte des maladies liées au tabac pour les deux sexes. Pour les hommes on retrouve aussi le lien avec le fait de vivre seul.

**Tableau 10 : Modèle final de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le tabagisme régulier parmi les 25-75 ans (Odds Ratio ajustés)**

	Hommes		Femmes	
	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
<b>Age</b>				
25-44 ans	1		1	
45-64 ans	0,5*	[0,2-0,9]	0,6	[0,3-1,2]
65-74 ans	0,2**	[0,05-0,5]	0,2*	[0,07-0,8]
<b>Vie conjugale</b>				
seul	1			
en couple	0,4**	[0,2-0,8]		
<b>Catégorie</b>				
salarié	1		1	
à son compte	0,7	[0,3-1,7]	0,5	[0,1-2,2]
<b>Ivresses répétées</b>				
non	1			
oui	1,3	[0,6-2,9]		
<b>Test DETA</b>				
négatif	1		1	
positif	1,2	[0,6-2,5]	1,3	[0,6-2,6]
<b>Respecte les recommandations du PNNS / fruits et légumes</b>				
non	1		1	
oui	0,8	[0,4-1,5]	0,8	[0,4-1,5]
<b>Crainte des maladies liées au tabac</b>				
non	1		1	
oui	5,9***	[3,2-10,8]	6,8***	[3,7-12,6]

*NB : Pour des raisons de lisibilité et de facilité de compréhension, on interprète l'odds ratio en terme de risque ou de chance ou de probabilité (en toute rigueur, il conviendrait de garder le terme odds ratio systématiquement).*

*Ex : à âge comparable, le fait de vivre en couple est associé à un tabagisme moins fréquent (OR = 0,4) : un homme marié ou remarié a deux fois moins de risque de fumer qu'un homme célibataire.*

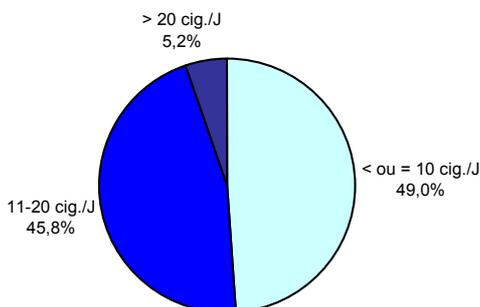
■ QUANTITÉS DE TABAC CONSOMMÉES

En moyenne, les fumeurs réguliers consomment 13,6 cigarettes par jour. Pour 6,3% d'entre eux, cette consommation quotidienne dépasse le paquet (20 cigarettes).

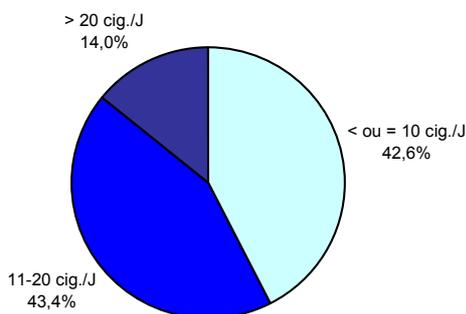
**Graphique 10 : Nombre moyen de cigarettes par jour par sexe et tranche d'âge**

**Chez les hommes**

**25-44 ans**

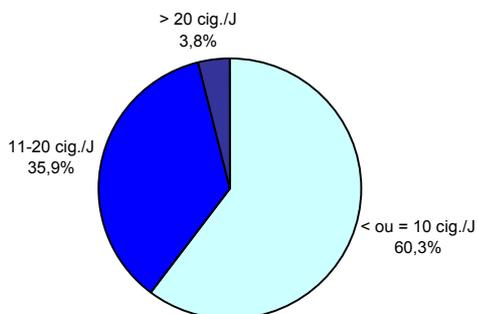


**45-65 ans**

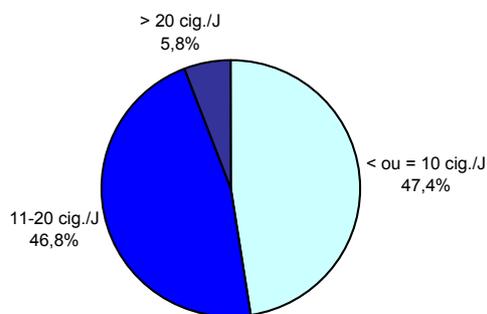


**Chez les femmes**

**25-44 ans**



**45-65 ans**



■ LES SIGNES DE DÉPENDANCE

Parmi les fumeurs réguliers, 14,8% déclarent prendre leur première cigarette dans les cinq premières minutes suivant le réveil et 25,6% entre 6 et 30 minutes suivant le réveil. En considérant à la fois le délai entre le réveil et la première cigarette, et les quantités fumées en moyenne chaque jour (mini-test de Fagerström), 29,6% des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance moyenne et 5,8% de dépendance forte.

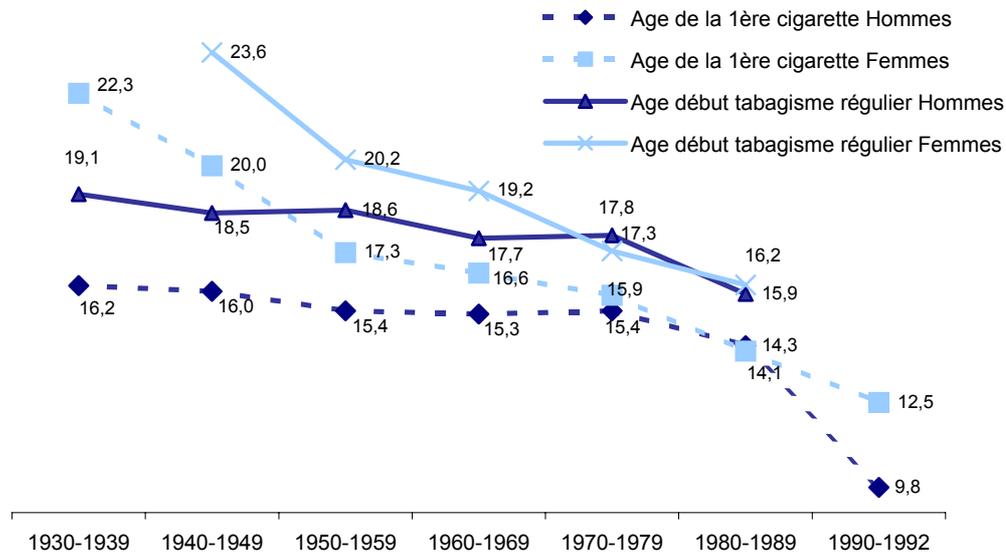
#### 4. L'ENTRÉE DANS LE TABAGISME

Parmi les 25-75 ans qui déclarent avoir déjà fumé ne serait-ce qu'une fois, la première cigarette est fumée près de 6 fois sur 10 avant 15 ans et, pour près de 4 sur 10 entre 15 et 20 ans inclus. La grande majorité des expérimentations se situe donc à l'adolescence. Elles ont lieu en moyenne deux ans plus tôt pour les hommes que pour les femmes (15,6 ans (+/-3,1) vs 17,7 ans (+/-5,6) ;  $p < 10^{-4}$ ).

Parmi les 25-75 ans qui déclarent fumer ou avoir fumé régulièrement, le début de cette pratique régulière est concentré entre 14 et 18 ans (deux tiers des débuts s'y situent). Le même écart de deux ans se retrouve entre hommes et femmes pour le début de la consommation régulière de tabac (18,2 ans (+/-3,6) vs 20 ans (+/-6,6) ;  $p < 10^{-4}$ ).

Il est également possible de suivre l'évolution des entrées dans la consommation, en considérant les tranches d'âge comme autant de générations (en remplaçant les premières par les intervalles d'années de naissance correspondants). *En faisant l'hypothèse que les souvenirs des plus âgés ne sont pas biaisés par un « effet de mémoire », on peut alors estimer des âges moyens pour chaque intervalle d'années de naissance et interpréter leur évolution d'un intervalle à l'autre comme un « effet génération ».* Pour les hommes, la tendance est à une plus grande précocité de la première cigarette, avec globalement une différence moyenne de 6 ans entre les générations extrêmes. On observe la même tendance pour l'usage régulier, avec une baisse constante de l'âge moyen marquant le début de cette consommation et un écart de 3 ans entre les générations extrêmes. Pour les femmes, cette plus grande précocité des premières fois s'avère plus marquée. Entre les enquêtées nées entre 1930 et 1939 et celles nées entre 1990 et 1992, l'âge moyen diminue de près de 10 ans pour la première cigarette et plus de 25 ans pour l'usage régulier. En effet, le début du tabagisme régulier pour les femmes nées dans les années 30 se situait après 30 ans voire plutôt autour de 40 ans alors que les jeunes filles nées dans les années 90 commencent à fumer régulièrement vers l'âge de 16 ans. *Précisons que cet écart ne doit pas être pris au pied de la lettre : comme tous les expérimentateurs ne deviennent pas fumeurs réguliers, il serait trop hâtif d'en déduire par exemple que pour une femme, l'usage régulier survient deux ans après la première cigarette.*

**Graphique 11 : Âge de la première cigarette et du début de l'usage régulier selon les années de naissance**



## 5. LES FUMEURS DE TABAC À ROULER, DE CIGARES ET DE PIPES

### ✓ Tabac à rouler

Parmi les 12-75 ans interrogés, 3,9% déclarent fumer du tabac à rouler. Ces personnes représentent 17,2% des fumeurs âgés de 12 à 75 ans.

Les consommateurs de tabac à rouler sont plus jeunes que les autres fumeurs (35,2 ans vs 38,7 ans). Plus des trois quarts de ces consommateurs sont des hommes (79,4 %). Il s'agit principalement d'ouvriers (19,7% de ces fumeurs) et d'étudiants (36,4%).

### ✓ Cigares et pipes

La consommation de cigares (*les cigarillos sont inclus dans la dénomination « cigare »*) et de pipes est inexistante avant 26 ans. Au delà de cet âge, 7,3% des fumeurs déclarent fumer le cigare (soit seulement 14 enquêtés) et 2,3% la pipe (soit 4 enquêtés). Fumer un cigare reste une activité presque exclusivement masculine (une seule femme sur 14) : la moitié des amateurs (soit 7 individus) déclarent le fumer quotidiennement.

Fumer la pipe est une activité exclusivement masculine.

Enfin, les fumeurs de pipe et de cigares sont plus âgés que les fumeurs de cigarettes, respectivement 66 ans (+/-8,8) vs 47 ans (+/- 11) vs 40,8 ans (+/-11,4).

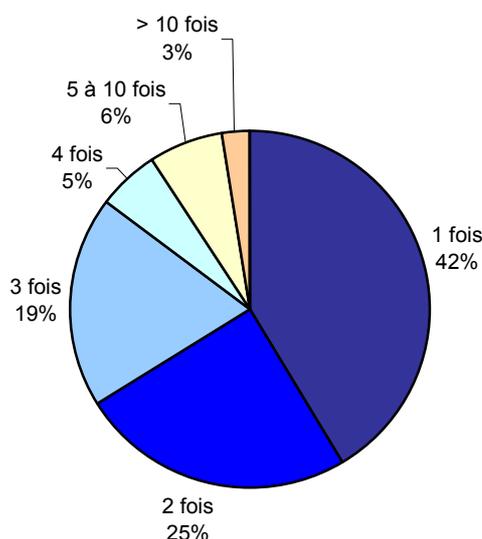
## 6. ARRÊT DU TABAC

En raison de la faible taille des effectifs de fumeurs parmi les 12-14 ans, cette tranche d'âge ne sera pas considérée dans l'analyse des comportements relatifs à l'arrêt du tabac.

La question « Avez-vous déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine ? » a été posée aux fumeurs et aux anciens fumeurs. Le nombre de tentatives d'arrêt ne concerne que les arrêts d'au moins une semaine.

72,3% des fumeurs et anciens fumeurs de 15 ans et plus déclarent qu'il leur est déjà arrivé d'arrêter de fumer durant au moins une semaine. En moyenne, les fumeurs réguliers (hors anciens fumeurs) déclarent avoir fait 2,2 arrêts chez les hommes et 2,8 chez les femmes. Ce nombre moyen cache de très fortes variations entre les individus : 41,3% des fumeurs réguliers déclarent avoir arrêté une fois durant au moins une semaine, un quart (24,9%) deux fois, et 6,5% entre 5 et 10 fois.

**Graphique 12 : Nombre de tentatives d'arrêt du tabac parmi les fumeurs (15-75 ans)**



Parmi les motivations les plus fréquemment citées, on retrouve l'envie de se défaire de la dépendance, le prix des cigarettes, et le souhait d'une meilleure condition physique. Pour les anciens fumeurs, les motivations sont assez proches, avec une légère différence pour le prix des cigarettes (cité par 17,5% des fumeurs actuels contre 10,5% des anciens fumeurs). Les jeunes de 20-24 ans sont les plus nombreux à citer cette motivation.

**Tableau 11 : Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon la raison principale chez les fumeurs actuels (en %, plusieurs réponses possibles)**

Raisons de l'arrêt du tabac	Fumeur actuel % (n=184)
Se défaire de la dépendance	23,6
Prix des cigarettes	17,5
Avoir une meilleure condition physique	17,1
Lassitude, saturation générale à l'égard du tabac	13,8
Naissance d'un enfant/une grossesse	11,8
Avoir déjà une maladie ou un problème de santé non lié au tabac	8,5
Conseils de l'entourage autre que familial	3,9
Eviter de gêner un proche ou son conjoint	3,1
Odeur du tabac	3,0
Avoir déjà une maladie ou un problème de santé lié au tabac	2,1
Proche ou ami atteint d'une maladie due au tabac	1,2
Conseils de famille	1,1
Aucune raison particulière	5,4

**Tableau 12 : Motivations des arrêts d'au moins une semaine selon la raison principale chez les anciens fumeurs (en %, plusieurs réponses possibles)**

Raisons de l'arrêt du tabac	Ancien fumeur % (n=81)
Lassitude, saturation générale à l'égard du tabac	13,9
Se défaire de la dépendance	13,7
Naissance d'un enfant/une grossesse	11,9
Prix des cigarettes	10,5
Avoir une meilleure condition physique	10,1
Avoir déjà une maladie ou un problème de santé lié au tabac	7,6
Avoir déjà une maladie ou un problème de santé non lié au tabac	7,1
Proche ou ami atteint d'une maladie due au tabac	3,8
Conseils de famille	2,6
Eviter de gêner un proche ou son conjoint	1,9
Conseils de l'entourage autre que familial	1,5
Odeur du tabac	1,1

#### ■ LES INTENTIONS D'ARRÊT PARMIS L'ENSEMBLE DES FUMEURS DE 12 À 75 ANS

Les deux tiers des fumeurs actuels déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, sans différence selon le sexe. Les fumeurs occasionnels font moins souvent cette déclaration que les réguliers (47,9% vs 71,2% ;  $p=0,001$ ). Parmi ces derniers, l'envie d'arrêter est d'autant plus fréquente qu'ils consomment un plus grand nombre de cigarettes par jour et qu'ils sont dépendants à la nicotine : 79,5% des fumeurs présentant des signes de dépendance « moyenne » et 57,3% de ceux qui présentent des signes de dépendance « forte », déclarent avoir envie d'arrêter de fumer.

L'envie d'arrêter de fumer ne semble pas être une abstraction puisque les fumeurs qui déclarent avoir envie d'arrêter sont plus de 8 sur 10 à avoir déjà arrêté durant au moins une semaine.

Si l'envie d'arrêter est largement partagée, c'est le plus souvent dans un avenir indéterminé que le projet est envisagé : 15,5% des fumeurs qui souhaitent arrêter envisagent de le faire dans le mois à venir, 24,5% dans les six prochains mois, 11,4% dans les douze prochains mois et 47,6% dans un avenir non déterminé. De manière générale, plus un fumeur consomme des quantités importantes de cigarettes par jour, plus il envisage de reporter l'arrêt du tabac dans un avenir indéterminé.

Deux tiers des fumeurs déclarant souhaiter arrêter de fumer envisagent de le faire seuls. Moins d'un tiers (28,2%) pense faire appel à un médecin, plus souvent les femmes que les hommes (38,9% vs 22,2% ;  $p=0,12$ ). Plus d'un tiers (38,6%) des fumeurs qui présentent des signes de forte dépendance à la nicotine déclare envisager d'arrêter de fumer avec l'aide d'un médecin. C'est également le cas de 37,9% de ceux qui présentent des signes de dépendance moyenne.

#### ■ LES MÉTHODES D'ARRÊT

Après l'arrêt volontaire, progressif ou radical cité par plus des deux tiers des fumeurs, les principales méthodes envisagées pour arrêter de fumer sont les patchs (31%) et l'acupuncture (7%). Un soutien psychologique est exceptionnellement mentionné.

**Tableau 13 : Principales méthodes d'arrêt du tabac envisagées par les fumeurs**

Méthodes d'arrêt	% (n=176)
Arrêt volontaire et radical	46,4
Patch anti-tabac	30,6
Arrêt volontaire et progressif	22,9
Acupuncture	7,2
Gomme à mâcher	1,8
Psychothérapie ou soutien psychologique	0,6
Autres traitements	2,2
Autres	1,9

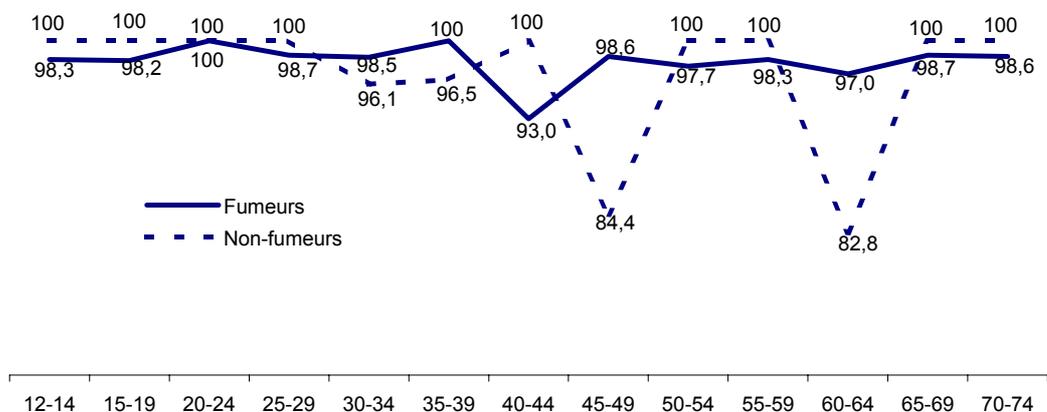
## 7. OPINIONS À L'ÉGARD DU TABAC

Globalement, une large majorité d'enquêtés se dit bien informée des effets de l'usage du tabac sur la santé (97,8% dont 86,1% se disent très bien informés et 11,7% plutôt bien informés).

Les fumeurs se déclarent plus fréquemment très bien informés que les non-fumeurs (89,1 vs 85,2), mais cette différence n'est pas significative.

Pour les fumeurs comme pour les non-fumeurs, la proportion d'enquêtés se sentant très bien informés sur le tabac est maximale pour les plus jeunes. Ce pourcentage baisse ensuite parmi les adultes, avant de remonter à partir de 40 ans, surtout pour les fumeurs.

**Graphique 13 : Fumeurs et non fumeurs qui déclarent se sentir bien ou très bien informés sur le tabac selon l'âge (en %)**



Parmi l'ensemble des enquêtés, 43,1% déclarent ne pas craindre du tout les maladies dues au tabac, 16,8% les craignent peu, 22,5% "pas mal" et 17,6% "beaucoup". Cette crainte dépend du statut tabagique ( $p < 0,001$ ).

La part des non-fumeurs déclarant avoir peur des maladies liées au tabac est importante. Un quart des personnes qui n'ont jamais fumé ont peur des maladies liées au tabac ("pas mal" ou "beaucoup") et ce pourcentage monte à 40% parmi les anciens fumeurs réguliers.

De manière non surprenante, ce sont les fumeurs réguliers qui déclarent le plus souvent en avoir "pas mal" et "beaucoup" peur (83,6%). Seuls 16% d'entre eux déclarent ne pas avoir peur de ces maladies.

Les personnes qui fument situent le seuil de dangerosité du tabagisme à un niveau plus élevé que les non-fumeurs ( $p = 0,02$ ) : 54,9% des non fumeurs pensent que le tabac est dangereux dès la première cigarette fumée vs 46,3% des fumeurs. Par ailleurs, 37,5 % pensent que le tabac est dangereux dès qu'on déclare en fumer tous les jours (34,9 % des non-fumeurs, 45,9 % des fumeurs ;  $p = 0,02$ ). Enfin, parmi les fumeurs ayant consulté un généraliste au cours des douze derniers mois, seuls 22,1 % ont abordé avec lui la question du tabac.

**Tableau 14 : Crainte des maladies liées au tabac en fonction du statut tabagique**

Craintes	%
jamais fumé	26,1
essayé une fois	24,8
ancien fumeur occasionnel	28,8
ancien fumeur régulier	39,8
fumeur actuel occasionnel	43,6
fumeur actuel régulier	83,6
<b>Total</b>	<b>40,1</b>

## 8. GÊNE OCCASIONNÉE PAR LA FUMÉE DES AUTRES

En grande majorité (70,8%), les personnes interrogées se déclarent gênées par la fumée des autres (« beaucoup » : 39,4% et « un peu » : 31,4%). 29,1% déclarent ne pas du tout être gênées par cette fumée.

Il est plus fréquent pour les non-fumeurs de se déclarer gênés par la fumée des autres que pour les fumeurs (77,7% vs 47,2% ;  $p < 0,001$ ). Cependant près de la moitié des fumeurs (47,2 %) se déclarent gênés par la fumée des autres. Les fumeurs occasionnels se disent plus souvent gênés que les fumeurs réguliers ( $p < 0,001$ ). De manière générale, les fumeurs se déclarent d'autant plus gênés par la fumée des autres qu'ils consomment de moins grandes quantités de cigarettes par jour.

La part des femmes à déclarer être « beaucoup » gênées est significativement plus élevée que celle des hommes, quel que soit leur statut tabagique (hommes : 33,2% ; femmes : 45,4%).

## 9. RESPECT DES ZONES NON FUMEURS

Les déclarations des fumeurs concernant leurs comportements vis-à-vis du respect des zones non-fumeurs ne rejoignent pas toujours celles des non-fumeurs sur le même sujet. De manière générale, et ce pour l'ensemble des lieux à propos desquels les personnes ont été interrogées, les fumeurs déclarent en grande majorité respecter eux-mêmes les zones non-fumeurs.

**Tableau 15 : Individus déclarant qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs**

	% (n=257)
dans les bars et cafés	8,1
dans les lieux publics couverts en général (gare, aéroport)	5,6
sur le lieu de travail	5,5
dans les restaurants	4,6
dans les transports	1,9
à l'école, au lycée, à l'université	1,4

Dans tous les lieux, les fumeurs estiment plus souvent que les non-fumeurs que les zones non-fumeurs sont bien respectées.

**Tableau 16 : Estimation du respect des zones non-fumeurs selon les lieux (en %)**

	Non-fumeur % (n=843)	Fumeur % (n=257)
sur le lieu de travail	56,9	73,7***
à l'école, au lycée, à l'université	50,0	58,4
dans les transports	58,8	69,9**
dans les restaurants	40,0	53,9
dans les bars et cafés	14,1	20,1*
dans les lieux publics couverts en général (gare, aéroport)	33,7	36,6

*ex : 56,9% des non-fumeurs pensent que les zones non-fumeurs sont bien respectées sur les lieux de travail, contre 73,7% des fumeurs.*

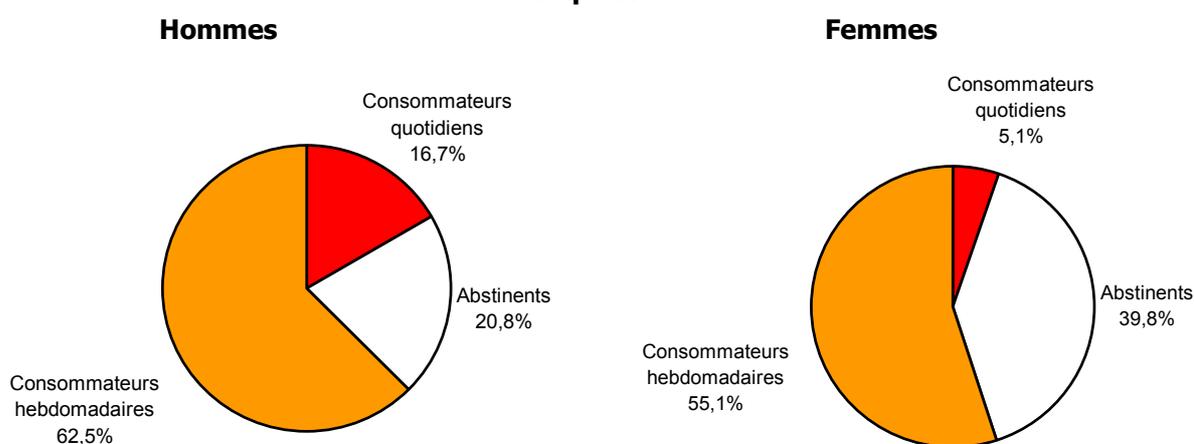


## E. ALCOOL

### 1. TYPES DE CONSOMMATEURS

Interrogées sur leur consommation au cours des sept derniers jours, 770 personnes (69,4%) déclarent avoir eu au moins une occasion de boire de l'alcool : 79,1% des hommes et 60% des femmes ( $p < 10^{-4}$ ). On constate que 10,8% des personnes tout âge et sexe confondus ont bu quotidiennement de l'alcool au cours de la semaine, 58,6% sont des consommateurs dits hebdomadaires (une à six fois par semaine), et 30,6% ont été totalement abstinents.

**Graphique 14 : Types de consommateurs d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête**



Seuls 5,6 % des 12-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées (2,8 % [1,9-4,1] des 20-75 ans).

Les habitudes de consommation sont largement différenciées selon le sexe et l'âge. De façon générale, les hommes sont beaucoup plus consommateurs que les femmes et l'observation des fréquences de consommation fait apparaître des contrastes entre générations. Ainsi, parmi les 12-75 ans, 69,4 % ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de la dernière semaine, les hommes plus souvent que les femmes (79,1% vs 60% ;  $p < 10^{-4}$ ).

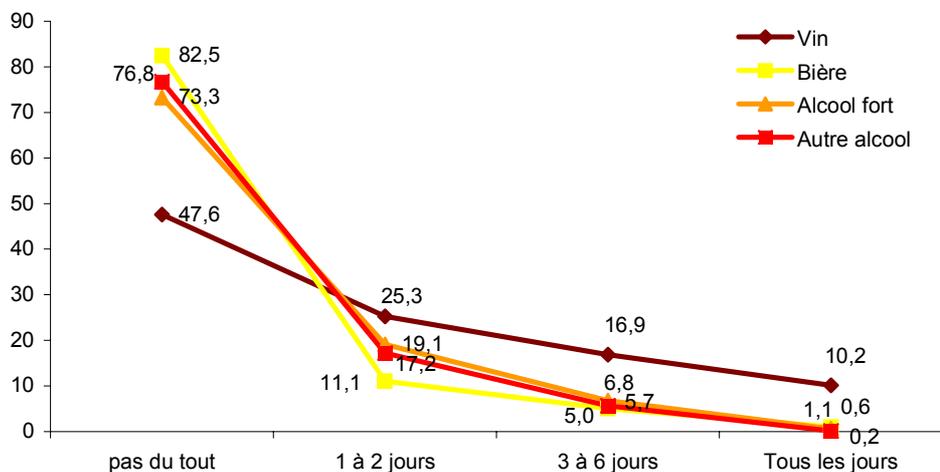
Une prise quotidienne est déclarée par 10,8% des interrogés, là encore avec une large prédominance chez les hommes (16,7% vs 5,1% ;  $p < 10^{-4}$ ). Cette prise quotidienne est très certainement un phénomène de générations : inexistante chez les 12-25 ans, elle augmente ensuite fortement avec l'âge pour atteindre son maximum entre 50 et 59 ans (24,2% d'entre eux). Dans cette tranche d'âge, 40,4% des hommes et 12% des femmes déclarent boivent de l'alcool quotidiennement.

La consommation hebdomadaire, mais pas quotidienne, concerne davantage les jeunes : elle est le mode majoritaire des consommations des 20-24 ans (87,8% des hommes et 64,3% des femmes ;  $p = 0,02$ ).

## 2. LES PRODUITS CONSOMMÉS

La boisson alcoolisée la plus souvent consommée chez les 12-75 ans est le vin : il est bu quotidiennement par 10,2% de la population, la bière par 1,1%, les alcools forts et les autres alcools par respectivement 0,6 et 0,2% des Bourguignons. Les modalités de consommation de ces boissons sont différentes : consommation quotidienne pour le vin, surtout chez les adultes ; consommation hebdomadaire pour la bière et les alcools forts, plutôt chez les jeunes ; enfin, consommations plus rares pour les autres alcools (cidre, panaché, champagne ...). La bière est la boisson la plus masculine ; les alcools forts et les autres alcools sont les boissons pour lesquelles les différences entre les sexes sont les plus faibles. Le vin occupe une position intermédiaire, tout en étant nettement plus masculin.

**Graphique 15 : Fréquences des consommations en fonction du type d'alcool consommé (%)**



## 3. CONSOMMATION HEBDOMADAIRE CHEZ LES 15-19 ANS

Parmi les jeunes de 15-19 ans, plus d'un garçon sur deux et un tiers des filles sont consommateurs hebdomadaires. On compte 46% de consommateurs en milieu urbain contre 27% en milieu rural. La consommation d'alcool est fréquemment associée à une consommation tabagique (une fois sur deux). Seul le lien avec des ivresses répétées est statistiquement significatif.

**Tableau 17 : Prévalence de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les 15-19 ans selon leurs caractéristiques sociodémographiques, habitudes de vie et représentations (%)**

Caractéristiques socio-démographiques	% (n=81)
<b>Sexe</b>	
Garçon	52,4
Fille	33,3
<b>Situation familiale</b>	
Vit seul	-
Famille monoparentale	13,9
Vit en famille	46,3
<b>Scolarisation</b>	
non scolarisé	46,8
à l'école ou à l'université	40,6
<b>Situation géographique</b>	
rural	27,2
urbain	46,4
<b>Comportement et habitudes de vie</b>	
<b>Fumeur</b>	
oui	48,1
non	39,7
<b>Pratique sportive / 7 derniers jours</b>	
oui	42,5
non	36,3
<b>Respecte les recommandations du PNNS/Fruits et légumes</b>	
oui	33,3
non	42,5
<b>Ivresses répétées</b>	
oui	94,9***
non	29,4
<b>Représentations de santé</b>	
<b>Crainte des maladies liées à l'alcool</b>	
oui	41,3
non	40,9
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les femmes</b>	
oui	43,0
non	40,6
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les hommes</b>	
oui	56,6
non	34,8
<b>Informé par rapport à l'alcool et ses conséquences sur la santé</b>	
oui	42,4
non	31,9

\* :  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$

#### 4. CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL CHEZ LES PLUS DE 20 ANS

Parmi les caractéristiques socio-démographiques, le fait d'être un homme, d'avoir plus 60 ans ou de vivre sans enfant à domicile sont plus souvent associés à une consommation quotidienne d'alcool.

**Tableau 18 : Consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans selon leurs caractéristiques sociodémographiques (%)**

Caractéristiques socio-démographiques	% (n=968)
<b>Sexe</b>	
Hommes	19,3***
Femmes	6,1
<b>Classe d'âge</b>	
20-34 ans	3,4
35-59 ans	13,7
60-74 ans	21,2***
<b>Situation familiale</b>	
Vit seul	14,4
Vit en couple	12,2
<b>Vit avec au moins un enfant</b>	
oui	9,6
non	15,2**
<b>Niveau d'études</b>	
pas de diplôme	17,4
< bac	13,5
bac, brevet prof.	8,3
bac +2	8,2
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	15,8
autre, nsp	6,5
<b>Catégorie</b>	
Salarié	10,7
A son compte	17,6
<b>Profession</b>	
Agriculteur	15,6
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	18,5
Profession libérale, cadre	17,6
Profession intermédiaire	10,3
Employé	10,0
Ouvrier	14,2
Autre, sans activité	9,4

Parmi les autres variables (comportements et représentations), seule l'absence de pratique sportive dans la semaine est significativement associée à la consommation quotidienne d'alcool.

**Tableau 19 : Consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans selon leurs habitudes de vie et leurs représentations de santé (%)**

<b>Comportements et habitudes de vie</b>	<b>%</b>
<b>Fumeurs réguliers</b>	
oui	13,2
non	12,6
<b>Test DETA</b>	
Positif	19,0
négatif	12,5
<b>Ivresses répétées</b>	
oui	14,5
non	12,5
<b>Pratique sportive au cours des 7 derniers jours</b>	
oui	9,2
non	14,7**
<b>Représentations de santé</b>	
<b>Crainte des maladies liées à l'alcool</b>	
oui	11,6
non	13,0
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les femmes</b>	
oui	10,8
non	13,9
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les hommes</b>	
oui	9,9
non	13,3
<b>Informé par rapport à l'alcool et ses conséquences sur la santé</b>	
oui	12,8
non	10,7

■ **MODÈLE EXPLICATIF MULTIVARIÉ DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL CHEZ LES PLUS DE 20 ANS**

En prenant en compte l'ensemble des variables, le sexe masculin, l'âge supérieur à 45 ans et le faible niveau d'études sont statistiquement liés à la consommation quotidienne d'alcool.

**Tableau 20 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation quotidienne d'alcool chez les plus de 20 ans (OR ajustés)**

	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>		
Hommes	1	
Femmes	0,1*	0,01-0,8
<b>Classe d'âge</b>		
25-44 ans	1	
45-64 ans	29,7***	6,2-143,0
<b>Niveau d'études</b>		
pas de diplôme	1	
< bac	5,2*	1,1-26,7
bac, brevet prof.	1,4	0,1-17,7
bac +2	6,2	0,3-147,1
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	0,9	0,1-8,3
<b>Catégorie</b>		
Salarié	1	
A son compte	0,4	0,07-2,7
<b>Vit avec au moins un enfant</b>		
oui	1	
non	2	0,5-8,9
<b>Test DETA</b>		
Positif	1	
négatif	0,4	0,1-2,7
<b>Pratique sportive au cours des 7 derniers jours</b>		
oui	1	
non	1,7	0,3-9,0
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les femmes</b>		
oui	1	
non	1,5	0,4-5,7

*Il faut lire par exemple : la probabilité d'être consommateur d'alcool est 30 fois plus importante dans la classe d'âge 45-64 ans que dans celle des 24-44 ans (avec les réserves méthodologiques citées infra.)*

## 5. LES CONSOMMATIONS AU COURS DU WEEK-END

Les consommations en fin de semaine sont généralement plus élevées que dans la semaine (3,6 verres en moyenne) et varient en fonction du sexe (en moyenne 4,5 verres chez les hommes et 2,3 verres chez les femmes ;  $p < 10^{-4}$ ). On note également des différences en fonction de l'âge. Chez les hommes, cette consommation est la plus importante parmi les 25-29 ans et les 45-54 ans, chez les femmes ce sont les 20-24 ans et les 45-49 ans qui consomment le plus le week-end.

## 6. LES CONSOMMATIONS DE LA VEILLE

Parmi les consommateurs de la semaine ayant répondu à la question, 41,9% déclarent avoir consommé au moins un verre de boisson alcoolisée la veille de l'interview.

Comme pour les autres prises, la prévalence de la consommation de la veille est liée au sexe et à l'âge. Ainsi, 49,6% des hommes et 32,1% des femmes déclarent avoir bu de l'alcool la veille de l'enquête ( $p < 10^{-4}$ ). Les plus âgés ont souvent davantage bu la veille que les plus jeunes : 3,6% de consommateurs parmi les 12-14 ans, 40,5% parmi les 40-44 ans, 57,3% parmi les 65-69 ans ( $p < 10^{-4}$ ).

Parmi les consommateurs de la veille, le nombre moyen de verres d'alcool consommés, tout alcool confondu est de 2,3 verres (+/- 1,6).

Les quantités consommées semblent liées à la catégorie socioprofessionnelle (PCS) même si elles ne varient pas significativement : chez les hommes, les plus gros consommateurs se trouvent parmi les agriculteurs et les artisans-commerçants-chefs d'entreprise. Chez les femmes, ce sont les ouvrières, les professions libérales et cadres qui consomment en moyenne le plus.

## 7. CONSOMMATIONS À RISQUE

8,1% des enquêtés de 12 à 75 ans auraient (ou auraient eu) potentiellement une consommation d'alcool à risque de dépendance selon le test Deta. Ce risque est plus important chez les hommes (13,1 %) que chez les femmes (2,9% ;  $p < 10^{-4}$ ) et c'est entre 40 et 44 ans qu'il est le plus élevé : 16,7% chez les hommes et 5,8% chez les femmes.

Le score au Deta est également lié aux habitudes de consommation : 13,2% parmi les consommateurs quotidiens, 10,2% parmi les consommateurs hebdomadaires.

## ■ DÉPASSEMENT DES SEUILS DE CONSOMMATION JOURNALIÈRE RECOMMANDÉS

Quelque soit le sexe, environ 10% des consommateurs d'alcool ont dépassé la veille de l'enquête les bornes hautes des seuils recommandés.

Parmi les caractéristiques socio-démographiques, les classes d'âge 20-34 ans sont les plus concernées par les dépassements de seuil, et ce de manière significative pour les femmes.

**Tableau 21 : Dépassement des seuils de consommation journalière recommandés chez les hommes et les femmes selon leurs caractéristiques sociodémographiques (en %)**

Caractéristiques socio-démographiques	Hommes	Femmes
	Plus de 4 verres la veille	Plus de 3 verres la veille
<b>Classe d'âge</b>		
20-34 ans	14,0	20,0*
35-69 ans	9,4	10,5
60-74 ans	7,4	-
<b>Niveau d'études</b>		
pas de diplôme	9,9	6,5
< bac	11,2	15,2
bac, brevet prof.	8,3	6,4
bac +2	7,3	15,0
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	6,9	-
<b>Profession</b>		
Agriculteur	17,6	-
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5,5	-
Profession libérale, cadre	10,7	-
Profession intermédiaire	0,0	-
Employé	9,8	14,4
Ouvrier	13,6	14,7
<b>Catégorie</b>		
Salarié	10,9	9,6
A son compte	7,3	19,6
<b>Département</b>		
Côte d'Or	12,4	9,9
Nièvre	14,9	12,9
Saône-et-Loire	8,1	11,3
Yonne	4,4	4,5
<b>Zone géographique</b>		
Rural	11,4	5,5
Urbain	8,8	11,6

\* :  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$

Pour les comportements et les représentations on observe un lien entre des dépassements des seuils et des ivresses répétées (significatif pour les femmes), ou un test deta positif (significatif pour les hommes). Les hommes dépassant le seuil craignent significativement plus les maladies liées à l'alcool.

**Tableau 22 : Dépassement des seuils de consommation journalière recommandés chez les hommes et les femmes selon leurs habitudes de vie et de leurs représentations de santé (en %)**

Comportements et habitudes de vie	Hommes	Femmes
	Plus de 4 verres la veille	Plus de 3 verres la veille
<b>Fumeurs</b>		
oui	12,9	11,6
non	8,2	9,4
<b>Respecte les recommandations du PNNS/fruits et légumes</b>		
oui	7,4	8,4
non	10,9	10,4
<b>Test DETA</b>		
Positif	19,9*	16,5
négatif	7,5	9,1
<b>Ivresses répétées</b>		
oui	18,5	32,9*
non	8,4	8,7
<b>Représentations par rapport à la santé</b>		
<b>Crainte des maladies liées à l'alcool</b>		
oui	17,4*	11,8
non	6,9	9,1
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les femmes</b>		
oui	12,6	16,4
non	7,7	6,9
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les hommes</b>		
oui	14,8	11,8
non	8,8	9,5
<b>Informé par rapport à l'alcool et ses conséquences sur la santé</b>		
oui	10,3	8,9
non	-	19,5

#### ■ MODÈLE EXPLICATIF MULTIVARIÉ DU DÉPASSEMENT DES SEUILS DE CONSOMMATION JOURNALIÈRE RECOMMANDÉS

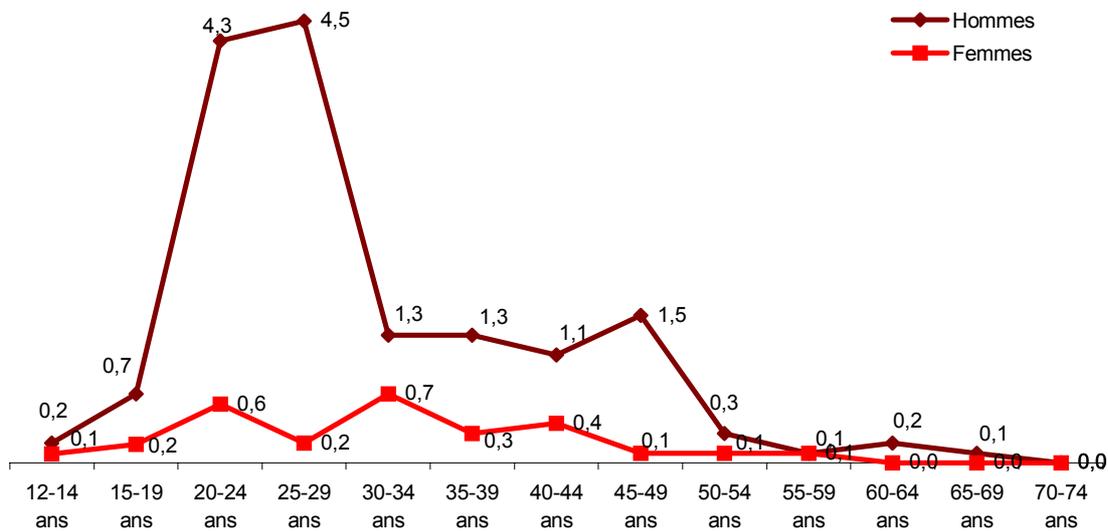
Lorsque l'on prend en compte la concomitance des effets des variables étudiées dans un modèle de régression logistique, seule la crainte des maladies liées à l'alcool chez les hommes reste associée au fait d'avoir dépassé les seuils de consommation journalière la veille.

## 8. IVRESSES

### ■ IVRESSES AU COURS DE L'ANNÉE

16,7% des répondants déclarent au moins un épisode d'ivresse durant l'année, les hommes plus fréquemment que les femmes (26,3 % vs 6,9% ;  $p < 10^{-4}$ ). Ces déclarations varient significativement en fonction de l'âge, avec un pic chez les 20-24 ans (43,2 % d'entre eux ont connu au moins une ivresse dans l'année). Ainsi si le nombre moyen d'ivresses est estimé à 4,6 parmi les personnes l'ayant déclaré, il est maximal entre 25 et 29 ans chez les hommes (7,9 ivresses en moyenne) et entre 40 et 44 chez les femmes (5,7 ivresses en moyenne).

**Graphique 16 : Nombre moyen d'ivresses annuelles selon l'âge et le sexe**



## ■ IVRESSES RÉPÉTÉES

Être un homme, avoir entre 20 et 34 ans, vivre seul, et ne pas avoir un emploi stable sont des facteurs significativement associés aux ivresses répétées.

**Tableau 23 : Ivresses répétées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des individus (en %)**

<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	
<b>Sexe</b>	
Hommes	12,4***
Femmes	6,4
<b>Classe d'âge</b>	
20-34 ans	17,2**
35-59 ans	7,3
60-74 ans	4,7
<b>Niveau d'études</b>	
pas de diplôme	6,6
< bac	8,0
bac, brevet prof.	10,6
bac +2	12,6
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	14,7
<b>Département</b>	
Côte d'Or	11,9
Nièvre	11,6
Saône-et-Loire	7,2
Yonne	7,3
<b>Situation familiale</b>	
Vit seul	12,7*
Vit en couple	8,5
<b>Statut</b>	
pas de travail stable	23,9***
travail stable	10,2
étudiant, retraité...	5,9
<b>Profession</b>	
Agriculteur	7,2
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6,4
Profession libérale, cadre	7,3
Profession intermédiaire	10,1
Employé	9,1
Ouvrier	10,6
Autre, sans activité	17,9

Une consommation d'alcool à risque, le tabagisme et le non respect des recommandations du PNNS en termes de consommation de fruits et légumes sont des comportements associés aux ivresses répétées. Concernant les représentations, les personnes qui surestiment les seuils de consommation chez les hommes ont plus d'ivresses répétées. Enfin, les craintes des maladies liées à l'alcool sont plus fréquentes dans ces situations.

**Tableau 24 : Ivresses répétées en fonction des habitudes de vie et des représentations de santé (en %)**

<b>Comportements et habitudes de vie</b>	
<b>Respecte les recommandations du PNNS/fruits et légumes</b>	
oui	6,2
non	11,0**
<b>Test DETA</b>	
positif	27,5***
négatif	4,8
<b>Fumeurs</b>	
oui	15,2***
non	7,5
<b>Représentations de santé</b>	
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les femmes</b>	
oui	11,1
non	8,3
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les hommes</b>	
oui	13,3*
non	8,6
<b>Information par rapport à l'alcool</b>	
oui	9,5
non	7,6
<b>Crainte des maladies liées à l'alcool</b>	
oui	14,9***
non	7,7

## ■ MODÈLE EXPLICATIF MULTIVARIÉ DES IVRESSES RÉPÉTÉES

Lorsque l'on prend en compte simultanément tous les facteurs, les ivresses répétées sont liées au sexe masculin, au fait de vivre seul et au tabagisme actif. Même s'il n'est pas statistiquement significatif, l'odds ratio est croissant selon le niveau d'études. Comme pour l'analyse bivariée, on retrouve le lien avec une consommation à risque (Deta positif), une consommation insuffisante en fruits et légumes ainsi que la crainte des maladies liées à l'alcool.

**Tableau 25 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est l'ivresse répétée (OR ajustés)**

Ivresses répétées	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>		
Garçon	1	
Fille	0,2***	0,1-0,5
<b>Classe d'âge</b>		
20-34 ans	1	
35-59 ans	0,6	0,3-1,1
60-74 ans	0,2*	0,04-0,8
<b>Niveau d'études</b>		
pas de diplôme	1	
< bac	3,7*	1,1-13,6
bac, brevet prof.	4,5*	1,1-19,2
bac +2	6,9**	1,8-26,4
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	8,9**	1,9-39,7
<b>Situation familiale</b>		
Vit seul	1	
Vit en couple	0,5*	0,3-0,9
<b>Respecte les recommandations du PNNS/fruits et légumes</b>		
non	1	
oui	0,6*	0,3-1,2
<b>Test DETA</b>		
négatif	1	
positif	3,1**	1,5-6,5
<b>Fumeurs</b>		
non	1	
oui	1,9*	1,1-3,7
<b>Surestimation du nombre de verres quotidiens autorisés chez les hommes</b>		
oui	1,5	0,7-2,9
non	1	
<b>Crainte des maladies liées à l'alcool</b>		
non	1	
oui	2,5**	1,3-4,8



## F. NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Parmi l'ensemble des adultes enquêtés, 55% [52,3-58,4] ont un indice de masse corporelle situé dans les normes, 32,3% [29,5-35,3] sont en surpoids et 9,4% [7,8-11,5] souffrent d'obésité. Les hommes sont plus fréquemment en surpoids que les femmes ( $p < 10^{-4}$ ).

**Tableau 26 : État nutritionnel selon le sexe chez les adultes  
(18-75 ans, n=979)**

IMC	Hommes %	Femmes %
dénutrition	1,1 [0,4-2,5]	4,7 [3,1-6,8]
normal	49,8 [45,4-54,2]	60,9 [56,7-65]
surpoids	39,6 [35,3-44,1]	25,0 [21,4-28,9]
obésité	9,5 [7,1-12,5]	9,4 [7,2-12,2]

Au total, 68,4% [65,7-71,1] des personnes ne consomment pas les portions de fruits et légumes recommandées par le programme national nutrition santé (5 ou plus par jour). Les hommes respectent significativement moins ces recommandations (71,7% vs 61,1% chez les femmes ;  $p=0,01$ ).

**Tableau 27 : Propositions de petits consommateurs de fruits et légumes selon le sexe  
chez les 45-60 ans (n=279)**

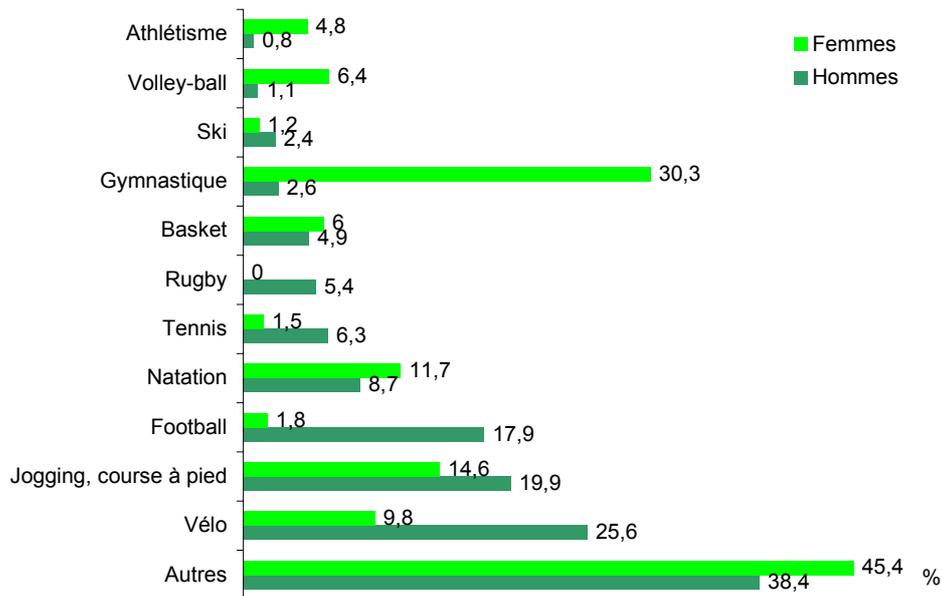
	Hommes %	Femmes %	Total % IC
petits consommateurs de fruits (<1,5 fruits)	40,0	30,6	35,1 [29,7-40,9]
petits consommateurs de légumes (<2 légumes)	83,5	70,6	76,9 [71,6-81,5]

Parmi l'ensemble des personnes enquêtées, 43% pratiquent un sport régulièrement. Cette proportion est significativement plus élevée pour les hommes (46,3% vs 39,8 ;  $p=0,02$ ).

Les sports les plus fréquemment pratiqués sont le cyclisme, la gymnastique, le jogging, le football et la natation.

Selon les recommandations du PNNS, il est conseillé d'avoir une activité physique journalière (représentant l'équivalent d'une marche d'au moins 30 minutes par jour) associée à une activité physique vigoureuse au moins une heure par semaine. Deux tiers des hommes de l'échantillon déclarent respecter ces recommandations, contre 55% des femmes.

**Graphique 17 : Types d'activités pratiquées parmi ceux qui pratiquent un sport**



**Tableau 28 : Pratique d'une activité physique régulière**

	Hommes % (n=531)	Femmes % (n=569)	p
<b>Pratique une activité tous les jours (travail de force, jardinage, marche à pied)</b>			
oui	60,2	56,9	
non	39,8	43,1	
<b>Marche plus de 30 mn tous les jours</b>			
oui	73,1	64,8	
non	26,9	35,2	p<0,01
<b>Pratique vigoureuse d'une activité physique au moins 1 heure une fois par semaine</b>			
oui	62,6	51,9	
non	37,4	48,1	p<0,001
<b>Pratique vigoureuse d'un sport au moins 1 heure une fois par semaine</b>			
oui	46,3	39,8	
non	53,7	60,2	p<0,05
<b>Respect des recommandations du PNNS/activité physique</b>			
oui	66,1	54,8	
non	33,9	45,2	p<0,001

## G. DÉPISTAGE DES CANCERS

### 1. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 18 ANS

59,6% [56,2-63,1] des femmes interrogées ont réalisé au moins une mammographie au cours de leur vie ; ce chiffre atteint 70,2% [60,6-78,3] pour les 40-49 ans et 94,1% [89,4-96,8] pour les 50-69 ans. Néanmoins, seulement 65,9% [58,5-72,7] des femmes de cette dernière tranche d'âge ont réalisé leur dernière mammographie depuis moins de deux ans.

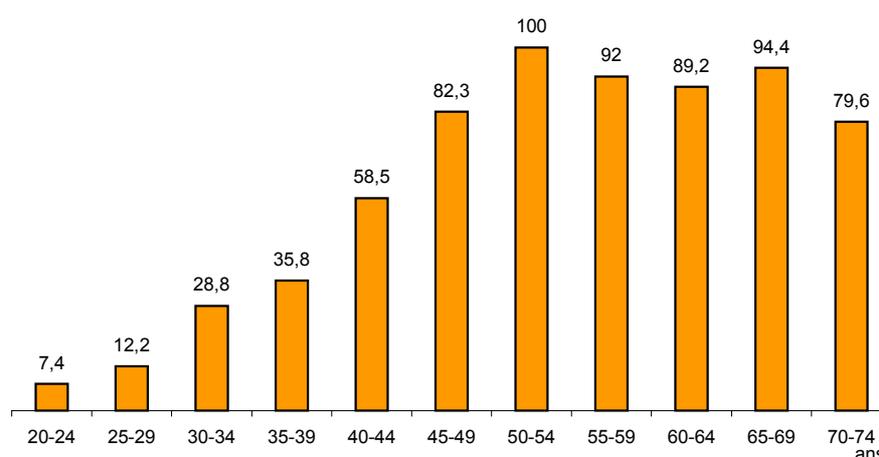
Concernant plus spécifiquement les femmes de 50 à 74 ans, cible actuelle du dépistage organisé, on note, pour ces femmes, un taux de 62,5% de femmes « bien suivies », c'est-à-dire ayant eu leur dernière mammographie depuis moins de deux ans.

**Tableau 29 : Année de la dernière réalisation d'une mammographie pour les femmes de 20 à 75 ans (en %)**

(enquête en février-mars 2004)

	20-34 ans % (n=24)	35-59 ans % (n = 187)	60-74 ans % (n=101)
2004	4,2	9,6	9,9
2003	20,8	41,2	36,6
2002	16,7	23,5	29,7
2001	8,3	3,7	9,9
2000	20,8	10,7	8,9
1999	4,2	2,7	1,0
de 1985 à 1998	25,0	8,6	4,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Graphique 18 : Avoir passé une mammographie au cours de la vie selon l'âge**



Parmi les variables significativement associées à la réalisation d'une mammographie pour les femmes de 50 à 69 ans, on relève le fait d'avoir consulté un médecin généraliste dans l'année, et le fait d'avoir déjà pratiqué également un test hémocult.

**Tableau 30 : Avoir passé une mammographie au cours des 2 dernières années pour des femmes de 50 à 69 ans selon leurs caractéristiques (en %)**

Mammographie	% (n=174)
<b>Age</b>	
50-54 ans (n=50)	76,0
55-59 ans (n=50)	60,0
60-64 ans (n=37)	54,1
65-69 ans (n=37)	73,0
<b>Vit en couple</b>	
oui (n=135)	66,7
non (n=39)	63,7
<b>Départements</b>	
Côte d'Or (n=56)	60,6
Nièvre (n=28)	74,3
Saône et Loire (n=57)	66,8
Yonne (n=33)	66,8
<b>Zone géographique</b>	
rural (n=60)	61,8
urbain (n=114)	68,2
<b>Niveau d'étude</b>	
pas de diplôme (n=81)	68,7
< bac (n=50)	60,5
bac, brevet prof. (n=15)	66,2
bac +2 (n=10)	70,3
secondaire, 3ème cycle, école supérieure (n=12)	66,4
<b>Parle de ses problèmes de santé</b>	
oui, à des professionnels (n=78)	71,6
oui, à des proches (n=83)	63,8
non (n=13)	45,9
<b>Avoir consulté un généraliste</b>	
oui (n=161)	68,8
non (n=13)	30,3**
<b>Craindre le cancer</b>	
oui (n=153)	66,5
non (n=21)	62,3
<b>Avoir des informations sur le cancer</b>	
oui (n=154)	65,5
non (n=20)	70,1
<b>Avoir eu un frottis</b>	
oui (n=160)	66,8
non (n=14)	56,8
<b>Avoir eu un test hémocult</b>	
oui (n=64)	75,0
non (n=104)	60,4*

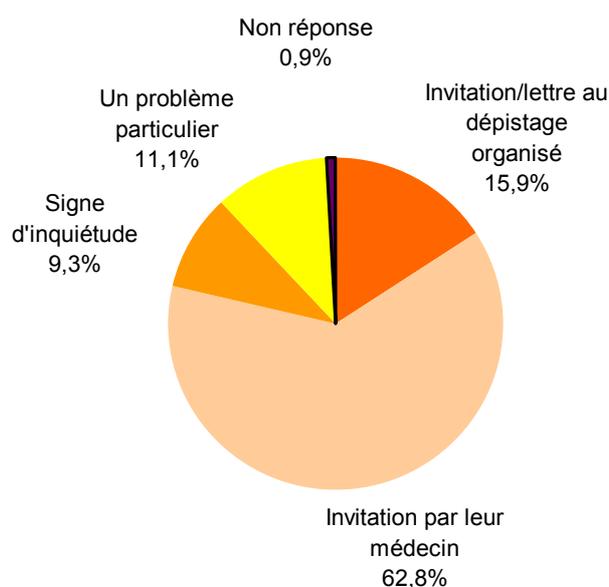
Lorsque l'on prend en compte l'ensemble de ces facteurs, après 54 ans la probabilité d'avoir effectué une mammographie dans les deux ans diminue. Par ailleurs cette probabilité est multipliée par près de 6 pour les femmes qui ont consulté un généraliste dans l'année.

**Tableau 31 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie dans les deux ans parmi les femmes de 50 à 69 ans (OR ajustés)**

	OR	IC à 95%
<b>Age</b>		
50-54 ans	1	
55-59 ans	0,6	0,2-1,4
60-64 ans	0,4*	0,1-0,9
65-69 ans	0,7	0,2-2,3
<b>Parle de ses problèmes</b>		
non	1	
oui à des proches	1,6	0,5-5,4
oui à des professionnels	2,3	0,7-8,1
<b>Avoir consulté un généraliste</b>		
non	1	
oui	5,7**	1,8-18,1
<b>Avoir consulté un spécialiste</b>		
non	1	
oui	1,5	0,7-3,2
<b>Avoir eu un test hémocult</b>		
non	1	
oui	1,6	0,7-3,5

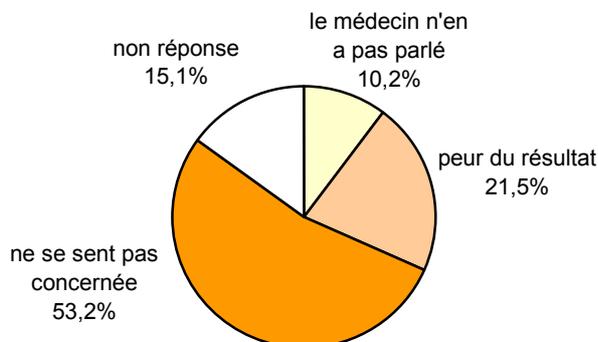
Lorsque les femmes ont réalisé au moins une mammographie après 50 ans, dans 62,8% des cas, elle a été proposée par le médecin traitant, dans 16% des cas, il s'agit d'une invitation par courrier au dépistage organisé. Aucune femme ne mentionne l'avoir réalisée du fait d'affiches ou spots incitant à le faire.

**Graphique 19 : Raisons ayant motivé la réalisation d'au moins une mammographie après 50 ans**



Parmi les femmes de plus de 50 ans n'ayant jamais eu de mammographie, plus de la moitié d'entre elles déclarent ne pas se sentir concernée par ce problème. Un femme sur cinq n'aurait pas réalisé l'examen par peur du résultat.

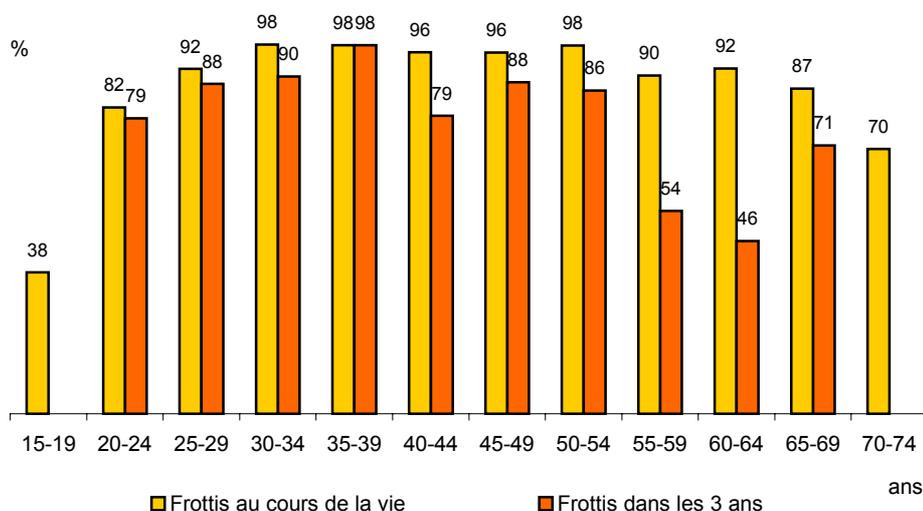
**Graphique 20 : Motifs d'absence de réalisation d'une mammographie après 50 ans**



## 2. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Parmi les femmes de 18 à 75 ans interrogées par téléphone, 86,7% [83,9-89,1] ont déclaré avoir eu un frottis au cours de leur vie. Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la présence de ce test au cours des trois dernières années, 62,9% [59,8-66,1] des répondantes ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis. Cependant, ces chiffres moyens lissent des situations hétérogènes, en particulier en fonction de l'âge. Les femmes de 25 à 50 ans ont un taux de frottis élevé et quasi constant quel que soit l'âge, entre 80 et 90%. Après 55 ans (ce qui correspond à la période post-ménopausique), le nombre de femmes régulièrement suivies baisse pour atteindre 46% pour les 60-64 ans, période de la vie où le dépistage devrait être réalisé avec les mêmes critères et donc la même fréquence que pour des femmes plus jeunes.

**Graphique 21 : Avoir passé un frottis au cours de la vie ou dans les 3 ans, selon l'âge (%)**



Les frottis cervico-vaginaux sont réalisés dans 80% des cas par le gynécologue et dans 20% par le médecin généraliste.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux femmes âgées de 20 à 65 ans, les variables associées à la réalisation du frottis sont : le fait de vivre en couple, d'avoir au moins un diplôme, et d'avoir consulté un spécialiste dans l'année.

**Tableau 32 : Réalisation d'un frottis dans les trois ans parmi les femmes de 20 à 65 ans**

Réalisation d'un frottis	%
<b>Vit en couple</b>	
oui (n=362)	83,1
non (n=75)	63,8***
<b>Départements</b>	
Côte d'Or (n=153)	80,2
Nièvre (n=58)	79,2
Saône et Loire (n=143)	79,1
Yonne (n=83)	80,3
<b>Zone géographique</b>	
rural (n=147)	78,8
urbain (n=290)	80,2
<b>Niveau d'étude</b>	
pas de diplôme (n=81)	58,9***
< bac (n=136)	82,9
bac, brevet prof. (n=80)	86,0
bac +2 (n=78)	88,5
secondaire, 3ème cycle, école supérieure (n=46)	84,9
<b>Parle de ses problèmes de santé</b>	
oui à des professionnels (n=189)	80,7
oui à des proches (n=224)	80,8
non (n=24)	62,5
<b>Avoir consulté un généraliste</b>	
oui (n=394)	80,8
non (n=43)	69,8
<b>Avoir consulté un spécialiste</b>	
oui (n=330)	84,5
non (n=107)	65,1***
<b>Craindre le cancer</b>	
oui (n=382)	80,8
non (n=55)	72,5
<b>Avoir des informations sur le cancer</b>	
oui (n=375)	78,8
non (n=62)	85,5
<b>Avoir eu une mammographie</b>	
oui (n=253)	79,1
non (n=183)	81
<b>Avoir eu un test hémocult</b>	
oui (n=52)	68,6
non (n=86)	61,3
<b>Profession</b>	
Agricultrice (n=10)	90,2
Artisan, commerçant, chef d'entreprise (n=14)	86,2
Profession libérale, cadre (n=33)	81,6
Profession intermédiaire (n=55)	89,3
Employée (n=216)	82,2
Ouvrière (n=53)	68

Après régression logistique, les variables sociodémographiques qui restent significativement associées à la pratique d'un frottis dans les 3 ans sont l'âge inférieur à 35 ans, le fait de vivre en couple, et le niveau d'études.

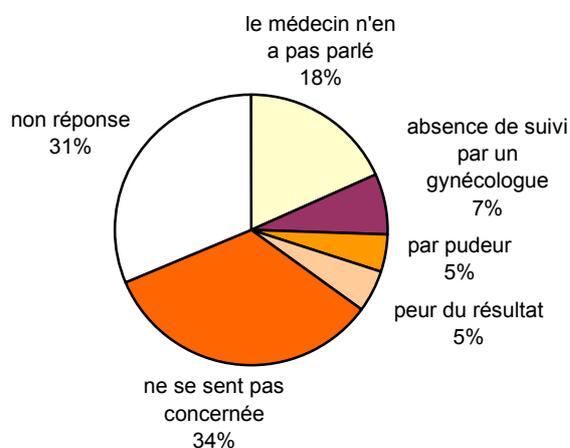
Parmi les autres variables, on relève le fait d'évoquer ses problèmes de santé avec des professionnels, d'avoir consulté un généraliste au cours de l'année, et de craindre le cancer.

**Tableau 33 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un frottis dans les trois ans parmi les femmes de 20 à 65 ans (OR ajustés)**

	OR	IC à 95%
<b>Age</b>		
20-34 ans	1	
35-59 ans	0,4*	0,2-0,9
60-64 ans	0,2**	0,1-0,5
<b>Parle de ses problèmes</b>		
non	1	
oui à des proches	2,5	0,8-7,6
oui à des professionnels	3,9**	1,2-11,9
<b>Avoir consulté un généraliste</b>		
non	1	
oui	2,9***	1,3-6,9
<b>Avoir consulté un spécialiste</b>		
non	1	
oui	1,7	0,8-3,4
<b>Avoir eu un test hémo occult</b>		
non	1	
oui	1,6	
<b>Vie conjugale</b>		
vit seul	1	
en couple	2,6**	1,3-5,3
<b>Profession</b>		
Agriculteur	1	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1,8	0,1-27,6
Profession libérale, cadre	1	0,1-10,1
Profession intermédiaire	1,5	0,2-14,5
Employé	0,8	0,1-5,8
Ouvrier	0,5	0,1-4,5
<b>Niveau d'étude</b>		
pas de diplôme	1	
< bac	3,4**	1,5-7,9
bac, brevet prof.	2,8	0,9-7,8
bac +2	2,7	0,9-8,0
secondaire, 3ème cycle, école supérieure	1,8	0,4-8,3
<b>Craindre le cancer</b>		
non	1	
oui	2,6*	1,1-6,2

Plus d'un tiers des femmes de plus de 50 ans qui n'ont pas bénéficié d'un frottis, ne l'ont pas fait car ne se sentaient pas concernées par ce problème.

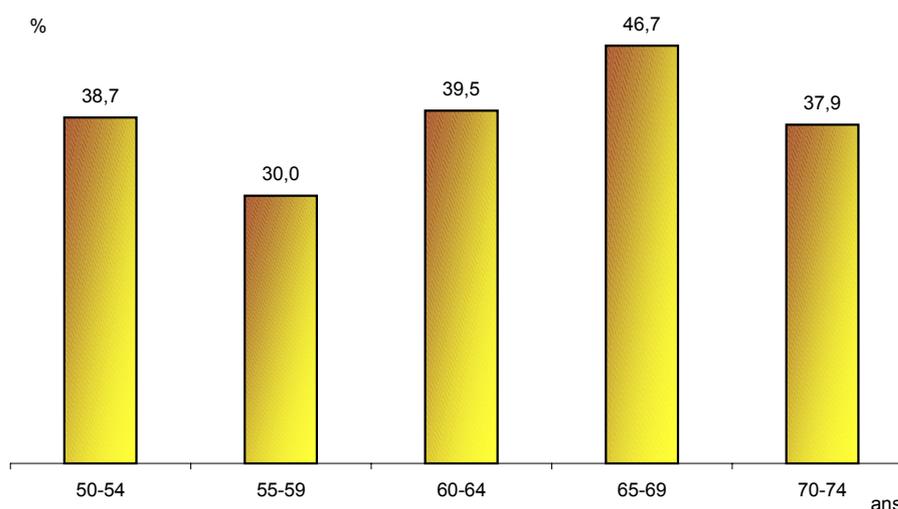
**Graphique 22 : Motifs d'absence de réalisation d'un frottis au cours de la vie**



### 3. DÉPISTAGE DU CANCER DU CÔLON RECTUM

Parmi les personnes de plus de 50 ans – population cible du dépistage - 38,7% ont déjà bénéficié au moins une fois d'un test hémocult® en Bourgogne. La fréquence de réalisation du test la plus élevée est observée pour la classe d'âge 65-69 ans.

**Graphique 23 : Personnes de plus de 50 ans ayant bénéficié d'un test hémocult® (%)**



**Tableau 34 : Année de la dernière réalisation d'un test hémocult® selon le sexe pour les personnes plus de 50 ans**

	50-59 ans % (n=174)	60-74 ans % (n=218)
2004	14,8	18,0
2003	56,9	46,6
2002	12,5	11,0
2001	7,6	2,4
2000	3,3	8,1
1999	1,6	3,7
de 1985 à 1998	3,3	10,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Les personnes ont pratiqué plus fréquemment un test hémocult® lorsqu'elles résident dans un département où il existe un dépistage organisé, lorsqu'elles sont non-fumeuses et lorsqu'elles ont consulté un généraliste au cours de la dernière année. Les dépistages sont moins fréquents parmi les agriculteurs et les ouvriers.

**Tableau 35 : Réalisation d'un test hémocult® au cours de la vie chez les plus de 50 ans  
(en %)**

Test hémocult	%
<b>Sexe</b>	
Hommes (n=167)	39,1
Femmes (n=212)	38,4
<b>âge</b>	
50-54 ans (n=90)	38,7
55-59 ans (n=77)	30,0
60-64 ans (n=66)	39,5
65-69 ans (n=75)	46,7
70-74 ans (n=71)	38,0
<b>Habite un département où existe un dépistage organisé</b>	
oui (n=242)	48,0
non (n=137)	22,6***
<b>Niveau d'étude</b>	
pas de diplôme (n=151)	32,2
< bac (n=124)	39,1
bac, brevet prof. (n=36)	49,4
bac +2 (n=25)	43,3
secondaire, 3ème cycle, école supérieure (n=29)	45,7
<b>Avoir consulté un généraliste</b>	
oui (n=347)	41,3
non (n=32)	11,1***
<b>Craindre le cancer</b>	
oui (n=310)	40,2
non (n=69)	32,2
<b>Avoir des informations sur le cancer</b>	
oui (n=332)	40,4
non (n=47)	27,3
<b>Respecte les recommandations du PNNS/fruits et légumes</b>	
oui (n=177)	40,7
non (n=202)	37,1
<b>Profession</b>	
Agriculteur (n=27)	18,4*
Artisan, commerçant, chef d'entreprise (n=26)	46,1
Profession libérale, cadre (n=45)	48,1
Profession intermédiaire (n=33)	52,2
Employé (n=123)	34,9
Ouvrier (n=78)	27,0*
<b>Poids</b>	
maigre (n=7)	29,1
moyen (n=167)	42,1
surpoids (n=154)	32,5
obésité (n=51)	48,4
<b>Fume</b>	
oui (n=49)	25,2*
non (n=330)	40,8

Lorsque l'on prend en compte la concomitance des effets des variables étudiées dans un modèle de régression logistique, le fait d'avoir consulté un généraliste ou un spécialiste, de résider dans un département qui bénéficie du dépistage organisé et de ne pas fumer reste associé à une pratique du test hémocult plus fréquente.

**Tableau 36 : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un test hémocult au cours de la vie chez les plus de 50 ans (OR ajustés)**

	OR	IC à 95%
<b>Age</b>		
50-54 ans	1	
55-59 ans	0,6	0,3-1,3
60-64 ans	0,8	0,4-1,6
65-69 ans	1,1	0,5-2,1
70-74 ans	0,9	0,4-1,9
<b>Sexe</b>		
Hommes	1	
Femmes	0,7	0,4-1,1
<b>Avoir consulté un généraliste</b>		
non	1	
oui	5,5**	1,8-16,9
<b>Avoir consulté un spécialiste</b>		
non	1	
oui	2,0**	1,2-3,4
<b>IMC</b>		
dénutrition	1	
normal	1,96	0,3-11,4
surpoids	1,1	0,2-6,4
obésité	1,98	0,3-12,6
<b>Fume</b>		
non	1	
oui	0,4**	0,2-0,8
<b>Avoir des informations sur le cancer</b>		
non	1	
oui	2,2*	1,1-4,4
<b>Habite un département où existe un dépistage organisé</b>		
non	1	
oui	3,5***	2,1-5,8

## H. CONSOMMATIONS DE SOINS

### 1. LES INTERLOCUTEURS POUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

Les médecins sont en général les premiers interlocuteurs cités par les femmes pour évoquer leurs problèmes de santé (43% d'entre elles), devant la famille, et leur conjoint. Les hommes citent autant les médecins que les membres de leur famille (31,6%).

**Tableau 37 : Interlocuteurs pour les questions sur la santé**

	Hommes % (n=369)	Femmes % (n=361)
Famille	31,6	31,1
Médecins	31,5	43,0
Conjoint	30,0	17,6
Amis	13,2	12,8
Aucune personne	8,7	5,0
Enfants	5,2	8,6
Instituteur, professeur...*	4,8	11,4
Patron, collègues de travail	4,1	5,3
Quelqu'un d'autre	1,6	3,3
Autres professionnels de santé	0,6	1,7
Renseignements téléphoniques	0,0	0,0
Médecins, infirmières scolaires*	0,0	1,7

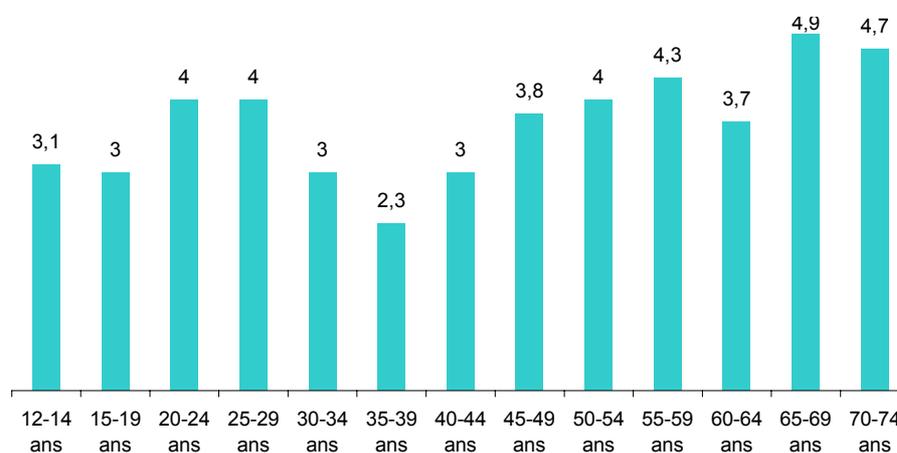
\* pour les enfants scolarisés uniquement

(en %, plusieurs réponses possibles)

### 2. LA FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS MÉDICALES

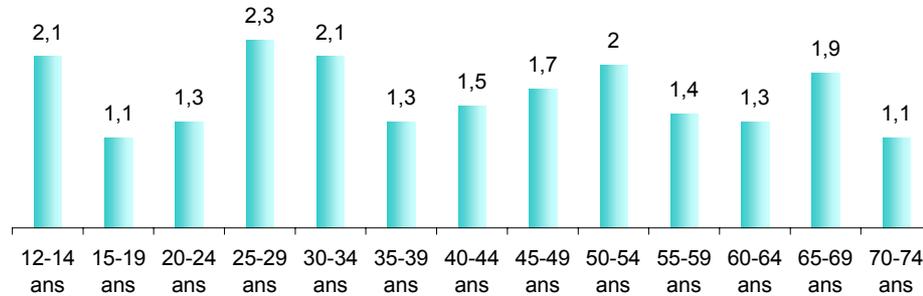
Le médecin généraliste a été consulté au moins une fois par près de neuf femmes sur dix dans l'année précédant l'étude. Les femmes ayant consulté l'ont fait en moyenne un peu plus souvent que les hommes (4 fois vs 3 fois). Le nombre moyen de consultations par an, parmi ceux qui consultent, est plus important quand l'âge est plus élevé : les 12-14 ans ont vu un généraliste 3 fois dans l'année, alors que les 65-69 ans l'ont vu 5 fois.

**Graphique 24 : Nombre moyen de consultations chez le généraliste selon l'âge**



Près de 6 personnes interrogées sur 10 ont consulté un médecin spécialiste au cours l'année (58%). Les femmes consultent également plus de spécialistes que les hommes (67,5% vs 48,2% ;  $p < 10^{-4}$ ).

**Graphique 25 : Nombre moyen de consultations chez le spécialiste selon l'âge**



### 3. LES CONSEILS DE PRÉVENTION

Les hommes ont reçu plus souvent que les femmes des conseils préventifs par leur généraliste. Ces conseils concernent surtout l'activité physique et l'alimentation ; le tabac et l'alcool sont des thèmes peu évoqués au cours des consultations (respectivement 11% et 3,4% des personnes ayant consulté au moins une fois un généraliste dans l'année).

La fréquence des conseils concernant l'alcool ne varie pas en fonction de l'âge des consultants. Par contre, les conseils sur l'activité physique et l'alimentation sont plus souvent donnés aux consultants les plus âgés : 33,4% des plus de 60 ans vs 17,7% des 20-34 ans ont reçu des conseils sur l'activité physique ( $p < 0,01$ ) ; 33,4% des plus de 60 ans ont reçu des conseils sur l'alimentation vs 19,4% des 20-34 ans ( $p = 0,001$ ). Les conseils sur le tabac sont significativement moins souvent donnés aux plus jeunes et aux plus âgés (6% chez les 12-19 ans et les plus de 60 ans vs 15,3% des 20-34 ans).

**Graphique 26 : Avoir reçu des conseils de son médecin lors de la dernière consultation dans différents domaines (en %)**

	Exercice physique	Alimentation	Tabac	Alcool
Ensemble	23,8	25,9	11	3,4
<b>Sexe</b>				
Hommes	23,9	26,7	14,5	4,5
Femmes	23,8	25,3	7,7	1,9
<b>Age</b>				
12-19 ans	21,6	27,2	5,9	2,3
20-34 ans	18,7	21,6	16,9	2,8
35-59 ans	22,3	24,3	12,9	4,8
60-74 ans	33,6	32,7	4,9	2,1

## **I. COMMENTAIRES LIBRES À PROPOS DE L'ENQUÊTE**

Parmi les 1 100 Bourguignons interrogés, 154 ont souhaité s'exprimer sur le thème de la santé ou ajouter un commentaire. Le thème de l'information a été le plus souvent abordé (19,5% d'entre eux), vient ensuite le problème de la prévention (16,2%), l'expression de mécontentements par rapport à l'organisation ou aux décisions sanitaires en France (13%) et 10% ont souhaité évoquer leur expérience personnelle du cancer pour eux-mêmes ou concernant un proche. Par ailleurs, une dizaine de personnes ont exprimé leur satisfaction d'avoir été consultées sur le thème de la santé et quelques personnes ont émis le souhait d'être informées des résultats de l'enquête.

Concernant le thème de l'information, des besoins sont surtout exprimés par rapport à l'information délivrée par les médecins (23% des personnes ayant évoqué ce thème) jugée souvent insuffisante. Les autres champs où un manque d'information se fait aussi ressentir sont les questions relatives au cancer (13%) et à l'environnement (13%). Viennent ensuite des demandes d'information sur le cannabis (7%).

Concernant le thème de la prévention, il semble que soient jugées insuffisantes les campagnes de prévention contre le cancer, le cannabis, et les maladies sexuellement transmissibles (16% pour chaque champ). La prévention auprès des jeunes des comportements addictifs (drogues, tabac, alcool), des accidents de la route, du suicide et de la nutrition sont des thèmes qui ont également été abordés.

Parmi les mécontentements sont cités le manque d'actions contre la pollution, le manque de cohérence entre les informations et recommandations données à la population en matière de santé et les moyens de les respecter (recommandations nutritionnelles et d'activité physique du PNNS en contradiction avec le prix actuel des fruits et légumes, coût de la prise en charge de l'arrêt du tabac ; non respect de la loi Évin ; absence de remboursement intégral des frottis ; manque de moyens de la santé scolaire ...).



## IV. DISCUSSION

---

### A. BIAIS DE L'ÉTUDE

Les questions de cette enquête, réalisée selon la méthodologie des Baromètres santé, ont porté sur les connaissances, attitudes et comportements par rapport aux cancers.

Les résultats présentés ne sont pas totalement représentatifs des comportements de l'ensemble des Bourguignons du fait du **biais de sélection** inhérent à ce type d'enquête<sup>8</sup>. En effet, ce mode de recueil de données ne permet pas d'atteindre l'ensemble de la population. *Une partie de la population ne possède pas de ligne téléphonique, il s'agit le plus souvent de personnes appartenant à des catégories socioprofessionnelles défavorisées. Selon l'enquête Conjoncture de l'Insee, les catégories de ménages sous-équipés sont essentiellement celles des ouvriers non qualifiés, ceux de jeunes de moins de 25 ans ou d'inactifs non retraités. Ceci constitue un biais important dans ce type d'étude car il est décrit dans la littérature que la morbi-mortalité et les comportements à risque en matière de santé (notamment la consommation d'alcool et de tabac) sont plus fréquents parmi cette population<sup>9</sup>. Par ailleurs, les enquêtes téléphoniques ne permettent pas d'avoir accès aux abonnés sur liste rouge. Cependant, les caractéristiques socio-démographiques des abonnés sur liste rouge sont peu spécifiques, si ce n'est une certaine rareté des agriculteurs et des personnes âgées<sup>10</sup>. Il est par ailleurs de plus en plus fréquent que les ménages n'aient pas de ligne fixe mais seulement des téléphones portables<sup>11</sup>. Ces situations concernent surtout les jeunes, qui sont donc difficilement accessibles par ce type d'enquête. Dans cette étude, l'institut de sondage a dû se procurer des numéros de portable par le biais de ménages qui ont accepté de communiquer le numéro de leurs enfants, afin que certaines tranches d'âge ne soient pas sous représentées dans l'échantillon. Enfin, il est connu que les personnes qui acceptent de participer à ce type d'enquêtes sont en général plus sensibles aux questions de santé. Ce biais de sélection conduit donc souvent à une sous-estimation de certains comportements dont il faut tenir compte pour l'interprétation des résultats.*

Un autre biais bien connu est le **biais de réponse**. Il peut être dû à une mauvaise formulation ou compréhension de la question, un effet enquêteur, ou un effet mémoire<sup>12, 13, 14</sup>. En effet, la principale difficulté lorsque l'on élabore un questionnaire est d'obtenir de "bonnes" réponses. Pour atteindre cet objectif, il est avant tout nécessaire d'avoir des questions ayant une bonne validité (aptitude d'une question à fournir une mesure exacte de ce qu'elle a pour objet de mesurer). Cependant, utiliser une question validée n'est pas suffisant pour obtenir de "bonnes" réponses, car des obstacles autres qu'une "mauvaise" question peuvent être en jeu. *De nombreuses études ont été entreprises afin de mieux connaître l'influence d'une formulation et d'un ordre de questions d'un enquêteur dans les réponses données par une personne interviewée. L'ordre des items peut également influencer les réponses. Ainsi, on considère que la personne interviewée retiendra en priorité, parmi une liste de réponses possibles, la première formulation qui lui semble proche de ce qu'elle ressent sans demander à l'enquêteur de répéter l'ensemble des réponses possibles. Il convient donc de toujours proposer des échelles de réponses dans un ordre identique à tous les interviewés afin d'obtenir des données comparables. Dans le même esprit, l'ordre dans lequel se succèdent les thèmes abordés peut influencer les réponses données. Par exemple, dans une liste qui énumère différentes craintes pour soi-même vis-à-vis de certains risques sanitaires, les réponses peuvent être données comparativement aux réponses qui auront précédé : un individu peut minorer sa réponse sur sa crainte vis-à-vis de la tuberculose du simple fait que la question précédente portait sur sa crainte vis-à-vis du cancer. Pour avoir une estimation de chaque crainte fiable, celles-ci*

*devraient donc être posées par l'enquêteur selon un ordre aléatoire pour chaque questionnaire. Ainsi, l'influence au niveau des réponses individuelles ne se retrouve pas, en principe, au niveau de l'ensemble de l'échantillon. Cette méthode n'a pas été utilisée dans cette enquête.*

En outre, un ordre doit être défini dans les différents thèmes abordés lors d'une enquête. On évitera ainsi de commencer un questionnaire par des questions trop sensibles ou trop intimes, car le risque d'abandon s'en trouverait accru. Il est également préférable d'éviter de poser les questions les plus importantes à la fin du questionnaire, en particulier si celui-ci est long, car c'est à ce moment que peut apparaître une lassitude aussi bien chez l'enquêteur que chez l'enquêté. Une autre difficulté consiste à adapter les formulations des questions au mode de collecte des données : un questionnaire auto-administré ne ressemblera pas complètement à un questionnaire téléphonique : certains mots sont, par exemple, difficilement prononçables pour les plus jeunes et il faut envisager le plus souvent possible des formulations de telle façon qu'une tierce personne éventuellement présente dans la pièce ne puisse comprendre les sujets abordés (réponses fermées ou précodées). Cependant, même une formulation sans difficulté apparente de compréhension ne sera pas obligatoirement bien assimilée par tout le monde (il peut s'agir aussi d'un moment d'inattention).

On peut citer un autre élément qui peut influencer les réponses, en la personne de **l'enquêteur lui-même**. Celui-ci se doit d'être le plus neutre possible : ton platonique, pas d'approbations ni de réprobations vis-à-vis des réponses données, lecture fidèle de la question pour chaque interview, etc. Dans cette étude, les enquêteurs ont été formés et entraînés pour éviter ce genre de biais.

## **B. LE TABAGISME**

### ✓ **Prévalence en Bourgogne**

Concernant le tabagisme, la prévalence régionale sur les 15-75 ans est plus faible que celle à laquelle on pouvait s'attendre. En effet, on compte 23,9% [21,5-26,4] de fumeurs contre 33% au niveau national en 2000<sup>15</sup> et 30,4% en 2003<sup>16</sup>.

Ce résultat peut s'expliquer en partie par un effet période. En effet, une tendance générale à la baisse est observée depuis les années 70 qui se confirme ces dernières années par les résultats de ces deux enquêtes. Par ailleurs, les prévalences du tabagisme régulier par région chez les 15-75 ans présentées dans le « Baromètre 2000 », montraient déjà que la Bourgogne avait la prévalence la plus faible de France (18,5% [16,3-20,8] vs 23,6% de fumeurs réguliers en 2000).

Une deuxième hypothèse pour expliquer la faible prévalence régionale du tabagisme, serait une augmentation importante du nombre d'arrêts au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, faisant diminuer rapidement la prévalence du tabagisme. En effet, une analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars 2004, par le dispositif téléphonique « Tabac Info Service » montre que l'effet combiné des avertissements sur les paquets de cigarettes, des campagnes de communication et des hausses du prix du tabac (octobre 2003 et janvier 2004) s'est traduit par une forte augmentation du nombre d'appels. Ces appels concernent pour la plupart des demandes de conseils personnalisés pour arrêter de fumer. Même si ces résultats sont nationaux, il est possible de penser qu'une partie des ex-fumeurs de l'échantillon régional soit des ex-fumeurs récents. Cependant, le questionnaire régional ne faisait pas préciser depuis combien de temps les anciens fumeurs avaient arrêté, ce qui ne nous permet pas de calculer la proportion d'ex-fumeurs « récents » et de la comparer aux résultats des enquêtes de 2000 et 2003.

Enfin, il ne faut pas omettre un possible biais de sélection. Cependant, les enquêtes de références ont été menées selon la même méthodologie que cette étude, ce qui laisse présager l'existence des mêmes biais de sélection.

### ✓ **Comportements chez les jeunes**

#### **Des différences de consommation par rapport au niveau national**

Les résultats présentés ici s'inscrivent dans la continuité des tendances observées pour ce qui concerne la variation de la prévalence en fonction de l'âge et du sexe. En effet, on retrouve les proportions de fumeurs les plus importantes parmi les jeunes adultes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, puis la prévalence diminue régulièrement avec l'âge.

Le taux de fumeurs bourguignons de 15-24 ans est plus faible que celui observé à cet âge dans le Baromètre national 2000. Autre fait à signaler, si on a plutôt tendance à constater au niveau national un tabagisme plus fréquent chez les jeunes filles, dans la région, le phénomène inverse est observé.

#### **Des motivations pour fumer et pour arrêter spécifiques chez les filles**

Après 20 ans, les hommes fument significativement plus que les femmes. Ceci ne semble pas être dû à une entrée plus tardive dans le tabagisme chez les garçons car l'âge de la première cigarette ou du début du tabagisme régulier ne diffère pas significativement chez les moins de 24 ans. L'hypothèse la plus probable est que les filles s'arrêtent plus rapidement de fumer que les garçons. En effet, la proportion d'anciens fumeurs parmi les moins de 25 ans est significativement plus importante chez les filles. Ceci soulève la question d'une plus grande sensibilité des jeunes filles aux campagnes de prévention. Il faut rappeler que face à l'augmentation inquiétante du tabagisme féminin, faisant craindre un désastre sanitaire dans les années à venir, des campagnes de prévention en direction des femmes ont été menées. Les motivations des jeunes filles à fumer comportent certaines spécificités, au-delà des risques qui leur sont propres (qui sont les mêmes que pour les femmes). Deux spécificités apparaissent de manière sensible : la volonté de séduire semble chez elles plus marquée que chez les garçons, d'autant que la communication des cigarettiers renforce l'image du tabac-séduction, et la volonté de contrôler leur poids. Pour renforcer les motivations des femmes à ne pas fumer, en plus des actions visant à informer sur les risques du tabac (slogan « *C'est surprenant tout ce qu'on peut mettre dans une cigarette* ») une campagne de sensibilisation aux risques spécifiquement féminins (comme l'association pilule-tabac, tabac et grossesse), mais aussi à l'altération de la beauté a été menée. En outre, une lutte contre les représentations positives de la cigarette l'associant à l'univers de la séduction a été entreprise. Le partenariat avec la presse féminine "Charte pages sans fumée" incite les supports à informer leurs lectrices sur les risques du tabac et à limiter la valorisation de la cigarette (sur les photos en particulier). C'est une action essentielle, car la presse féminine est l'un des principaux vecteurs d'identification et d'information des jeunes filles et des femmes. Cependant, on ne peut mesurer l'impact de ces mesures sur l'arrêt du tabagisme chez les jeunes filles.

#### **Un passage rapide vers la dépendance**

Cette étude confirme par ailleurs le fait que les jeunes fumeurs deviennent très rapidement des fumeurs réguliers. Le nombre moyen de cigarettes par jour augmente très vite avec l'âge parmi les 15-24 ans ainsi que la proportion de dépendants. Ces résultats justifient les actions de prévention primaire axées sur le « *non à la première cigarette* » menées notamment en milieu scolaire.

### ✓ **La hausse du prix du tabac**

Parmi les leviers d'action utilisés pour la lutte contre le tabagisme, les hausses des prix du tabac semblent avoir un fort impact. En effet, il s'agit de la deuxième motivation citée par les fumeurs actuels, juste après l'envie de se défaire d'une dépendance. Elle est plus fréquemment citée par les fumeurs actuels que par les anciens fumeurs. L'efficacité de ces mesures a été démontrée dans certaines études<sup>17</sup>.

Dans l'enquête régionale, il n'a pas été mis en évidence de différence significative de cette motivation entre les différentes catégories socioprofessionnelles parmi les fumeurs actuels, alors qu'on aurait pu s'attendre à une incitation plus importante parmi les plus faibles revenus comme cela avait été mis en évidence dans une étude anglaise<sup>18</sup>. Cette constatation peut faire discuter cette mesure d'un point de vue éthique, sachant que les ménages ayant les revenus les plus faibles sont classiquement aussi ceux qui comptent les plus grandes proportions de fumeurs et qui sont les moins accessibles aux actions de prévention. Ainsi la hausse des prix du tabac constitue pour ces ménages une augmentation importante de la part du budget attribuée aux cigarettes au détriment des autres postes de dépenses (alimentation notamment).

### ✓ **L'information et les craintes**

Les Bourguignons s'estiment bien informés sur les conséquences du tabac sur la santé même si cette notion n'est abordée que de façon superficielle (une seule question avec réponse sous forme d'un score de 0 à 9). Cette impression se confirme dans le fait que la crainte des maladies liées au tabac est un élément qui reste significativement lié au fait d'être fumeur, après ajustement sur d'autres variables. Comme cela avait déjà été décrit, les fumeurs reconnaissent leur vulnérabilité à la consommation de tabac. On peut donc se poser la question de l'utilité des campagnes de prévention basées sur l'information des risques et la peur de la maladie. Cependant selon certaines études récentes<sup>19, 20, 21</sup>, notamment en Île-de-France, il semblerait qu'il existe des écarts entre les connaissances et les perceptions pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac. Les fumeurs se verraient individuellement plus protégés que les autres en raison de croyances en des facteurs personnels d'exemption des risques liés au tabac. Fumer depuis trop peu de temps, ou en quantité trop faible pour développer une maladie liée au tabac sont des arguments souvent évoqués. Se sentir protégé par son mode de consommation (cigarettes « light », ne pas « avaler la fumée »), par le fait de pratiquer un sport ou encore la croyance en une protection « héréditaire » sont également des conduites de réassurance fréquentes parmi les fumeurs<sup>20</sup>.

Face à ce constat, les campagnes de prévention axées sur l'information et les conséquences du tabac sur la santé, sont toujours au premier plan. Ainsi, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac et dans le cadre du **plan cancer**, le ministère de la Santé et de la Protection sociale et l'INPES ont lancé depuis mai 2004 une nouvelle campagne anti-tabac axée sur les ravages corporels (« *le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous* »). Dans ses spots télévisuels, cette campagne confronte le fumeur à l'illustration du danger et à son propre refus de le considérer. L'INPES franchit un pas de plus en forçant le fumeur à accepter ce qu'il cherche à nier : son corps et les effets du tabac sur celui-ci.

### ✓ **La gêne occasionnée par les fumeurs**

De manière générale, les zones non-fumeurs sont perçues comme étant assez bien respectées, sauf dans les bars et les restaurants et les lieux publics couverts (aéroports, gares).

L'écart entre les déclarations de fumeurs sur leur propre comportement et les déclarations des mêmes personnes ou de non-fumeurs sur le respect général des zones réglementées n'est pas forcément dû à

une éventuelle dissimulation du comportement réel de la part des fumeurs. On peut penser qu'il suffit d'un petit nombre de transgresseurs pour que soit perceptible le non respect des règles.

En parallèle, on se déclare de plus en plus souvent gêné par la fumée des autres. Ceci est à rapprocher de la forte adhésion de l'opinion publique à ce volet de la loi Évin<sup>22</sup> et des résultats d'une étude réalisée en mai 2001, selon laquelle 74 % des Français sont favorables au renforcement de la réglementation relative à la protection des non-fumeurs<sup>23</sup>. On peut faire l'hypothèse que les Bourguignons, comme les Français en général, deviennent de moins en moins tolérants envers la fumée des autres, ce qui renvoie peut-être au paradoxe de Tocqueville selon lequel plus un phénomène désagréable se raréfie, plus ce qu'il en reste est perçu ou vécu comme insupportable.

### ✓ **Les perspectives en Bourgogne**

Les axes prioritaires retenus pour la lutte contre le tabagisme dans la région sont :

- Développer des programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans tous les établissements scolaires du second degré de l'académie (« *opérations École sans tabac* »). Le début du tabagisme vers l'âge de 14-15 ans conforte bien la nécessité de ces actions de prévention primaire en milieu scolaire. Par ailleurs les infirmières scolaires seront formées afin de pouvoir délivrer des substituts nicotiniques car l'envie d'arrêter est très présente même chez les plus jeunes.
- Structurer dans la région, la démarche de lutte contre le tabagisme dans les lieux collectifs. Trois grands domaines feront l'objet d'une action globale. Il s'agit des entreprises, des administrations et des hôpitaux. Ces actions se trouvent confortées par le constat de la gêne occasionnée par la fumée des autres qui ressort dans cette étude et la sensibilité de la population aux méfaits du tabagisme passif. Il semble en effet que les non-fumeurs se sentent très concernés si on en croit leur crainte des maladies liées au tabac. En ce qui concerne les lieux de restauration et les hôtels, il sera engagé une concertation avec les professionnels de ce secteur pour envisager les modalités les mieux à même d'améliorer l'application de la loi Évin. On peut aussi ajouter que des mesures visant à mieux faire respecter la loi Évin en matière d'interdiction de promotion du tabac seront élaborées courant 2004 dans le cadre des perspectives nationales<sup>24</sup>.
- Développer l'aide au sevrage avec une réflexion sur la création d'équipes mobiles pluridisciplinaires en tabacologie et en favorisant la formation des médecins généralistes dans le cadre du programme régional de l'assurance maladie.

## **C. L'ALCOOL**

### ✓ **Les comportements**

#### **Des constats habituels**

Cette étude fait le constat de comportements habituellement connus au niveau national, à savoir une consommation plus fréquente chez les hommes, avec le vin comme produit le plus souvent consommé. Les différences de consommation selon l'âge, déjà établies, sont confirmées dans la région. Les plus jeunes consomment de façon ponctuelle, plus souvent le week-end, et avec des ivresses plus fréquentes. Les plus de 45 ans sont plus souvent des consommateurs quotidiens.

## Une consommation en baisse

La prévalence des consommateurs quotidiens est relativement faible. Cependant, dans le Baromètre Santé 2000, la Bourgogne ne se distinguait pas significativement de la moyenne nationale concernant les consommations quotidiennes notamment de vin. Les quantités moyennes consommées sont comparables à celles observées au niveau national en 2000.

Il ne faut pas oublier que les biais de sélection et de sous-déclaration fréquemment associés à ce type de questions peuvent être à l'origine de sous-estimations. Toutefois, on sait que même si la consommation d'alcool en France est toujours l'une des plus importantes dans le monde, la consommation de vin a été réduite de moitié en un quart de siècle. Cette tendance est probablement la même en Bourgogne.

Les effets de cette baisse de consommation commencent à se manifester avec une tendance à la diminution de la mortalité liée à l'alcool, pour le moment plus nette au niveau national que régional. Ces constats sont encourageants pour les perspectives d'évolution dans la région, sachant qu'il existe un décalage dans de le temps (de 20 à 30 ans) entre les comportements et les conséquences sur la santé.

## Des consommations à risque encore fréquentes

Néanmoins, les consommations à risque et les ivresses répétées restent des comportements fréquents, même si les personnes interrogées estiment en connaître les risques. Les repères de consommation sont souvent surestimés et les consommations sous-déclarées.

Une étude qualitative sur les représentations et attitudes des hommes face à l'alcool<sup>25</sup> met en lumière la relation affective que les hommes entretiennent avec l'alcool et leur difficulté à en apprécier de manière objective les risques sanitaires. Pour la plupart des hommes interviewés, l'alcool a une dimension symbolique et généalogique très forte : il est étroitement associé à la virilité et à la culture française, mais aussi à la tradition familiale. Cet attachement identitaire à l'alcool représente un obstacle important à l'acceptation des messages de prévention et à la prise en compte des dangers d'une consommation excessive.

Les objectifs sont donc de faire prendre conscience aux buveurs réguliers excessifs des problèmes que ces niveaux de consommation peuvent créer, et de faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool pour faire prendre conscience aux hommes de leur surexposition au risque alcool. Ainsi, des campagnes telles que «*Avec l'alcool pas besoin d'être ivre pour en mourir*» ou «*Bois moins si tu es un homme !*» ont été développées. Des documents ont également été largement diffusés dans les réseaux de prévention, ainsi que dans les entreprises, les associations de lutte contre l'alcoolisme, etc....afin de permettre à chacun de faire le point sur sa consommation et de bénéficier de conseils pour la réduire.

### ✓ Les perspectives en Bourgogne

Ces deux types de consommations à risque encore observables dans la région doivent encore être prises en compte dans les stratégies de prévention (buveurs quotidiens excessifs chez les plus âgés ; buveurs hebdomadaires au cours d'occasions festives avec consommations massives et jusqu'aux ivresses répétées chez les plus jeunes). La déclinaison régionale du plan cancer concernant l'alcool se concentre sur l'aide à l'arrêt des consommations excessives. Depuis 1999, le dispositif hospitalier de lutte contre l'alcoolisme a été renforcé par la mise en place d'unités d'alcoologie ou d'addictologie sur l'ensemble des territoires de coopération sanitaire. Ce dispositif a été articulé avec celui des consultations ambulatoires, mis en œuvre par le réseau de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). La réflexion se poursuit actuellement sur le plan médico-social dans le cadre du schéma régional d'addictologie lancé par la DRASS de Bourgogne suite à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Un groupe de travail a été chargé d'établir un bilan de l'existant de l'offre et des besoins et de proposer des

orientations pour l'organisation du dispositif médico-social dans la prévention, la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction, notamment l'alcool.

## **D. NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE**

### **✓ Les comportements observés**

La prévalence régionale de l'obésité semble se situer dans la moyenne nationale si on se réfère à l'étude ObEpi 2003<sup>26</sup>.

Moins d'un tiers des Bourguignons déclarent respecter les recommandations du PNNS en matière de consommation de fruits et légumes, les femmes les respectant plus souvent que les hommes. Cette proportion même si elle paraît insuffisante, est supérieure à celle qui avait été mise en évidence dans les Baromètres nutrition notamment en 2002<sup>27, 28</sup>. Cette différence peut éventuellement s'expliquer en partie par des biais de recueil de cette information. En effet, même si la méthodologie de ces deux études est comparable et que les questions portent sur la consommation de la veille, il peut exister des différences sur la formulation et l'interprétation des questions (notamment sur la définition du nombre de parts consommées). Même si ce recueil d'information paraît relativement imprécis, il fournit un ordre de grandeur régional.

La proportion de Bourguignons interrogés qui respecterait les recommandations en matière d'activité physique est supérieure à celle attendue. La possibilité d'un biais de sélection n'est pas à écarter. Une mauvaise compréhension des questions ou une interprétation personnelle du terme « activité vigoureuse » a peut-être conduit à la surestimation de ces comportements.

### **✓ Contexte des relations entre alimentation et prévention des cancers**

S'il est difficile de mesurer précisément le poids relatif des facteurs alimentaires dans le déterminisme des maladies, de nombreux arguments suggèrent qu'il est important. On estime qu'il pourrait contribuer pour 30 à 40% des cancers chez les hommes, et 60% chez les femmes<sup>29</sup>. Même si ces chiffres ne sont qu'indicatifs, ils permettent de prendre conscience de la place importante des facteurs alimentaires dans le déterminisme des maladies chroniques, notamment du cancer.

Dans le domaine de la nutrition, quatre points sont aujourd'hui considérés comme des certitudes en matière de facteurs de risque de cancer : la faible consommation de fruits et légumes<sup>30</sup>, le surpoids et l'obésité<sup>31, 32</sup>, le manque d'activité physique<sup>33</sup>, la consommation d'alcool.

L'un des principaux consensus actuels sur la relation entre l'alimentation et les cancers est l'effet protecteur des fruits et des légumes sur certains cancers. C'est le cas en particulier pour ceux des voies aéro-digestives supérieures, de l'estomac, du poumon et du côlon-rectum. Au cours de ces trente dernières années, plus de 250 études d'observation de type écologique, cas-témoins ou prospectif ont étudié cette relation. Dans plus de 80% d'entre elles, un effet protecteur a été retrouvé. Les sujets dont les apports en fruits et légumes sont les plus faibles ont un risque de cancer 1,5 à 2 fois plus grand que les sujets ayant un niveau d'apports élevé. On estime aujourd'hui que la proportion des cancers qui pourraient être évitée par une consommation adéquate de fruits et légumes (400 grammes par jour) s'élève au moins à 20%. Une méta-analyse réalisée par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a permis de quantifier le degré de protection apporté par la consommation régulière de fruits et légumes. L'effet protecteur est plus ou moins important selon les localisations du cancer ; un rôle

plus spécifique de certains fruits et légumes a parfois été observé. Ainsi la consommation élevée de légumes riches en fibres peut entraîner jusqu'à 20% de diminution de risque du cancer du côlon.

Des études de mortalité par cancer ou d'incidence montrent que les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité constituent une population à haut risque. Plusieurs études épidémiologiques ont montré qu'un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25kg/m<sup>2</sup>, était associé à une augmentation de risque de cancer de l'endomètre, du sein après la ménopause, et du côlon. Les campagnes d'actions contre l'obésité entrent donc également dans le cadre de la prévention du cancer.

L'activité physique, qui va de la simple marche à une séance de sport est - selon les conclusions de plusieurs conférences de consensus publiées ces dernières années - un facteur déterminant de l'état de santé des individus. A côté de son implication dans la protection vis-à-vis de l'obésité, l'activité physique en elle-même est reconnue comme ayant un effet protecteur vis-à-vis de certains cancers. Une vingtaine d'études épidémiologiques ont observé une protection contre le cancer du côlon (diminution du risque de 40 à 50%), plus fréquemment chez les hommes. Quelques études ont également montré un risque moindre de cancer du sein, notamment après la ménopause (diminution de 30 à 40%).

Par ailleurs d'autres hypothèses fortes conduisent également à des recommandations. Certaines études montrent en effet un lien entre les consommations importantes de viande et de charcuterie et le cancer du côlon. Le sel et les aliments conservés par salaison augmenteraient significativement les cancers du naso-pharynx.

### ✓ **Les perspectives en Bourgogne**

Même si la nutrition n'est pas le seul facteur déterminant des cancers, il s'agit d'un facteur sur lequel il est possible d'intervenir, collectivement et individuellement. De nombreux éléments influencent la consommation, les habitudes alimentaires et leur évolution : l'offre alimentaire et la qualité nutritionnelle des aliments, les déterminants sociologiques, la restauration hors foyer, l'information, l'éducation nutritionnelle...Autant de facteurs pour lesquels des actions de prévention peuvent être menées.

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue, au cours des dernières années, comme une priorité de santé publique en France. Certains comportements alimentaires constituent des facteurs de risque encore peu connus du grand public, pour lesquels les campagnes d'information sont nécessaires, mais pas suffisantes. On sait qu'il existe de nombreux freins aux changements de comportements dans ce domaine notamment socioculturels. En effet, selon le Baromètre nutrition 2002, trois personnes interrogées sur quatre estiment que consommer des fruits et légumes une ou deux fois par jour suffit à être en bonne santé et plus de la moitié d'entre eux estime que leur consommation est satisfaisante. Enfin, les temps de préparation trop longs et les prix des fruits et légumes trop élevés sont souvent des arguments présentés pour justifier une faible consommation.

En Bourgogne, ce sont surtout des actions nationales dans le cadre du PNNS qui sont mises en œuvre. Celui-ci n'a, à l'heure actuelle, pas été décliné spécifiquement au niveau régional. Seul un état des lieux régional des acteurs et des actions dans le domaine de la nutrition en santé publique a été réalisé, ainsi qu'une journée régionale d'échanges de pratiques entre ces acteurs.

Cette enquête a permis néanmoins de mesurer des indicateurs régionaux initiaux répondant à 3 des objectifs du PNNS :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs d'au moins 25%.
- Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et interrompre l'augmentation particulièrement élevée au cours des dernières années de la prévalence de l'obésité chez les enfants
- Augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des sujets faisant au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladie chronique, doit être particulièrement combattue chez l'enfant.

Ils permettent de dégager autant de pistes d'actions pour les intervenants dans le domaine de la nutrition, aucune donnée locale en population générale n'étant disponible jusqu'à ce jour sur ce sujet.

## **E. LES DÉPISTAGES**

### **✓ Dépistage du cancer du sein**

La proportion de femmes de 50-69 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans est un peu plus élevée que celle qui avait mise en évidence dans le Baromètre 2000, avec toutefois un effet période à prendre en compte sachant que le taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein tend à augmenter au fil des ans, et qu'il peut être très variable d'un département à l'autre (de 20% à 50%)<sup>34</sup>. Les proportions présentées dans l'étude prennent en compte les mammographies réalisées dans le cadre d'un dépistage organisé (existant depuis plusieurs années seulement dans la Nièvre et la Saône-et-Loire), d'un dépistage individuel, mais aussi les mammographies à visée diagnostique. Si on ne tient compte que des mammographies réalisées dans les deux ans dans un contexte de dépistage, le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans en ayant bénéficié passe de 66% à 53%. Cette prévalence reste inférieure aux objectifs fixés par le cahier des charges produit à partir des recommandations européennes<sup>35</sup> qui sont d'atteindre au moins 70 % de la population cible. Ces résultats justifient le dispositif mis en place pour généraliser le dépistage organisé du cancer du sein. Les objectifs régionaux, à la suite de ceux qui sont affichés au niveau national, sont de poursuivre la montée en charge des dépistages organisés dans les départements de Côte d'Or et de l'Yonne (opérationnels seulement depuis fin 2003-début 2004) et d'atteindre un taux de dépistage de 80% des femmes de 50 à 74 ans à la fin du plan, pour les 4 départements de Bourgogne.

### **✓ Dépistage du cancer du col de l'utérus**

Le pourcentage de femmes entre 18 et 75 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années est un peu plus faible que celui présenté dans le Baromètre Santé 2000 national. Le fait que les taux les plus élevés de femmes ayant eu un frottis au cours des trois dernières années s'observent entre 25 et 49 ans est rassurant dans la mesure où cette période doit effectivement correspondre à l'engagement de la surveillance régulière. Mais il existe une tendance à une réduction de la surveillance entre 55 et 65 ans, d'autant plus préoccupante que cette période recouvre une phase d'incidence élevée. Elle peut s'expliquer par une baisse de la fréquence des consultations à motifs gynécologiques après la période ménopausique. C'est un fait bien connu, que l'enquête a retrouvé.

En revanche, la diminution du taux de pratique après 65 ans peut s'expliquer par le fait que dans cette tranche d'âge, seules doivent continuer à bénéficier de ce geste les femmes ayant eu un examen positif au cours de leur vie.

### ✓ **Dépistage du cancer du côlon-rectum**

Les proportions de personnes dépistées dans la région sont supérieures à ce qui avait été décrit à ce sujet dans le dernier Baromètre Santé. Ce résultat s'explique par le fait que la région Bourgogne est un site pilote dans ce domaine : la Côte d'Or et la Saône-et-Loire sont des départements expérimentaux pour le dépistage organisé du cancer colorectal. On retrouve logiquement une proportion de personnes dépistées significativement plus élevée dans ces deux départements par rapport à la Nièvre et à l'Yonne. Au niveau régional il est prévu de poursuivre ces expérimentations qui feront l'objet d'évaluation particulière en cohérence avec la réflexion nationale.

### ✓ **Autres perspectives en Bourgogne**

Au moment du lancement du Plan cancer en Bourgogne, il a paru utile d'examiner dans quelles conditions les dépistages des deux cancers gynécologiques étaient effectués « localement », en particulier les difficultés et freins perçus par les différents acteurs, afin de proposer des actions susceptibles d'y remédier. Une étude réalisée par l'ORS s'inscrit dans la perspective de deux (des 70) objectifs du Plan cancer : renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque, et la participation aux dépistages organisés des cancers du sein d'une part et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce d'autre part.

Deux approches ont été utilisées. L'une, qualitative, s'appuie sur les témoignages de femmes rencontrées dans les quatre départements de la Bourgogne. L'autre, quantitative, repose sur l'interrogation de généralistes et de spécialistes en gynécologie et gynéco-obstétrique à propos des dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein. En effet, ces professionnels sont impliqués comme prescripteurs ou auteurs des actes de dépistages, et à ce titre ont une certaine connaissance du public-cible.

Quel que soit le type de dépistage, l'étude sur les comportements des Bourguignons a confirmé l'importance de l'implication des médecins généralistes et spécialistes qui gardent un rôle moteur essentiel dans l'incitation aux pratiques de dépistage. Dans ce cadre, des outils pédagogiques (brochures, cédérom de formation, jeu de fiches) ont été développés par l'INPES à l'attention des médecins.

## V. CONCLUSION

---

Cette enquête réalisée en 2004 par téléphone a permis d'interroger 1 100 Bourguignons de 12 à 75 ans selon la même méthodologie que les « Baromètres Santé », enquêtes nationales publiées périodiquement par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Les questions ont porté sur les connaissances, attitudes et comportements par rapport aux cancers. Le cancer étant une affection multifactorielle, les facteurs de risque retenus pour l'étude sont ceux pour lesquels les liens avec les cancers ont été scientifiquement établis et sur lesquels il est possible d'agir au niveau individuel et collectif. Les facteurs environnementaux, les expositions professionnelles et le cas particulier du mélanome n'ont pas été explorés du fait de leur spécificité. Des études ciblées sur ces sujets sont nécessaires afin de recueillir des informations pertinentes et suffisamment précises pour envisager des actions de prévention.

Nous avons tenté de faire ressortir les variables pouvant influencer certains comportements en tenant compte simultanément de plusieurs facteurs (caractéristiques socio-démographiques, modes de vie, représentations de santé...). Les résultats présentés ne sont pas totalement représentatifs des comportements de l'ensemble des Bourguignons du fait notamment du biais de sélection inhérent à ce type d'enquête. Ils surestiment sans doute ceux des habitants de la région les plus attentifs à leur santé et ou à celle de leurs proches.

L'enquête permet de confirmer au niveau régional des constats faits au niveau national et dans plusieurs régions, comme les différences de prévalence de consommation de tabac et d'alcool en fonction du sexe, de l'âge, du mode de vie...

Elle permet surtout un état des lieux de certains comportements et points de vue des Bourguignons avant la mise en œuvre de la déclinaison du plan cancer dans la région. Les spécificités ainsi dégagées permettront d'adapter les actions aux besoins régionaux en matière de prévention et prise en charge du cancer. Par ailleurs, le recueil de données locales est important pour impliquer la population dans des actions impulsées au niveau national, et aussi pour mobiliser et conforter les acteurs de terrain dans leurs actions, dans le domaine de la prévention où l'efficacité des interventions est difficile à mettre en évidence.

La diffusion de ces informations auprès de la population, notamment par l'intermédiaire de la presse locale pourrait constituer une action de prévention en soi. En effet, plus concernés par un constat régional et la présentation des comportements qui leurs sont propres, les Bourguignons seront peut être plus facilement enclins à discuter et à réfléchir sur l'amélioration de leur santé.

Ces données régionales pourront également servir de référentiel pour l'évaluation des actions qui vont être mises en place dans le cadre de la déclinaison régionale du plan cancer. Une nouvelle étude selon la même méthodologie après leur mise en œuvre permettrait de mesurer les variations de comportements, même si on ne peut évaluer spécifiquement le poids des actions du plan régional sur ces évolutions.

Le plan cancer 2003-2007 en Bourgogne a prévu de renforcer la prévention primaire et secondaire. Un des enjeux majeurs dans la région sera de mettre en œuvre des actions touchant effectivement l'ensemble de la population afin d'au moins ne pas accentuer les inégalités sociales de santé si ce n'est de les réduire. L'accent sera mis également sur l'amélioration des réponses aux attentes des patients et de leurs proches en matière d'accompagnement thérapeutique et d'information en renforçant le réseau OncoBourgogne qui coordonne l'ensemble des acteurs de soins dans le domaine de la cancérologie, le dispositif de formation initiale en cancérologie des professionnels de santé et l'implication des associations d'usagers...



# **ANNEXE 1**

## **LETTRE ANNONCE**

Dijon, le 12 mars 2004

Madame, Monsieur,

L'Observatoire régional de la santé de Bourgogne a en charge l'information sur la santé dans la région.

Une étude s'appuyant sur l'interrogation de **1 200 Bourguignons** âgés de 12 à 75 ans va être réalisée par **téléphone**. Cette importante enquête est confiée à l'institut de sondage BRES.

Elle permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des Bourguignons en matière de santé et d'orienter les réponses pour mieux répondre à leurs besoins. Elle portera sur le sport, la nutrition, le tabac, l'alcool, la prévention et durera environ 20 minutes.

Votre numéro de téléphone a été tiré au sort dans l'annuaire des abonnés de France Télécom. Une personne de votre famille (adolescent de plus de 12 ans ou adulte) sera ainsi invitée à participer à l'enquête. Nous vous assurons de la stricte confidentialité des réponses.

Il est important que chacun accepte de répondre. La validité scientifique de cette enquête dépend de la participation la plus large possible.

Si vous souhaitez plus d'information sur ce travail, vous pouvez nous joindre à l'ORS (03 80 65 08 10).

Les résultats seront diffusés et commentés dans la presse régionale qui a accepté de relayer l'information sur ce sujet d'intérêt général.

Comptant sur votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Bernadette LEMERY  
Directrice de l'ORS

Dr Isabelle MILLOT  
Médecin de santé publique

# **ANNEXE 2**

## **COMMUNIQUÉ DE PRESSE**

## Communiqué :

*L'Observatoire régional de la santé réalise une étude sur les comportements des Bourguignons en matière de santé. Elle doit permettre d'adapter l'information et la prévention.*

La réalisation de cette importante enquête par téléphone a été confiée à l'Institut de sondage BRES.

L'entretien durera environ 20 minutes, et portera sur la nutrition, le tabac, l'alcool, la prévention.

Les personnes susceptibles d'être interrogées sont **tirées au sort**. **Une personne** de chaque famille (adolescent de plus de 12 ans ou adulte) sera alors invitée à participer à l'enquête. La stricte confidentialité des réponses est assurée.

***Il est très important que chacun accepte de répondre. En effet, la validité scientifique de cette enquête dépend de la participation la plus large possible des Bourguignons.***

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter l'ORS :

**03 80 65 08 10**

# **ANNEXE 3**

## **QUESTIONNAIRE**



# **ANNEXE 4**

## **PROTOCOLE « PRISE DE CONTACT »**





## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- <sup>1</sup> FERRON C, GRAND FILAIRE A, JESU F, et al. Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé. Contribution à un glossaire. Comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, 2000 : 76 p.
- <sup>2</sup> GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A, GOUBERT A-C, ARWIDSON P et al. Baromètre santé 2000. Vanves : CFES : 2001. Volume 1. Méthode : 144 p.
- <sup>3</sup> PARQUET P-J. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Vanves : CFES, coll. Dossiers Techniques, 1997 : 108p.
- <sup>4</sup> PARQUET P-J. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES, coll. Dossiers Techniques, 1998 : 46 p.
- <sup>5</sup> ROQUES B. La dangerosité des drogues. Paris : Odile Jacob. La documentation française, 1999 : 316p.
- <sup>6</sup> INSERM. Expertise collective Alcool. Effets sur la santé. Paris : Inserm, 2001 : 358p.
- <sup>7</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. Programme national nutrition-santé 2001-2005. Paris, juillet 2001 : 29 p.
- <sup>8</sup> BOUYER J, HÉMON D, CORDIER S, et al. Épidémiologie. Principes et méthodes quantitatives. Paris : Inserm, 1995 : 498 p.
- <sup>9</sup> LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. Les inégalités sociales de santé. Paris : Editions la découverte/Inserm, 2000 : 448 p.
- <sup>10</sup> FRÉJEAN M, PANZANI J-P, TASSI P. Les ménages inscrits en liste rouge et les enquêtes par téléphone. Paris : Journal de la Société de Statistique : 1990 : tome 131, n° 3-4.
- <sup>11</sup> BECK F, ARWIDSON P, FIRSION J-M., GRÉMY I, JASPARD M, WARZAWSKI J. L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications. Résumés des communications du deuxième colloque francophone des sondages. Université Libre de Bruxelles, 22-23 juin 2000.
- <sup>12</sup> GRÉMY J-P. Questions et réponses : quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages. Sociétés Contemporaines, 1993 : 165-76.
- <sup>13</sup> DEVILLE JC. La qualité de l'information dans les enquêtes. Journée d'études de l'ASU. Paris : Dunod, 1992 : 345-63.
- <sup>14</sup> RIANDEY B., LERIDON H. Les défaillances de la mémoire dans les enquêtes. Séminaire de méthodes d'enquête de l'Ined. Paris : Ined.
- <sup>15</sup> GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A. (sous la dir.) Baromètre santé 2000. Vanves : CFES : 2001. Volume 2. Résultats : 480 p.
- <sup>16</sup> ARWIDSON P, LEON C, LYDIE N, WILQUIN JL, GUILBERT P. Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. BEH 2004 ; 22-23 : 95-6.
- <sup>17</sup> HILL C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. BEH 2003 ; 22-23 : 105-6.
- <sup>18</sup> TOWNSEND J, RODERICK P, COOPER J. Cigarette smoking by socio-economic group, sexe and age : effects of price, income , and health publicity. BMJ 1994 ; 309 : 923-7.

- <sup>19</sup> AYANIAN J, CLEARY P. Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Jama* 1999;17:1019-21.
- <sup>20</sup> KOZLOWSKI L-T, GOLDBERG M-E, YOST B-A et al. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *Am J Prev Med* 1998 ; 15(1) : 9-16.
- <sup>21</sup> SUTTON S. How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998 ; 52:338-9.
- <sup>22</sup> KARSENTY S., SLAMA K., HIRSCH A. Le tabagisme en France avant et après la loi Evin de 1991. In : Conseil national de l'évaluation. Commissariat général du Plan (sous la dir.). La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; rapport d'évaluation. Paris : La Documentation française, 1999 : 337-49.
- <sup>23</sup> Les Français et le tabagisme passif. Synthèse et rapport. Ipsos/CFES/Cnamts/DGS, mai 2001 : 47.
- <sup>24</sup> RATTE S, MOLLA A, BASS C, DE BÉRARD C, BÉGUINOT E. L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique. *BEH* 2004 ; 22-23 : 97-98.
- <sup>25</sup> INPES. Étude qualitative exploratoire hommes et alcool. Rapport 02/084/R FG/slr 2002.
- <sup>26</sup> Rapport ObEpi 2003. Le surpoids et l'obésité en France. Institut Roche de l'Obésité, Sofres 2003.
- <sup>27</sup> BAUDIER F, ROTILY M, LE BIHAN G, JANVRIN M-P, MICHAUD C. Baromètre Santé nutrition 1996. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.
- <sup>28</sup> GUILBERT P, DELAMAIRE C, ODDOUX K, LEON C, GAUTIER A et al. Baromètre santé nutrition 2002 : premiers résultats. *BEH* 2003 ; 18-19 : 78-81.
- <sup>29</sup> Conservatoire national des arts et métiers, Institut national de veille sanitaire. Alimentation, nutrition et cancer. Vérités, hypothèses et idées fausses. Collection : Les synthèses du Programme national nutrition-santé, 2003 : 53 p.
- <sup>30</sup> TERRY P, TERRY JB, WOLK A. Fruit and vegetable consumption in the prevention of cancer : an update. *J Intern Med* 2001 ; 250 : 280-290.
- <sup>31</sup> GERBER M, CORPET D. Energy balance and cancer. *Eur J Cancer Prev* 1999 ; 8 : 77-89.
- <sup>32</sup> WILLETT WC. Diet and cancer. *Oncologist* 2000 ; 5 : 393- 404.
- <sup>33</sup> FRIEDENREICH CM. Physical activity and cancer prevention : from observational to intervention research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001 ; 10 : 287-301.
- <sup>34</sup> ANCELLE-PARK R, NICOLAU R, PATY A-C et al. Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces. *BEH* 2003 ; 04 : 14-16.
- <sup>35</sup> Europe against cancer. European guidelines for quality assurance in mammography european commission 2001.