

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE **SOURCES ET MÉTHODES**

N° 49 • SEPTEMBRE 2014

LE CHOIX D'INDICATEURS DE SANTÉ : L'EXEMPLE DE L'ENQUÊTE SIP 2006

Marlène BAHU, Catherine MERMILLIOD

avec la collaboration d'Éric DEFEBVRE

et de Nicolas de RICCARDIS



document
de *travail*

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

SÉRIE SOURCES ET MÉTHODES

N° 49 • septembre 2014

**LE CHOIX D'INDICATEURS DE SANTÉ :
L'EXEMPLE DE L'ENQUÊTE SIP 2006**

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET
DU DIALOGUE SOCIAL

Sommaire ⓘ Cliquez droit sur la table ci-dessous puis sur « Mettre à jour les champs »

■ INTRODUCTION	7
■ L'ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL (SANTÉ DÉCLARÉE)	8
Les indicateurs du mini-module européen de santé	8
L'état de santé perçu, référence au modèle subjectif	8
Les maladies chroniques, référence au modèle médical	10
La limitation dans les activités de la vie courante, référence au modèle fonctionnel	11
Autres indicateurs de santé déclarée	11
Gênes sensorielles ou motrices spécifiques	11
Les douleurs	13
Troubles du sommeil et troubles digestifs	16
Les comportements à risque : tabac, alcool, surpoids	17
Consommation d'alcool	18
Consommation de tabac	21
Excès de poids	22
Le cumul des risques	23
Santé mentale	24
Repérage des troubles de la santé mentale dans SIP	24
Résultats observés dans SIP	27
■ APPROCHE BIOGRAPHIQUE : LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ DANS SIP	32
Mode de recueil des événements de santé	32
Les événements recueillis	33
Les maladies	33
Les accidents	35
Les handicaps	37
Cumul des événements	39
Limites du recueil des événements	41
Bibliographie	44

■ INTRODUCTION

Interrogeant une population âgée de 20 à 74 ans fin 2006, l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) vise à connaître les relations entre la santé et le parcours professionnel. Au cours de la première des deux vagues de l'enquête, entre novembre 2006 et janvier 2007, des informations comportant à la fois un recueil biographique et une interrogation plus détaillée sur la santé et le travail au moment de l'enquête, ont ainsi été recueillies.

L'enquête SIP aborde de façon détaillée la **santé actuelle, au moment de l'enquête** :

- Santé perçue
- Limitations fonctionnelles sensorielles ou motrices, douleurs, symptômes diffus
- Santé mentale
- Comportements à risque

L'enquête comprend également **un inventaire et une description des événements de santé** (maladies, accidents, handicaps) vécus tout au long de la vie. Elle repère des liens de causalité perçus avec l'itinéraire professionnel et les conséquences de ces événements de santé, en particulier sur l'itinéraire professionnel.

Ce document répertorie les variables disponibles sur la santé dans l'enquête, présente les indicateurs de santé qu'il est possible de construire avec ces variables, fournit les dénombrements essentiels sur ceux-ci en population générale et compare les résultats avec ceux d'enquêtes similaires. Il concerne à la fois la santé actuelle (au moment de la vague 2006 de l'enquête) et la santé passée repérée grâce à la biographie établie en 2006.

Les variables recueillies sur la santé des enquêtés en 2010 sont les mêmes qu'en 2006. Quelques éléments complémentaires ont été recueillis mais ils ne permettent pas la construction d'indicateurs synthétiques nouveaux. Le recueil sur les événements de santé vécus entre 2006 et 2010 ne relève pas du même protocole détaillé que recueil biographique réalisé en 2006. Il ne peut donc faire l'objet d'une approche cumulative actualisant les indicateurs présentés ici. Les nouveautés de 2010 ne sont pas abordées dans ce document.

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE SIP

L'enquête « Santé et Itinéraire Professionnel » (SIP) a été conçue dans le cadre d'un partenariat entre la Drees et la Dares, avec l'appui scientifique du Centre d'études de l'emploi. Sa mise en œuvre a été assurée par l'Insee. La première vague, en 2006, a recueilli des éléments rétrospectifs sur les itinéraires de vie (familiale, professionnelle et de santé), ainsi qu'une description fine des dimensions santé et travail à la date de l'enquête. La seconde vague, en 2010, fournit des données prospectives permettant d'apprécier les dynamiques croisées de l'état de santé, des conditions de travail et du statut sur le marché du travail, dans une période marquée par une crise économique majeure (2006-2010).

L'enquête SIP vise principalement deux objectifs :

1. mieux connaître les déterminants de la santé, en situant les états de santé au regard des situations de travail et du parcours professionnel, connus dans la durée ainsi que dans leurs discontinuités ;
2. repérer en retour l'incidence de l'état de santé au sens le plus large sur le parcours professionnel des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer.

L'enquête a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif d'individus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Ces individus étaient âgés de 20 à 74 ans en 2006 et ont été interrogés quelle que soit leur situation vis-à-vis du marché du travail (actifs occupés, chômeurs, inactifs, retraités, autres inactifs, etc.). Près de 14 000 entretiens ont été réalisés en 2006. La vague 2010 visait à réinterroger l'ensemble des personnes interrogées en 2006 : 11 000 personnes ont été retrouvées et ont accepté de répondre. En outre, en 2010, afin de disposer d'un questionnement approfondi concernant les risques psychosociaux au travail sur un échantillon représentatif des personnes ayant un emploi, un échantillon complémentaire de 2 500 actifs d'au moins 16 ans a été interrogé et le questionnaire a intégré de nouvelles questions recommandées par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Au total 8 800 personnes actives occupées ont répondu sur ce thème.

■ L'ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL (SANTÉ DÉCLARÉE)

Les indicateurs du mini-module européen de santé

Le choix d'indicateurs de l'état de santé d'une population dépend à la fois de la définition que l'on retient pour la notion de santé, concept multidimensionnel [Sermet, Cambois], et du mode de recueil de l'information. Dans la pratique, Eurostat préconise, pour des enquêtes en population générale, trois approches différentes, retenues dans le « mini-module » européen sur la santé, outil largement validé [Cox et al.].

Il s'appuie sur le modèle de Blaxter (1989) qui identifie trois approches sémantiques de la santé :

- Le **modèle subjectif** s'appuie sur la perception globale de l'individu : « Comment est votre état de santé général ? très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais »¹ ; (variable SQ1G)
- Le **modèle médical** repose sur la déclaration de maladies « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ? oui / non » ; (SQ2G)
- Le **modèle fonctionnel** repère les difficultés à réaliser des activités courantes : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? oui / non »² ; (SQ3G)

Ces trois questions sont posées en ouverture de la partie Santé de SIP, qui intervient après la partie rétrospective et actuelle sur l'itinéraire professionnel. Il est en effet recommandé de poser ce module le plus en amont possible du questionnaire, les réponses étant sensibles aux thématiques abordées avant de le poser [Clark, Vicard].

L'état de santé perçu, référence au modèle subjectif

La perception globale de la santé, bien que subjective, se révèle un indicateur très pertinent pour résumer l'état de santé des personnes [Miilunpalo S. et al.] : la santé perçue est fortement corrélée aux autres indicateurs de l'état de santé. Cet indicateur est, de plus, fortement prédictif de la consommation de soins et de la mortalité future [Desalvo K. et al.].

Généralement, on considère qu'une personne n'a pas une appréciation positive de sa santé si elle répond « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » à la question « *Quel est votre état de santé général ?* ». C'est le cas pour une personne sur quatre dans l'enquête SIP. Seules 6 % des personnes reportent une santé mauvaise ou très mauvaise. 24 % des hommes déclarent une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise contre 29 % des femmes. On observe dans SIP le décalage habituel de perception de la santé entre hommes et femmes à âge égal [Fourcade] ainsi que la croissance de la perception négative de celle-ci avec l'âge [Montaut].

¹ Ces modalités de réponses s'écartent un peu de la version standardisée de la santé subjective, où la modalité de réponse médiane recommandée est « assez bon »

² Ces modalités de réponses s'écartent un peu de la version standardisée de la santé fonctionnelle, où les modalités de réponse sont « oui, fortement limité / oui, limité, mais pas fortement / non, pas limité du tout »

Tableau 1 : Santé perçue selon le sexe et selon l'âge

Pourcentage des personnes jugeant leur état de santé général	Ensemble	Hommes	Femmes	Âge à l'enquête				
				20-29	30-39	40-49	50-59	60-74
- Très bon	28	30	26	47	36	26	18	13
- Bon	46	46	46	41	49	50	47	43
- Moyen	21	19	23	10	14	19	28	35
- Mauvais	4	4	5	1	2	4	6	8
- Très mauvais	1	1	1	0	0	1	2	2

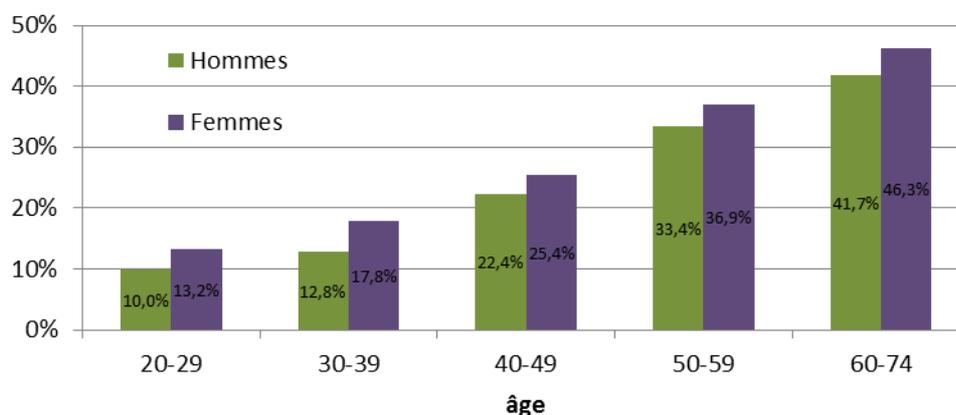
Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 28 % des enquêtés déclarent un état de santé très bon.

En raison des arrondis, le total des colonnes peut ne pas être égal à 100 %.

Figure 1 : Santé perçue

Pourcentage de personnes indiquant un état de santé altéré



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 10 % des hommes âgés de 20 à 29 ans au moment de l'enquête se déclarent en moyenne, mauvaise ou très mauvaise santé.

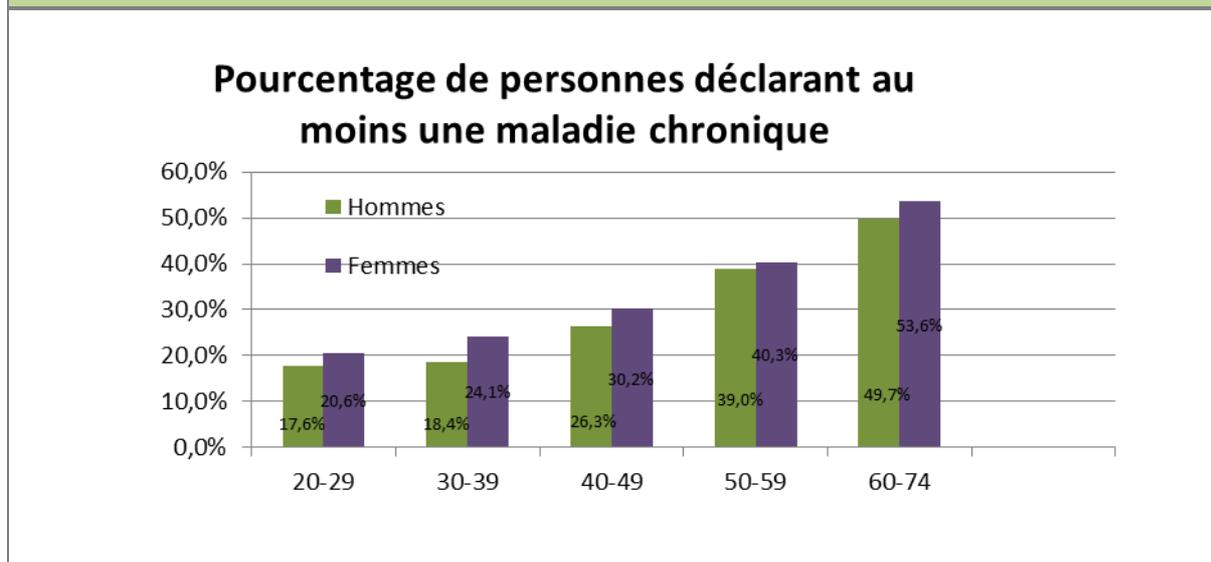
Ces résultats présentent des écarts avec ceux de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) 2006³ de l'Irdes [Allonier et al.]. À champ comparable, plus de personnes se disent en « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise » santé dans SIP que dans ESPS : 24 % des hommes *contre* 21 % dans ESPS, et 28 % des femmes *contre* 26 %. Elles sont également un plus grand nombre à se dire en « très bonne santé » (30 % des hommes *contre* 24 % dans ESPS et 26 % des femmes *contre* 20 %). Ces écarts se retrouvent pour les différentes classes d'âges. Ils sont vraisemblablement liés aux différences de mode de collecte : auto questionnaire dans ESPS et interrogation par enquêteur INSEE dans SIP.

³ En 2006, ESPS proposait les mêmes modalités de réponse que SIP [Moisy et al., « La question sur la santé subjective : variabilité de l'outil et discordance des réponses », à paraître]

Les maladies chroniques, référence au modèle médical

Une personne sur trois déclare avoir au moment de l'enquête une ou plusieurs maladies chroniques contre 26 % dans ESPS 2006 chez les personnes âgées de 20 à 74 ans ayant répondu⁴. Comme dans les autres enquêtes, cette fréquence augmente avec l'âge, les femmes déclarant à tout âge un peu plus souvent des maladies chroniques que les hommes.

Figure 2 : Déclaration de maladies chroniques



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 17,6 % des hommes âgés de 20 à 29 ans au moment de l'enquête déclarent souffrir au moins d'une maladie chronique.

Dans ESPS les maladies chroniques sont un peu moins fréquemment déclarées à la fois pour les hommes (25 % contre 30 % dans SIP) et pour les femmes (27 % contre 34 %). On constate également ce décalage quel que soit l'âge, en particulier pour les tranches d'âge des plus jeunes.

Bien que la question soit identique, ces différences peuvent s'expliquer en partie par le bruit engendré par la présence de l'item « Ne sait pas » dans le questionnaire ESPS. Elles peuvent également provenir de la place de la question dans le déroulement de l'enquête, ou encore des consignes qui ont été données aux enquêteurs lors de l'entretien, notamment pour la définition de la maladie chronique⁵.

De plus, certaines maladies citées comme chroniques par les enquêtés quand l'interrogation aborde l'inventaire des événements de santé vécus au cours de la vie le sont peut-être à tort. Par exemple, certains enquêtés indiquent comme maladie chronique des gripes, des infections ou des infarctus. À l'inverse, 10 % des diabètes n'ont pas été classés parmi les maladies chroniques. Par ailleurs, l'indicateur construit à partir de cette question

⁴ Les modalités de réponses diffèrent entre les deux enquêtes. Dans ESPS une réponse « ne sait pas » est proposée, ce qui n'est pas le cas dans SIP

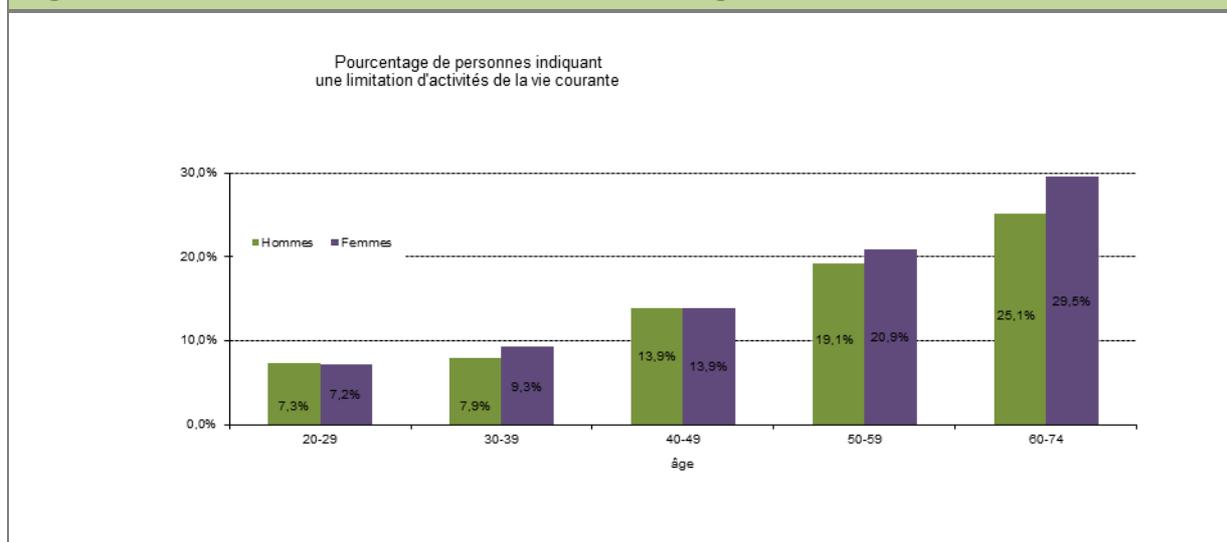
⁵ Dans l'enquête SIP vague 2006-2007, les consignes aux enquêteurs étaient : « Une maladie chronique est une maladie qui dure (ou durera) longtemps ou qui revient (ou reviendra) régulièrement. Les allergies telles que le rhume des foins ne sont pas des maladies chroniques, ni les gripes ou les angines à répétition ».

suppose implicitement que toutes les maladies chroniques ont une importance égale (en termes de gravité ou d'incapacité). Ces considérations invitent à combiner les différents indicateurs de santé.

La limitation dans les activités de la vie courante, référence au modèle fonctionnel

La limitation d'activités de la vie courante, ou restriction d'activité, touche 15 % de la population, avec de fortes disparités selon l'âge. Sur un même champ de population, les résultats en termes de restriction d'activité sont très semblables entre SIP et ESPS en 2006, cette dernière répertoriant 16 % d'enquêtés de 20 à 74 ans ayant déclaré être limités fortement ou non.

Figure 3 : déclaration de limitation d'activités selon l'âge et le sexe



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 7,3 % des hommes âgés de 20 à 29 ans au moment de l'enquête déclarent une limitation d'activités depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé.

La limitation d'activités est fortement corrélée avec la santé perçue. Comme l'état de santé perçu, cet indicateur :

- varie avec le sexe de la personne, les hommes se déclarant à tout âge moins souvent limités que les femmes.
- se dégrade avec l'âge ; on note pour cet indicateur un décrochement à partir de 40 ans.

Autres indicateurs de santé déclarée

Les concepteurs de l'enquête SIP ont souhaité disposer d'informations complémentaires sur la santé des enquêtés au moment de l'enquête. Celles-ci portent, d'une part, sur des gênes fonctionnelles spécifiques qu'ils éprouvent et, d'autre part, sur des malaises diffus ou n'étant pas pris en compte par le modèle médical : ces derniers sont retracés par des questions sur les douleurs, les troubles du sommeil et de la digestion ressentis.

Gênes sensorielles ou motrices spécifiques

Les gênes identifiées sont des gênes non passagères rencontrées dans la vie quotidienne. Sept gênes - sensorielles ou motrices, saisies à travers des situations de la vie quotidienne, sont identifiées dans SIP. Chaque situation correspond soit à **une gêne** (difficulté dans une situation décrite ci-dessous) soit, plus rarement, à **une incapacité permanente** (ne peut pas du tout faire). Pour chacune d'entre elles, les enquêtés doivent donc répondre s'ils ont des difficultés (partielles ou totales) à les réaliser :

■ **vue de près (avec correction, si nécessaire) :**

« Voyez-vous bien de près (pour lire un journal, un livre, dessiner, faire des mots croisés...) avec vos lunettes, vos lentilles, votre loupe, ...si vous en avez besoin ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SVUEP)

■ **vue de loin (avec correction, si nécessaire) :**

« Reconnaissez-vous le visage de quelqu'un à 4 mètres, et ce avec vos lunettes, vos lentilles,... si vous en avez besoin ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SVUEL)

■ **audition (avec correction, si nécessaire) :**

« Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation, et ce avec un appareil auditif si vous en avez besoin ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SOUIE)

■ **manipulation de petits objets :**

« Pouvez-vous utiliser vos doigts pour attraper ou tenir un petit objet, comme un crayon ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SMANIP)

■ **capacité de se baisser :**

« Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SBAIS)

■ **mobilité :**

« Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SMOB)

■ **souplesse :**

« Pouvez-vous vous couper les ongles des orteils ? (oui, sans difficulté / non, j'ai des difficultés / je ne peux pas du tout) » (SOUPL)

Plus d'une personne sur quatre déclare au moins une gêne fonctionnelle spécifique : 27 % des hommes et 29 % des femmes. 17 % des hommes et 16 % des femmes éprouvent au moins une gêne sensorielle. 6 % cumulent gêne(s) sensorielle(s) et gêne(s) motrice(s).

Figure 42 : Gênes et impossibilités fonctionnelles déclarées

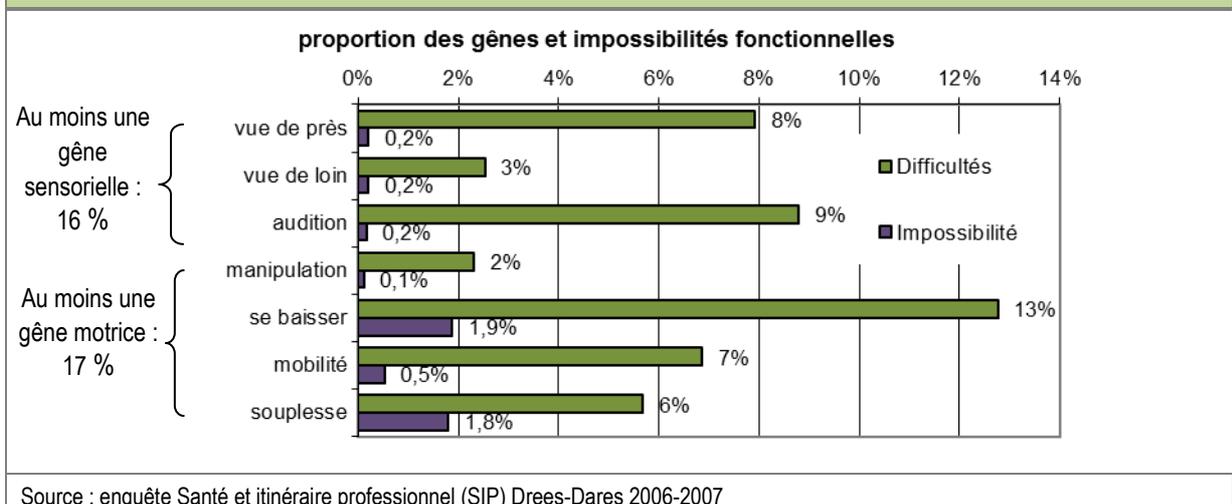
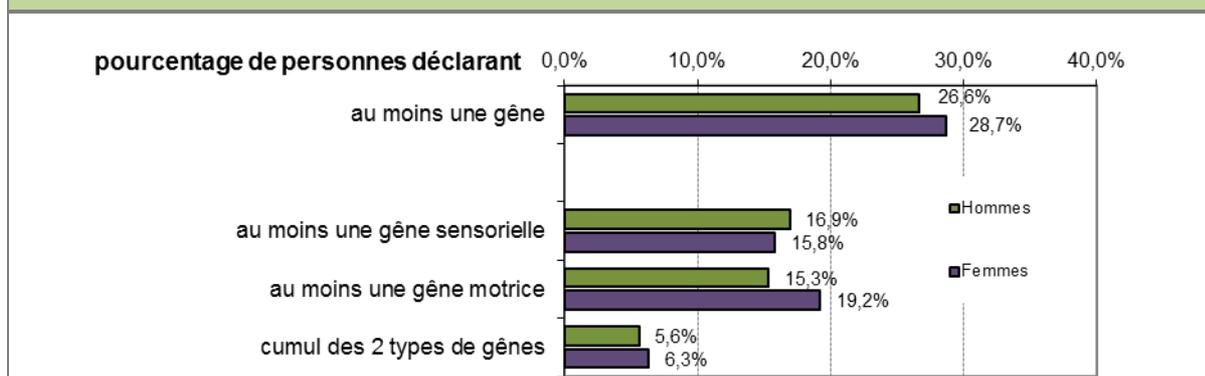


Figure 42 : Gênes et impossibilités fonctionnelles déclarées

Lecture : 8 % des personnes enquêtées déclarent des difficultés à voir de près avec des lunettes ou des lentilles si nécessaire ; 0,2 % ne voient pas du tout de près.

Figure 3 : Nature de gênes fonctionnelles déclarées



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 26,6 % des hommes déclarent au moins une gêne (difficulté ou impossibilité) sensorielle ou motrice.

Les douleurs

L'approche des douleurs dans SIP est réalisée à l'aide de 3 questions successives :

- « Au cours des douze derniers mois, avez-vous souvent ressenti des douleurs dans une partie de votre corps ? *Oui / Non* » (SDOUL)

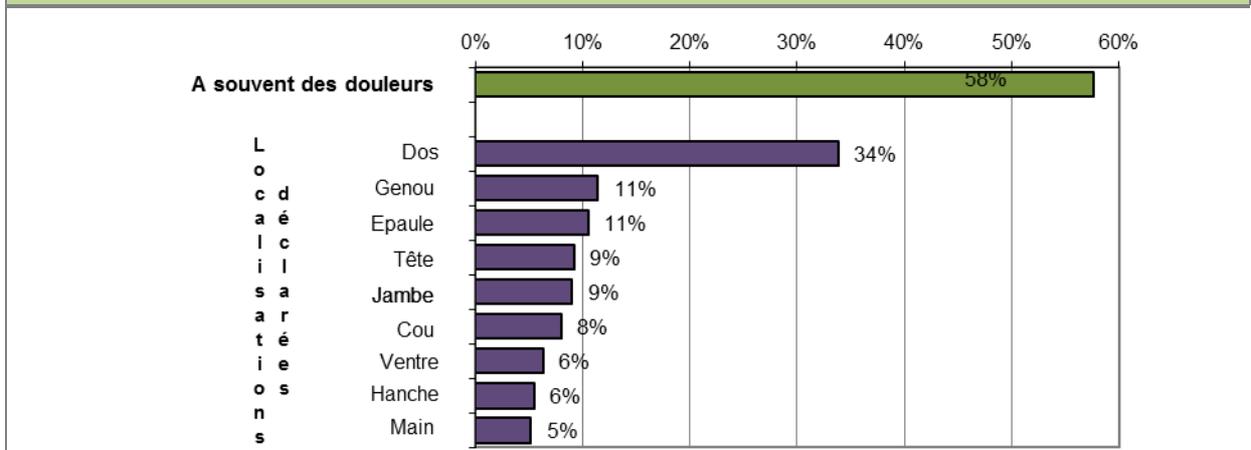
Et si oui :

- « Pouvez-vous m'indiquer sur ce schéma la localisation de cette ou ces douleurs ? *Plusieurs localisations peuvent être déclarées* (SDOULC_1 à SDOULC_20)

Enfin tous les enquêtés étaient interrogés de la façon suivante :

- « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre la douleur ? *Jamais ou rarement / Une ou plusieurs fois par mois / Une ou plusieurs fois par semaine / Tous les jours* » (SMEDOUL)

Figure 4 : Localisation des douleurs

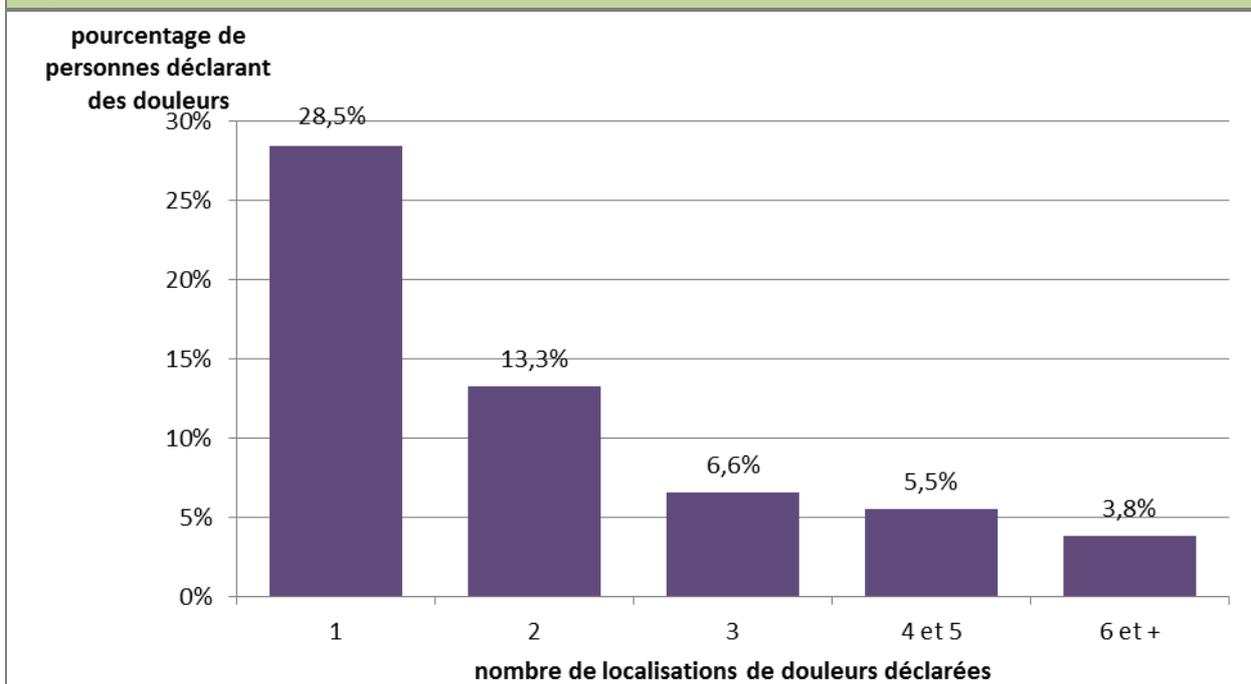


Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 58 % des personnes déclarent des douleurs fréquentes. 34 % des personnes déclarent des douleurs fréquentes au dos.

58 % de la population enquêtée a « souvent » ressenti des douleurs au cours des douze derniers mois. 30 % des enquêtés déclarent même avoir ressenti au moins deux types de douleurs différents au cours des douze derniers mois. Les femmes déclarent légèrement plus souvent des douleurs que les hommes. Ces douleurs se retrouvent à tous les âges, même si on en déclare plus fréquemment après 45 ans. Les douleurs au dos sont largement répandues, puisque cette localisation est citée par plus de la moitié des personnes souffrant de douleurs.

Figure 5 : Nombre de localisations des douleurs

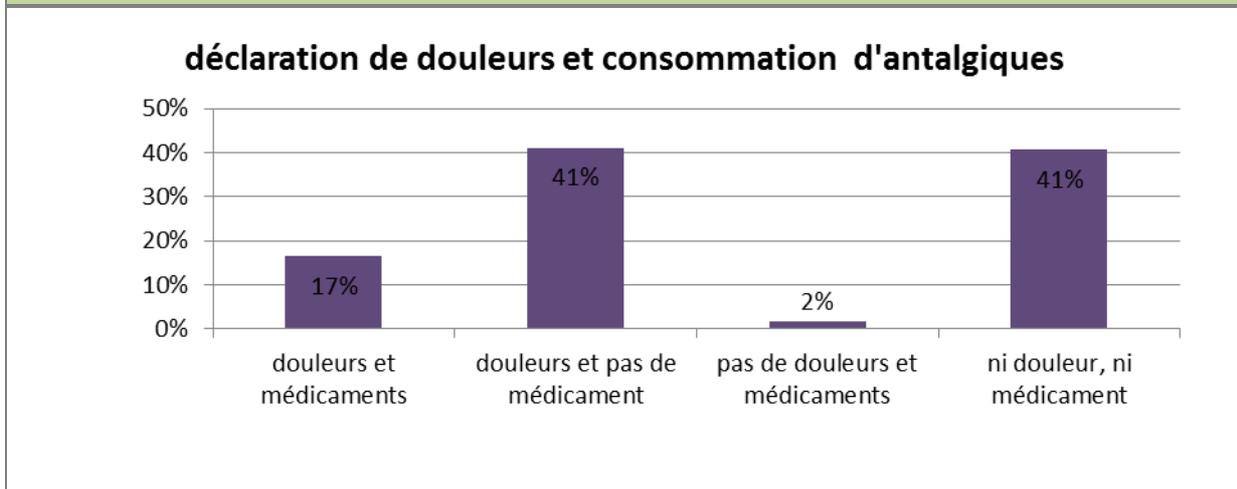


Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 28,5 % des personnes déclarent une seule localisation de douleur fréquente ; 13,3 % en déclarent deux

Indépendamment du fait d'avoir déclaré des douleurs, 82 % des personnes interrogées ont déclaré avoir jamais ou rarement consommé de médicaments contre la douleur au cours des douze derniers mois. Elles sont 18 % à prendre au moins une fois par semaine un anti-douleur.

Figure 6 : Déclaration de douleurs et consommation d'anti-douleurs



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 17 % des personnes déclarent des douleurs fréquentes et déclarent prendre au moins une fois par semaine un médicament contre la douleur.

Plus des deux tiers des personnes qui déclarent des douleurs fréquentes ne consomment pas fréquemment, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, des médicaments contre la douleur. Enfin, 2 % des enquêtés qui déclarent ne pas ressentir souvent de douleur ont néanmoins pris régulièrement un antalgique, ce qui pourrait être une manifestation de l'efficacité du traitement.

Troubles du sommeil et troubles digestifs

Les troubles diffus repérés par l'enquête SIP sont observés à l'aide de 3 questions :

■ Sommeil insuffisant :

« Au cours des douze derniers mois, votre nombre d'heures de sommeil la nuit était-il : *suffisant toujours ou presque / insuffisant plusieurs fois par mois / insuffisant plusieurs fois par semaine / insuffisant presque tous les jours* » (SSOM)

■ Troubles du sommeil :

« Toujours au cours des douze derniers mois, avez-vous ressenti des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveils la nuit, éveil précoce sans réussir à se rendormir...) ? *Jamais ou rarement / plusieurs fois par mois / plusieurs fois par semaine / presque tous les jours* » (STROUBL)

■ Troubles digestifs :

Ressentez-vous ou avez-vous ressenti des troubles digestifs au cours des douze derniers mois (crampes, brûlures, douleurs de l'estomac) ? *Jamais ou rarement / plusieurs fois par mois / plusieurs fois par semaine / presque tous les jours* » (STBDIGES)

40 % des personnes jugent leur sommeil insuffisant plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours. Les troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, insomnies,...) touchent la moitié des femmes et 40 % des hommes (plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine ou

presque tous les jours). Ils sont davantage présents à partir de 45 ans. 31 % des individus souffrent à la fois d'un sommeil insuffisant et de troubles du sommeil ; 46 % ne souffrent d'aucun des deux.

Tableau 2 : Troubles du sommeil déclaré par sexe

	Sommeil suffisant			Sommeil insuffisant		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Sommeil non troublé	51 %	41 %	46 %	10 %	8 %	9 %
Sommeil troublé	13 %	15 %	14 %	26 %	37 %	31 %

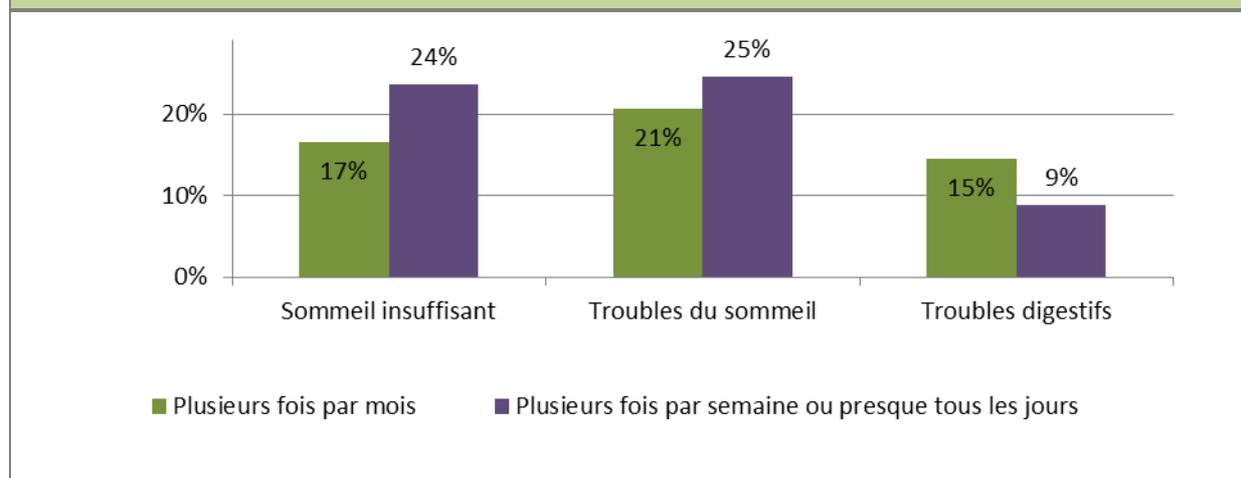
Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 51 % des hommes déclarent avoir un sommeil suffisant sans trouble du sommeil, et 13 % ont un sommeil suffisant avec des troubles du sommeil plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours.

En raison des arrondis, le total des colonnes peut ne pas être égal à 100 %.

En tout, 60 % des enquêtés déclarent avoir un sommeil suffisant. Et 55 % des individus ont un sommeil non troublé, qu'il soit suffisant ou non.

Figure 9 : Fréquence des troubles du sommeil et des troubles digestifs



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 15 % des personnes étudiées ont des troubles digestifs plusieurs fois par mois et 9 % en ont plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours

Les troubles digestifs sont moins fréquents, mais touchent toutefois un homme sur cinq et une femme sur quatre.

Les comportements à risque : tabac, alcool, surpoids

Au-delà des approches relatives à l'état de santé proprement dit, SIP aborde la question des comportements susceptibles d'être préjudiciables à la santé. Ces thèmes ont été introduits dans SIP à la demande de représentants des organisations syndicales qui se sont exprimés dans le cadre du comité de suivi et de concertation. Ceux-ci souhaitent voir progresser le débat sur les effets respectifs des expositions

professionnelles et des comportements individuels sur la santé. Ces thèmes ont été abordés en 2006 dans un auto-questionnaire papier, rempli par l'enquêté seul, afin d'assurer un maximum de confidentialité dans les réponses, pratique assez habituelle pour aborder ce type de questions en limitant les biais. Ce mode de collecte a impliqué 10 % de perte de questionnaires (manquants, erreurs de saisie des identifiants empêchant l'appariement...) par rapport aux réponses au questionnaire principal passé par les enquêteurs de l'INSEE. De plus, certains enquêtés n'ont pas renseigné certaines questions, en particulier sur le poids et la taille. Ces questions sont associées au plus fort taux de non-réponse de l'auto-questionnaire : 6 % en moyenne. Cette non-réponse est nettement plus fréquente chez les plus âgés (9 % des 60-74 ans, contre 3 % des 20-29 ans). Comme les réponses sont fondées sur les déclarations des individus, il faut garder en mémoire qu'il peut exister un écart avec les valeurs réelles, du fait des arrondis et de la tendance de certains individus à se grandir légèrement ou à se retirer quelques kilogrammes [Julia et al, Gorber et al.].

Consommation d'alcool

Dans SIP, les protocoles d'interrogation retenus sont l'AUDIT C et le DETA. Ces tests sont largement validés [Yersin]. Ils peuvent être soit passés par des professionnels de santé soit proposés sous forme d'auto-questionnaire. Ces questionnaires ont été introduits dans leur version auto-questionnaire dans les enquêtes de la Drees [Mouquet] et de l'Irdes [Com-Ruelle et al. 2007] au début des années 2000.

L'AUDIT C

Le test dénommé «Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT) a été développé à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est destiné à l'identification des consommateurs à risque. Il comporte dix items et porte sur la situation au cours des douze derniers mois. L'AUDIT C est constitué des trois premières questions.

Il est précédé d'un préambule introduisant la notion de verre standard, quantité « normalisée » représentant en moyenne environ 10 grammes d'alcool :

« Dans les questions qui suivent, lorsque l'on vous parle de verres d'« alcool » ou de « boissons alcoolisées », il s'agit aussi bien de verres d'alcools forts que des boissons faiblement alcoolisées. Cela signifie donc : les apéritifs, les digestifs, le pastis, le champagne, le panaché, le whisky, la bière, le cidre ou le vin par exemple. »

Les trois questions du protocole sont :

■ Fréquence

« Au cours des douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de consommer de l'alcool ? *Jamais (fin du questionnaire) / une fois par mois ou moins / deux à quatre fois par mois / deux à trois fois par semaine / quatre à six fois par semaine / tous les jours* » (ALCOL_CONS)

■ Volumétrie

« Au cours des douze derniers mois, les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ? *Un ou deux verres / trois ou quatre verres / cinq ou six verres / sept à neuf verres / dix verres ou plus* » (NBVERRE)

■ Consommation excessive ponctuelle

« Au cours des douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire six verres d'alcool ou davantage au cours d'une même occasion ? *Jamais / moins d'une fois par mois / une fois par mois / une fois par semaine / tous les jours ou presque* » (SIXVERRE)

À partir de ces trois questions, il est possible de caractériser les risques encourus selon la méthodologie mise au point par la DREES en 2001 et mise ultérieurement en conformité avec les nouveaux seuils de risque définis par

l'OMS [Canoui-Poitrine et al.]. Elle repose sur une estimation de la consommation hebdomadaire moyenne à partir d'une combinaison des réponses aux questions de fréquence et de volumétrie.

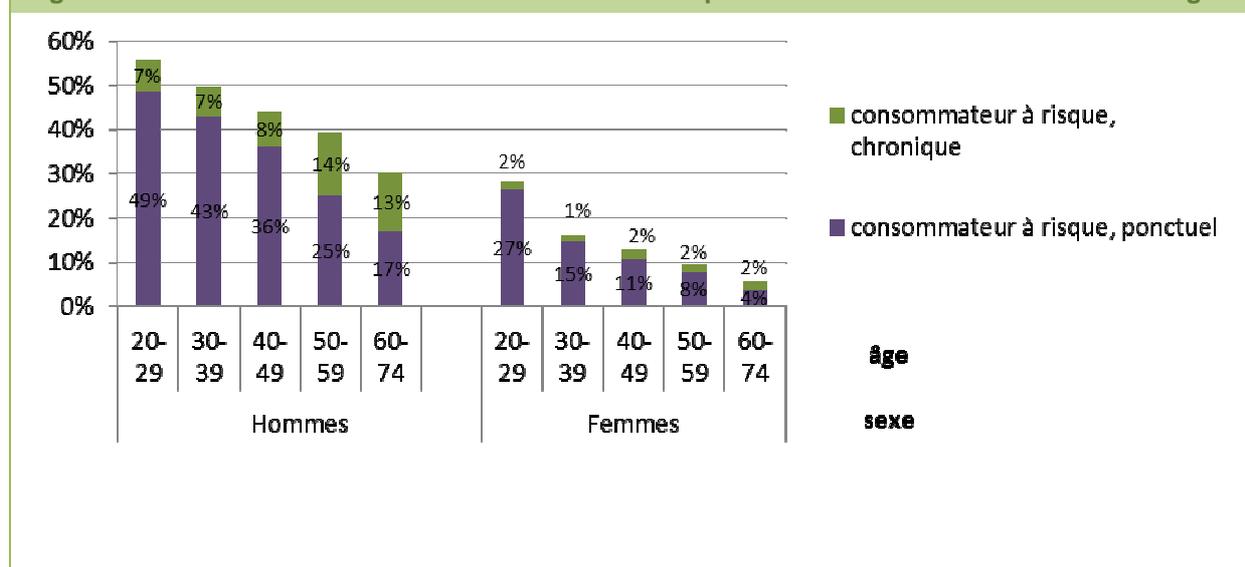
Tableau 3 : Profils de consommation d'alcool établis à partir de l'AUDIT C, algorithme 1

	Nombre de verres d'alcool consommés par semaine		Consommation d'au moins 6 verres en une occasion	Profils de consommateurs	Pourcentage de personnes concernées
Hommes	0 verre	et	Jamais	Non consommateurs	15,0 %
Femmes	0 verre				28,8 %
Hommes	≤21 verres	et	Jamais	Consommateur sans risque	41,6 %
Femmes	≤14 verres				57,0 %
Hommes	≤21 verres	et	≤1 fois par mois	Consommateur à risque ponctuel	33,7 %
Femmes	≤14 verres				12,4 %
Hommes	≥22 verres	ou	≥1 fois par mois	Consommateur à risque chronique	9,7 %
Femmes	≥15 verres				1,8 %

Lecture : Les hommes qui consomment en moyenne 22 verres ou plus d'alcool par semaine, ou ceux qui consomment, au moins une fois par mois, 6 verres ou plus en une même occasion, sont des consommateurs à risque d'alcoolisation excessive chronique (dernière ligne). Ils représentent 9,7 % de la population masculine.

Les hommes présentent plus de risques que les femmes : 43,5 % vs 14,2 %.

Figure 7 : Profils de consommation d'alcool établis à partir de l'AUDIT C selon le sexe et l'âge



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 49 % des hommes de 20 à 29 ans sont identifiés comme consommateur à risque, ponctuel.

Les risques diminuent avec l'avancée en âge. Les résultats obtenus avec SIP sont assez proches de ceux d'ESPS quels que soient le sexe ou l'âge. Cependant au sein du groupe des personnes sans risque, un peu moins de non consommateurs sont repérés dans SIP (15 % d'hommes et 29 % de femmes, contre respectivement 17 % et 37 % dans ESPS), mais davantage sont repérés en tant que « consommateurs sans risque » (41 % d'hommes et 57 % de femmes, contre respectivement 39 % et 47 % dans ESPS).

Un second algorithme, plus détaillé est également proposé à partir de l'AUDIT C. Les buveurs classés « sans risque » sont séparés entre « sans risque, occasionnel » et « sans risque, régulier » selon la fréquence moyenne de consommation d'alcool : au plus 2 à 4 fois par mois vs au moins 2 ou 3 fois par semaine. Sont également détaillés les buveurs « à risque chronique » avec l'introduction d'une modalité « à risque avec dépendance » pour les consommateurs (hommes ou femmes) de plus de 48 verres par semaine ou buveurs de 6 verres au moins en une seule occasion presque tous les jours.

Tableau 4 : Profils de consommation d'alcool établis à partir de l'AUDIT C, algorithme 2

Pourcentage de personnes concernées	Hommes	Femmes	Ensemble	20-29	30-39	40-49	50-59	60-74
non consommateur	15	29	22	22	22	20	21	25
sans risque, occasionnel	28	47	38	34	40	41	38	36
sans risque, régulier	13	10	11	2	5	11	16	21
à risque, ponctuel	34	13	23	37	29	23	16	10
à risque, chronique	9	2	5	4	3	4	7	7
à risque, avec dépendance	1	0	1	0	1	1	1	1

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007
 Lecture : selon cet algorithme, 34 % des hommes sont identifiés comme consommateurs à risque, ponctuel et 9 % comme consommateurs à risque, chronique.
 En raison des arrondis, le total des colonnes peut ne pas être égal à 100 %.

Avec l'avancée en âge, la consommation sans risque régulière ainsi que la consommation à risque chronique augmentent. Dans ESPS 2006, moins de consommateurs « sans risque, occasionnels » sont répertoriés (24 % pour les hommes et 36 % pour les femmes), mais plus de consommateurs « sans risque, réguliers » (respectivement 15 % et 11 %).

Le DETA

Les questions du DETA (diminuer, entourage, trop, alcool) sont issues du protocole CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener), créé par Mayfield en 1974. Ce questionnaire est désormais largement admis dans le cadre d'enquêtes déclaratives par auto-questionnaire [Aertgeerts et al.]. Il vise à repérer la dépendance.

■ Diminuer

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? *Oui / non* »

■ Entourage

« Au cours de votre vie, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? *Oui / non* »

■ Trop

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? *Oui / non* »

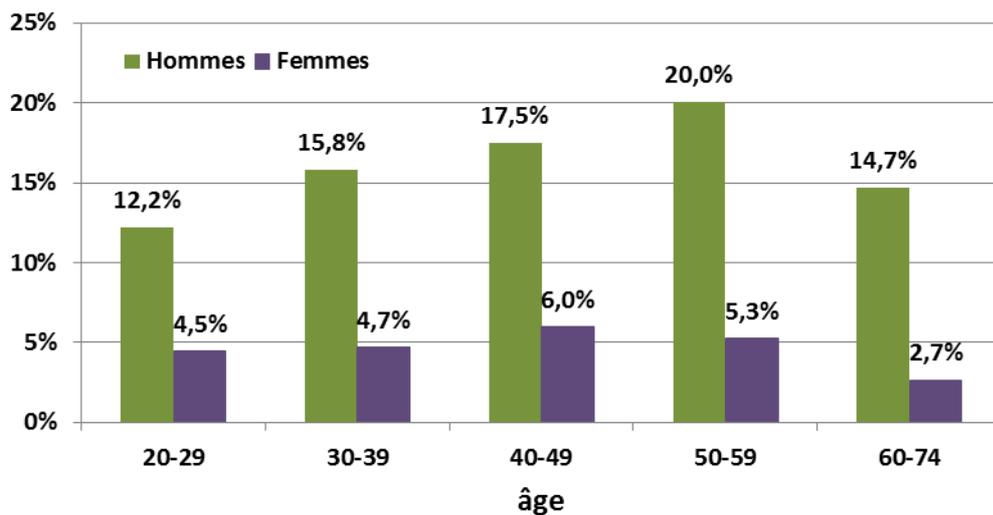
■ Alcool

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? *Oui / non* »

Dans les études issues de l'enquête Santé (EDS 2003), la consommation excessive d'alcool se repère avec au moins deux réponses positives sur les quatre questions du DETA [Lanoë et Dumontier]. Par ailleurs, dans EDS

2003, les questions portent sur les 12 derniers mois tandis que dans SIP, c'est au cours de la vie (dans le test DETA validé, ces questions portent sur la vie entière à défaut de mention contraire). Pour l'Irdes, la définition est un peu plus englobante, puisqu'en plus, si la réponse à la question sur le besoin d'alcool dès le matin est positive, même seule, alors l'individu est considéré comme ayant une consommation excessive. Toutefois, il existe une divergence de constat entre les deux méthodes pour repérer les buveurs excessifs dans 55% des cas. En effet, 75 % des individus repérés comme consommateurs à risque par le DETA le sont également par l'AUDIT C.

Figure 8 : Proportion de buveurs excessifs dans la population selon l'âge et le sexe établie à partir du DETA



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 12,2 % des hommes et 4,5 % des femmes de 20 à 29 ans sont considérés comme « buveurs excessifs » au vu de leur réponse au DETA⁶.

Consommation de tabac

L'auto questionnaire de SIP comporte les questions suivantes :

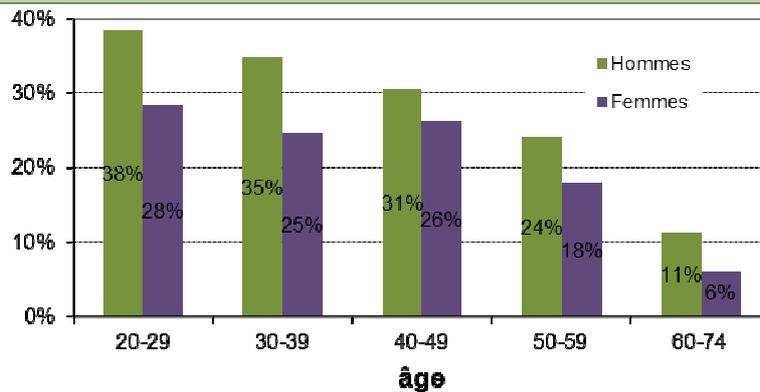
- « En ce moment, est-ce que vous fumez ? *oui, je fume tous les jours / oui, je fume tous les jours, mais j'ai réduit ma consommation pour arrêter de fumer / oui, mais je ne fume pas tous les jours / non, mais auparavant je fumais tous les jours* »
- « Si vous fumez actuellement mais pas tous les jours auparavant, fumiez-vous tous les jours ? *Oui / non* »
- « Si vous fumez actuellement tous les jours, depuis quel âge ? Combien par jour environ ? *question posée pour chaque consommation quotidienne : cigarette, cigare, pipe* »
- « Si auparavant vous fumiez tous les jours, de quel âge à quel âge ? Combien par jour environ ? *question posée pour chaque consommation quotidienne : cigarette, cigare, pipe* »

⁶ La méthode préconisée par l'IRDES est appliquée ici : sont considérés comme « buveurs excessifs » ceux qui répondent oui à la question alcool dès le matin ou oui à 2 questions ou plus

Pour le tabac, l'écart entre les hommes et les femmes est plus faible que pour la consommation d'alcool. La consommation diminue avec l'âge. Les fumeurs quotidiens sont par ailleurs plus fréquemment des buveurs à risque que les non-fumeurs. Enfin 16 % des hommes et 9 % des femmes sont des anciens fumeurs quotidiens qui ne fument plus.

À titre de comparaison, ESPS 2006 répertorie relativement plus de « fumeurs réguliers » que SIP sur un champ identique : 46 % des hommes et 34 % des femmes de 20-29 ans sont dits « fumeurs réguliers », et cet écart est constaté pour toutes les classes d'âge. Cette différence est en grande partie à imputer à la différence de formulation de la question : on parle de « fumeurs réguliers » dans ESPS, alors que l'on parle de « fumeurs quotidiens » dans SIP, cette formulation étant plus spécifique.

Figure 9 : Proportions de fumeurs quotidiens selon l'âge et le sexe



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 28 % des femmes de 20-29 ans et 38 % des hommes du même âge déclarent fumer quotidiennement au moment de l'enquête.

Excès de poids

L'excès de poids correspond à l'existence d'un surpoids ou d'une obésité tels que définis selon les normes de l'OMS à partir de l'Indice de Masse Corporelle (IMC, Body Mass Index en anglais). L'IMC est défini comme le rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille (mesurée en m). Pour les personnes de 18 ans et plus, lorsque l'IMC est inférieur à 18,5, on parle de sous-poids ; un IMC compris entre 18,5 et 24,9 correspond à un poids « normal ». Si l'IMC se situe entre 25 et 29,9 on parle de surpoids ; à partir de 30, l'individu est dit obèse. En moyenne, 49 % des hommes et 33 % des femmes sont en excès de poids (surpoids ou obésité).

Tableau 5: Indice de masse corporelle selon l'âge et le sexe

pourcentage	20-29		30-39		40-49		50-59		60-74		Ensemble	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
<i>Sous poids</i>	3	9	1	9	1	6	0	3	1	2	1	6
<i>Poids normal</i>	71	73	56	66	48	63	39	56	33	49	50	61
<i>Surpoids</i>	21	11	36	16	41	20	47	27	50	33	39	21
<i>Obésité</i>	5	7	7	9	11	11	13	14	16	16	10	12

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

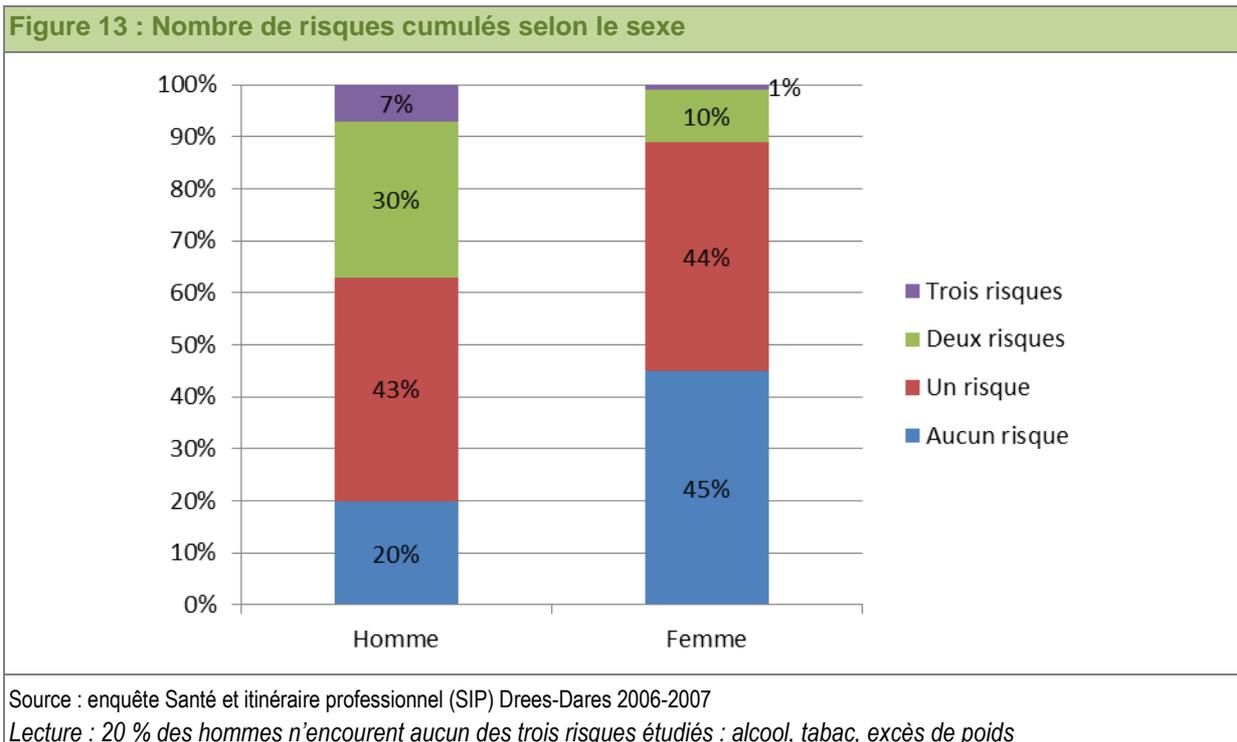
Lecture : 3 % des hommes de 20 à 29 ans sont en sous-poids

En raison des arrondis, le total des colonnes peut ne pas être égal à 100 %.

Plus l'âge est élevé, plus l'excès de poids est fréquent, chez les hommes comme chez les femmes. Les hommes sont plus fréquemment en surpoids que les femmes, quel que soit l'âge. Ces résultats sont extrêmement similaires à ceux donnés par l'enquête SPS sur la même année d'étude et la même population.

Le cumul des risques

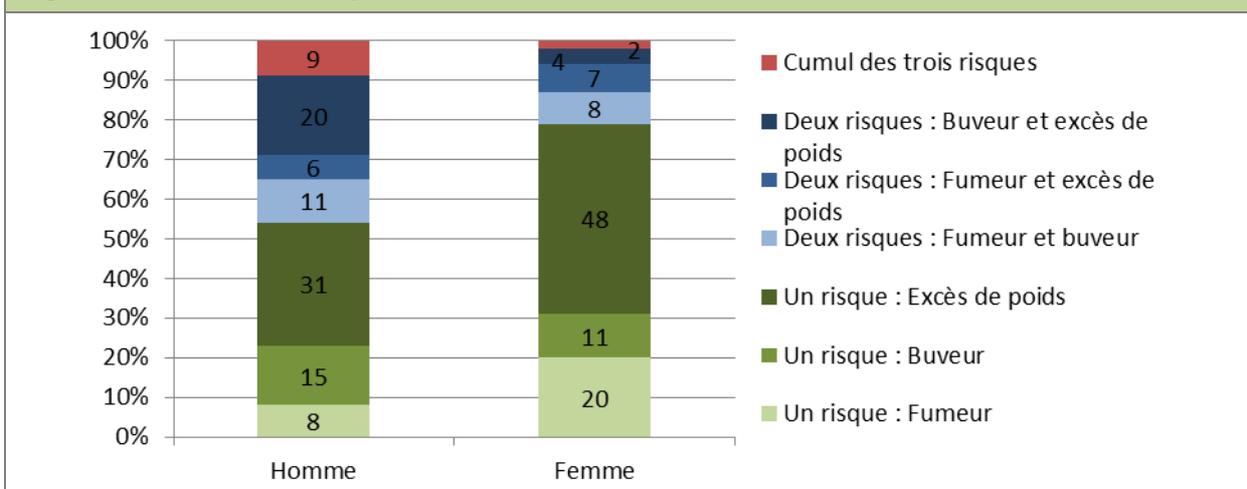
Tabac, alcool, surpoids : 79 % des hommes et 56 % des femmes sont concernés par au moins un de ces risques. L'AUDIT C a été utilisé pour déterminer les comportements à risque face à l'alcool ; les risques retenus sont ponctuels, chroniques et avec dépendance. Pour le tabac, les fumeurs quotidiens sont considérés comme à risque quelle que soit la quantité consommée.



Les femmes s'exposent moins que les hommes aux risques étudiés et, pour celles qui y sont exposées, elles les cumulent moins.

En moyenne, ESPS 2006 répertorie moins de personnes sans risque (17 % d'hommes et 40 % de femmes contre respectivement 20 % et 45 % dans SIP), et plus de personnes faisant face à 2 risques (35 % des hommes et 15 % des femmes, contre respectivement 30 % et 10 % dans SIP). Là encore une grande partie de ces divergences provient de la différence existant pour la question relative au caractère quotidien ou non de la consommation de tabac (voir paragraphe sur le tabac).

Figure 14 : Nature des risques cumulés selon le sexe



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 8 % des hommes ayant au moins un comportement à risque sont uniquement fumeurs quotidiens, 11 % sont des fumeurs quotidiens et des buveurs à risque

Ces conduites à risque ont des liens forts avec l'état de santé actuel [Lanoë et Dumontier] : « Tabagisme, abus d'alcool ou surpoids se traduisent non seulement par un état de santé objectivement moins bon mais affectent également la perception que l'on en a, indépendamment des problèmes déclarés ».

Santé mentale

Repérage des troubles de la santé mentale dans SIP

L'enquête SIP utilise une sélection de questions du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [Scheehan et al.]. Ce questionnaire, élaboré pour une passation de courte durée, est une transcription de définitions données dans le cadre de classifications répertoriant les maladies mentales. Le protocole retenu pour l'enquête SIP s'appuie sur le DSM-IV. Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a été créé en 1952 par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie). Il porte exclusivement sur les maladies mentales, à la différence de la Classification internationale des maladies (CIM 10), qui concerne l'ensemble des maladies et qui comporte un volet relatif aux maladies mentales. Le choix de ce protocole a été fait pour s'approcher d'un diagnostic ou, plus précisément, être plus sélectif et réduire le nombre de « faux positifs » au regard des critères diagnostiques [Morin].

SIP comprend les deux modules « épisode dépressif caractérisé » et « anxiété généralisée » du MINI dans leur totalité et les trois questions-filtres des trois modules « trouble panique », « agoraphobie » et « phobie sociale ». Aucune passation du MINI ne vaut diagnostic, même lorsque, comme pour les épisodes dépressifs caractérisés ou l'anxiété généralisée, le questionnement reprend intégralement le texte du MINI. Ce questionnaire relève donc plutôt de la logique des entretiens diagnostiques car il passe en revue l'ensemble des symptômes recensés dans les deux classifications DSM-IV et de la CIM10 que du questionnaire comportant une liste limitée de symptômes. Il est passé par des enquêteurs de l'INSEE et non par des professionnels de santé. Il ne peut donc déboucher sur l'établissement d'un diagnostic. En d'autres termes, les enquêtés « positifs » sur ces deux modules ne sont pas à coup sûr des « malades », au vu de leurs seules réponses au MINI [Falissard]. Cependant la post-enquête qualitative réalisée par une équipe constituée d'un psychiatre et de médecins du travail a conduit au constat qu'en règle générale les enquêtés classés après passation du MINI comme ayant connu récemment un épisode dépressif caractérisé ou un trouble d'anxiété généralisée étaient des personnes dont l'enquête qualitative permettait d'attester la souffrance psychique [Bertin et al.].

Épisodes dépressifs

Le questionnaire relatif aux épisodes dépressifs caractérisés, est le suivant :

■ **Humeur dépressive, tristesse**

« Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours? *Oui / non* » (SMINEDM1)

■ **Perte d'intérêt-anhédonie**

« Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? *Oui / non* » (SMINEDM2)

Si une des deux réponses est oui, les questions suivantes sont posées :

« Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, avez-vous vécu l'une des situations suivantes ? *Cocher dès que la réponse est « oui », plusieurs réponses positives possibles.*

■ **Troubles de l'appétit**

Votre appétit a notablement changé, ou vous avez pris du poids ou perdu du poids sans en avoir l'intention (variation au cours du mois de +/-5%, càd +/-3,5 kg pour une personne de 65 kg) (SMINEDM_1)

■ **Trouble du sommeil**

Vous aviez des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) (SMINEDM_2)

■ **Ralentissement / agitation psychomotrice**

Vous parliez ou vous vous déplaçiez plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous vous sentiez agité(e), et vous aviez du mal à rester en place, presque tous les jours (SMINEDM_3)

■ **Perte d'énergie**

Vous vous sentiez presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours (SMINEDM_4)

■ **Sentiment d'infériorité ou de culpabilité inappropriée**

Vous vous sentiez sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours (SMINEDM_5)

■ **Difficultés de concentration**

Vous aviez du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours (SMINEDM_6)

■ **Idées noires, pensées de mort**

Vous avez eu à plusieurs reprises des idées noires (comme penser qu'il vaudrait mieux que soyez mort(e)), ou vous avez pensé à vous faire du mal (SMINEDM_7)

■ *Non, vous n'avez rien fait ou ressenti de tout cela (SMINEDM_8)*

Conformément au protocole relevant du DSM-IV, les **épisodes dépressifs caractérisés** (ED) au moment de l'enquête sont identifiés de la façon suivante :

Humeur dépressive + Perte d'intérêt + au moins 3 symptômes parmi les 7

Ou

Humeur dépressive OU Perte d'intérêt + au moins 4 symptômes parmi les 7

Quand, pour un même sujet, plusieurs épisodes dépressifs surviennent, avec entre ces épisodes des phases de rémission, on parlera de « **troubles dépressifs récurrents** ».

Pour repérer les troubles dépressifs récurrents, 2 questions sont donc posées dans SIP aux enquêtés qui sont identifiés comme sujets à un épisode dépressif caractérisé :

- « Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? (*oui / non*) » (SMINEDM4).

Et si oui :

- « Cette fois-ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ? (*oui / non*) » (SMINEDM5).

Une réponse positive à ces deux questions permet d'identifier un profil de troubles dépressifs récurrents.

Troubles anxieux généralisés

Le questionnaire relatif aux troubles anxieux généralisés (TAG) est le suivant :

- « Au cours des six derniers mois,
 - avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien,
 - vous êtes-vous senti(e) excessivement préoccupé(e), inquiet(inquiète), anxieux(se) pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison ou à propos de votre entourage ? (SMINANX1)

Si oui :

- « Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ? » (SMINANX2)

Si oui :

- « Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ? » (SMINANX3)

Si oui :

- « Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet (inquiète), anxieux (se), vous arrivait-il souvent :
 - De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ? (SMINANX_1)
 - D'avoir les muscles tendus ? (SMINANX_2)
 - De vous sentir fatigué(e), faible ou facilement épuisé(e) ? (SMINANX_3)
 - D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? (SMINANX_4)
 - D'être particulièrement irritable ? (SMINANX_5)
 - D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ? (SMINANX_6)
 - Non, rien de tout cela » (SMINANX_7)

Conformément au protocole relevant du DSM-IV, **les troubles anxieux généralisés (TAG)** sont repérés dans le questionnaire SIP par **une réponse positive aux trois questions initiales** : « trop de soucis, préoccupé », « préoccupations tous les jours » et « difficulté à contrôler cette préoccupation » **associée à trois réponses minimum parmi les 6 symptômes** : agitation / tension musculaire / fatigue / difficulté de concentration / irritabilité / perturbation du sommeil.

Les autres troubles anxieux

Les troubles anxieux associés sont repérés par les questions suivantes⁷ :

■ **Trouble panique**

« Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) SUBITEMENT très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e), même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? » (SMINTRP)

■ **Agoraphobie**

« Êtes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme :

- être dans une foule, dans une file d'attente (une queue),
- être loin de votre domicile ou seul(e) à la maison,
- être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? » (SMINAGOR)

■ **Phobie sociale**

« Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple :

- lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens,
- manger avec des gens ou manger en public,
- ou bien encore écrire lorsqu'on vous regardait ? » (SMINPHSO)

Résultats observés dans SIP

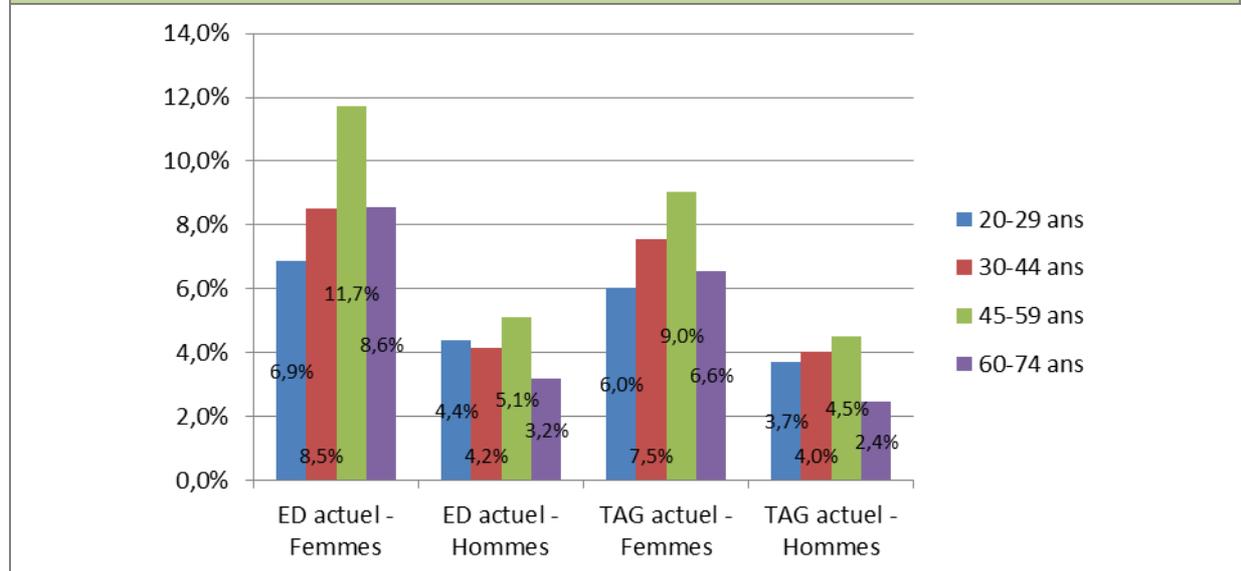
Selon les critères du DSM-IV évalués par la version du MINI choisie pour SIP, 6,8 % de la population enquêtée présente un épisode dépressif caractérisé actuel. Parmi elles, 45 % présentent un trouble dépressif récurrent. Selon ces critères, 5,7 % de la population présentent un trouble anxieux généralisé.

Comme attendu, ce résultat diffère de ceux issus de l'enquête Santé mentale en Population Générale⁸ (11 % d'épisodes dépressifs en cours et 13 % de TAG). L'algorithme de Santé mentale en Population Générale (SMPG) s'appuie en effet sur une version CIM-10 (et non DSM-IV) du MINI et détecte du coup plus facilement une dépression ou un TAG. *A contrario*, la comparaison avec les résultats de l'enquête « Événements de vie et santé » (EVS), réalisée sur la même période, également en population générale, avec un protocole identique, fait apparaître des résultats extrêmement proches (Beck et al.).

⁷ Ces questions n'ont pas été posées dans la vague 2010 de SIP

⁸ Cette enquête s'est déroulée sur 44 sites entre 1999 et 2003 en France métropolitaine et a permis la constitution par la méthode des quotas d'un échantillon de 37 000 observations. Elle décrit les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estime la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans. [Bellamy].

Figure 15 : Prévalence des épisodes dépressifs caractérisés en cours et des troubles anxieux généralisés, selon l'âge et le sexe



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 11,7 % des femmes de 45-59 ans présentent un épisode dépressif caractérisé au moment de l'enquête, contre 5,1 % des hommes du même âge.

Comme dans les autres enquêtes, les épisodes dépressifs caractérisés sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Cet écart est probablement en partie explicable par un comportement de sous-déclaration des hommes, ceux-ci portant un regard négatif sur l'individu dépressif (Leroux et Morin). L'écart est encore plus fort entre 45 et 59 ans, avec un pic de fréquence particulièrement visible chez les femmes⁹. En effet, 11,7 % des femmes de 45-59 ans présentent un ED actuel contre 6,9 % des femmes de 20-29 ans et 5,1 % des hommes de 45-59 ans. La fréquence des ED constatés chez les hommes varie peu avec l'âge, excepté après 60 ans. Cette fréquence réduite des ED détectés passé 60 ans est également observée chez les femmes. Là encore on peut s'interroger sur une éventuelle sous-déclaration des plus âgés.

En effet, dans SIP, comme dans d'autres enquêtes, à sexe, formation, et situation professionnelle identiques, les personnes âgées de 60 à 75 ans sont moins vulnérables aux troubles dépressifs que les plus jeunes.

Pour les troubles anxieux généralisés, on constate des différences de même nature : plus grande fréquence chez les femmes et fréquence moins élevée après 60 ans.

Tableau 6 : Cumul d'épisodes dépressifs caractérisés et de troubles anxieux généralisés

État de santé mentale	Pas d'ED actuel	ED actuel
Pas de TAG actuel	90,1 %	4,1 %
TAG actuel	3,0 %	2,7 %

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 3 % des personnes présentent un trouble anxieux généralisé mais pas d'épisode dépressif caractérisé au moment de l'enquête.

⁹ L'ensemble des écarts évoqués dans ce paragraphe est significatif au seuil de 5 %

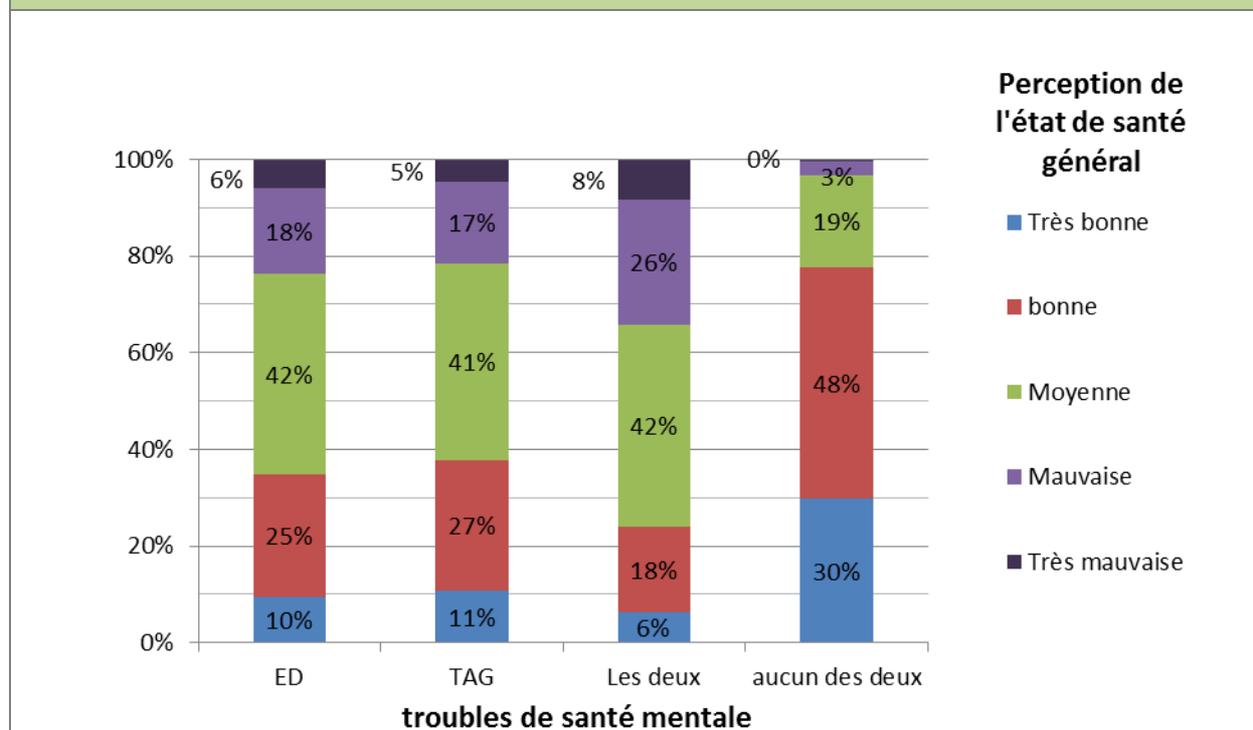
Au total, une personne sur 10 souffre de troubles dépressifs ou d'anxiété généralisée. Par ailleurs, ED et TAG se cumulent souvent : la moitié des personnes présentant un TAG présente également un ED actuel, soit 2,7 % de la population générale. Parmi les personnes présentant l'un de ces deux troubles de la santé mentale, 28 % souffrent à la fois d'un ED et d'un TAG.

Les troubles anxieux associés, repérés dans SIP par une question unique, sont beaucoup plus éloignés d'un diagnostic clinique que pour les épisodes dépressifs caractérisés et l'anxiété généralisée. C'est pourquoi on trouve dans SIP une plus grande fréquence de cas détectés que la prévalence observée des pathologies concernées en population générale :

- 18 % des enquêtés ont présenté des attaques de panique à plusieurs reprises au cours de leur vie ;
- 17 % des enquêtés présentent actuellement des symptômes d'agoraphobie ;
- 9 % des enquêtés ont présenté des symptômes de phobie sociale au cours du mois précédant l'enquête.

Enfin, la santé mentale des individus interagit avec leur état de santé perçu : les personnes présentant au moment de l'enquête des troubles de la santé mentale tels qu'un épisode dépressif caractérisé ou un trouble anxieux généralisé jugent également plus souvent leur santé mauvaise ou très mauvaise : 45 % des personnes qui perçoivent leur état de santé comme très mauvais présentent un état dépressif caractérisé actuel. Il faut être prudent dans l'interprétation de ces relations : l'enquête SIP ne fournit aucun élément immédiat pour apprécier des causalités et ne permet pas de préciser en première analyse si ce lien renvoie au fait qu'un état de santé général dégradé expose particulièrement à des troubles dépressifs ou anxieux, ou si un épisode dépressif caractérisé ou une anxiété généralisée conduit les personnes qui en souffrent à déclarer plus fréquemment une perception négative de leur état de santé en général.

Figure 16 : Perception de l'état de santé général selon les troubles de santé mentale



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

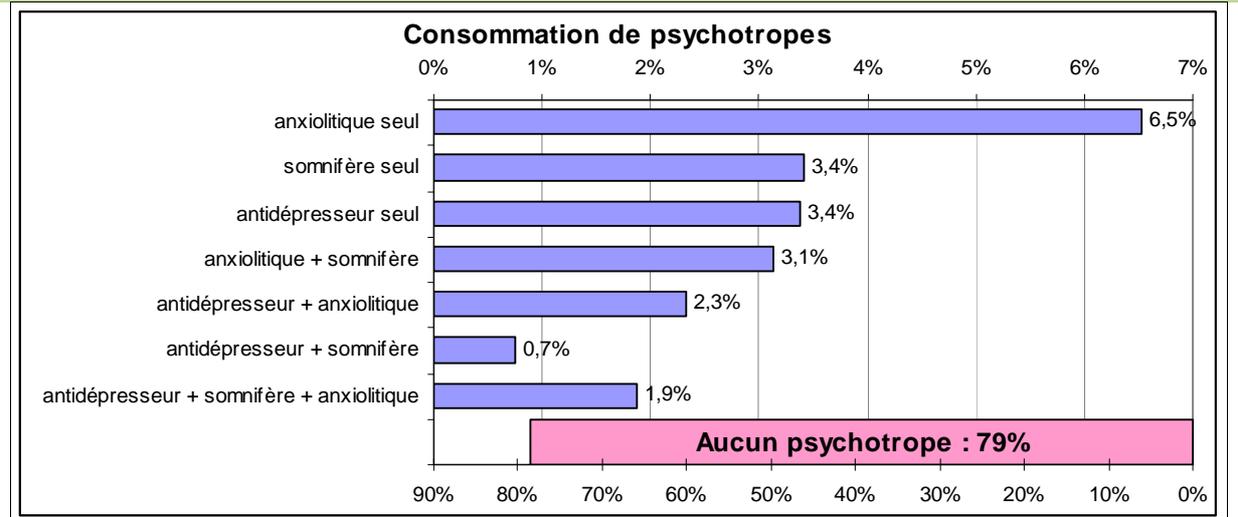
Lecture : Parmi les personnes présentant un ED, 10 % se déclarent en très bonne santé, 25 % en bonne santé, 42 % en moyenne santé, 18 % en mauvaise santé, et 6 % en très mauvaise santé.

En raison des arrondis, le total des colonnes peut ne pas être égal à 100 %.

Par ailleurs, il peut être intéressant de rapprocher l'état de santé de la consommation de psychotropes. Dans SIP, cette dernière est approchée par les questions :

« Au cours des douze derniers mois avez-vous pris des médicaments de la [liste de produits présentée sur une carte] ? *Jamais ou rarement / une ou plusieurs fois par mois / une ou plusieurs fois par semaine / tous les jours* »
Étaient alors présentées successivement les listes de l'ensemble des produits disponibles sur le marché au cours de l'année 2006 dans les 3 grands groupes de psychotropes : antidépresseurs, somnifères ou anxiolytiques (SANXIO, SMEDORM, SMETRANQ)

Figure 10 : Consommation de psychotropes



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 6 % des personnes enquêtées consomment seulement un anxiolytique

79 % des individus interrogés dans SIP n'ont pris aucun psychotrope (antidépresseur, somnifère ou anxiolytique) au cours des 12 derniers mois. Parmi les consommateurs, un tiers a pris un anxiolytique seul, un autre tiers un anxiolytique associé un autre médicament.

Là aussi, l'interprétation de ces résultats demande une grande prudence. Le type du psychotrope est identifié par la fonction principale du médicament pris. Certains médicaments sont pris à la fois comme anxiolytique et comme antidépresseur. De ce fait, il n'est pas possible d'identifier pour chaque personne, la finalité de l'utilisation du médicament, et en particulier, de vérifier s'il correspond au trouble mental éventuellement détecté par le MINI.

Néanmoins, il apparaît logiquement que les personnes présentant un ED ou un TAG consomment globalement plus de psychotropes que la moyenne.

Tableau 7 : Consommation de psychotropes et état de santé mentale (ESM)

	aucun	antidépresseur	anxiolytique	somnifère
ni ED, ni TAG	82 %	6 %	11 %	8 %
ED seul	52 %	27 %	33 %	22 %
TAG seul	49 %	26 %	36 %	20 %
ED et TAG	33 %	42 %	52 %	34 %

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 52 % des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé ne consomment aucun psychotrope

18 % des personnes ne présentant ni épisode dépressif caractérisé actuel, ni trouble de l'anxiété généralisée consomment des psychotropes. Cette consommation peut correspondre à un traitement particulièrement approprié qui aurait pour effet une atténuation des troubles pour lesquels ils ont été prescrits.

A l'opposé, près de la moitié des individus souffrant d'un ED ou d'un TAG ne prennent pas de traitement médicamenteux. De même, un tiers des individus présentant à la fois un ED et un TAG ne consomme aucun psychotrope. Il peut s'agir d'une méconnaissance, d'un déni de ces maladies, ou, dans le cas des TAG, du recours à une psychothérapie sans traitement médicamenteux.

■ APPROCHE BIOGRAPHIQUE : LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ DANS SIP

Mode de recueil des événements de santé

Dans l'enquête SIP, l'inventaire des événements de santé passés et présents n'est pas exhaustif. Pour une raison de durée d'entretien et de pertinence, l'accent a été mis sur ce qui susceptible d'avoir un lien avec la vie professionnelle : ce qui est grave ou ce qui est reconnu comme ayant un impact sur l'emploi ou le travail.

En outre, le recueil d'informations sur les événements de santé n'est pas concentré à un endroit unique du questionnaire. Tout d'abord, des événements de santé ont pu être évoqués (sans être décrits, voire même nommés à ce stade de l'enquête) au cours de l'interrogation biographique initiale : ceux qui avaient marqué l'enfance, ceux qui avaient conduit à une interruption d'études ou d'apprentissage, ceux qui avaient un lien avec les étapes de l'itinéraire professionnel (changements d'emploi, changements de contenu ou conditions de travail, prolongement d'une période d'inactivité, arrêt de la recherche d'emploi, arrêts de travail de plus de 6 mois,...). Ensuite, la partie santé du questionnement commençait par la passation du mini-module européen. Puis l'inventaire commençait par la liste des maladies chroniques évoquées dans ce module, avant de reprendre la totalité des événements cités lors de la partie rétrospective. Enfin, l'enquêté était invité à dresser la liste d'autres événements de santé qu'il n'avait pas spontanément évoqués au cours de la rétrospective biographique, comme des «maladies graves ou des maladies qui ont perturbé sa vie professionnelle». Au-delà des maladies, l'enquêté pouvait au cours du recueil biographique mentionner des symptômes ne relevant pas nécessairement d'un diagnostic, comme des douleurs lombaires ou des troubles du sommeil. Ceux-ci peuvent en effet témoigner de troubles de santé mineurs, pouvant ou non s'avérer annonciateurs de difficultés de santé plus graves. Les accidents et handicaps étaient relevés selon le même protocole.

Après cet inventaire et la datation de chaque événement cité par l'enquêté, la plupart des événements sont repris et évoqués de façon détaillée. Toujours afin de limiter la durée totale d'entretien, les troubles de réfraction corrigés et l'hypercholestérolémie ont été exclus du questionnement détaillé. Pour la même raison, quand l'enquêté avait cité plus de 3 événements de santé non évoqués dans le cadre de la description de l'itinéraire professionnel (changements d'emploi, changements de contenu ou conditions de travail, prolongement d'une période d'inactivité, arrêt de la recherche d'emploi), il était invité à sélectionner des événements et à en choisir au plus 3, ceux qui lui semblaient les plus liés à sa vie professionnelle, qu'il s'agisse de causes ou de conséquences. C'est à ce champ plus restreint que s'applique alors le questionnement détaillé, événement par événement.

Ce questionnement détaillé était principalement centré sur un éventuel lien causal avec la situation professionnelle ainsi que sur les conséquences : arrêt de travail, séquelles, traitement actuel, effet sur la vie professionnelle et, le cas échéant, reconnaissances officielles.

MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCOMPTÉS DANS SIP 2006

Au total 13 075 maladies ou problèmes de santé ont été cités par les enquêtés dans l'approche biographique. Parmi eux, 423 cas d'hypercholestérolémie et 235 troubles de la réfraction sans problème de correction ont été exclus automatiquement de l'interrogation approfondie. Et la sélection proposée aux enquêtés a conduit à exclure de la suite de l'enquête 1 996 autres maladies et problème de santé déjà inventoriés parmi ceux qui n'avaient pas été spontanément évoqués au cours de la rétrospective biographique. Au total, 20% de ces événements de santé n'ont pas fait l'objet de la description détaillée événement par événement.

Tableau 8 : Nombre moyen d'événements de santé déclarés¹⁰

	Ens.	Hommes	Femmes	20-29	30-39	40-49	50-59	60-74
Nombre de maladies	0,9	0,8	1,0	0,5	0,5	0,8	1,1	1,5
<i>dont en cours au moment de l'enquête</i>	0,7	0,6	0,8	0,4	0,4	0,6	0,9	1,2
Nombre d'accidents	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Nombre de handicaps	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Nombre total d'événements, hors doublon (décompte : 1 si l'enquêté a déclaré une maladie (ou un accident) puis un handicap consécutif)	1,2	1,1	1,2	0,7	0,8	1,1	1,5	1,8

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : les personnes enquêtées déclarent en moyenne 1,2 maladie, accident, et handicap non lié à ces maladies ou accidents au cours de leur vie, et 0,7 maladie en cours au moment de l'enquête.

Assez logiquement, ce sont les plus âgés qui indiquent le plus d'événements de santé. Les maladies sont nettement plus courantes que les accidents ou les handicaps.

Les événements recueillis

Dans ce chapitre, les événements de santé relatés par les enquêtés seront abordés selon les regroupements utilisés au cours du déroulement de l'enquête : maladies, puis accidents et enfin handicaps

Les maladies

Les maladies inventoriées¹¹ sont chroniques ou non, terminées ou encore en cours au moment de l'enquête. Nous disposons également de la date d'apparition de la maladie¹² ainsi que d'un libellé et d'un code de la maladie donné par l'enquêté (carte des maladies). À partir de ces informations, la maladie a pu être codée selon la nomenclature CIM. Cependant, les libellés de maladies sélectionnés sur la carte proposée et les détails complémentaires apportés par les enquêtés ne permettent pas toujours d'utiliser les arborescences fines de cette nomenclature.

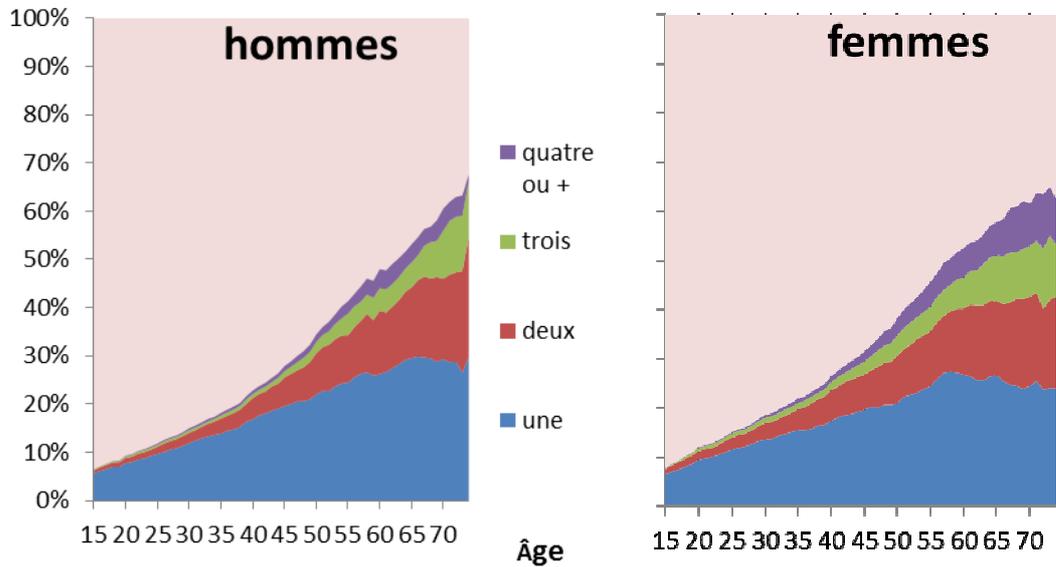
44 % des enquêtés ont déclaré avoir eu au moins une maladie dans le cadre du recueil biographique et 37 % ont une maladie en cours au moment de l'enquête. Les femmes déclarent plus de maladies que les hommes. Le nombre de maladies déclarées croît avec l'âge. À partir de 60 ans, plus de la moitié des personnes déclarent au moins une maladie.

¹⁰ Avant la sélection évoquée précédemment

¹¹ Les résultats présentés dans ce document concernent l'ensemble des événements de santé avant exclusion de certains d'entre eux pour la suite de l'enquête

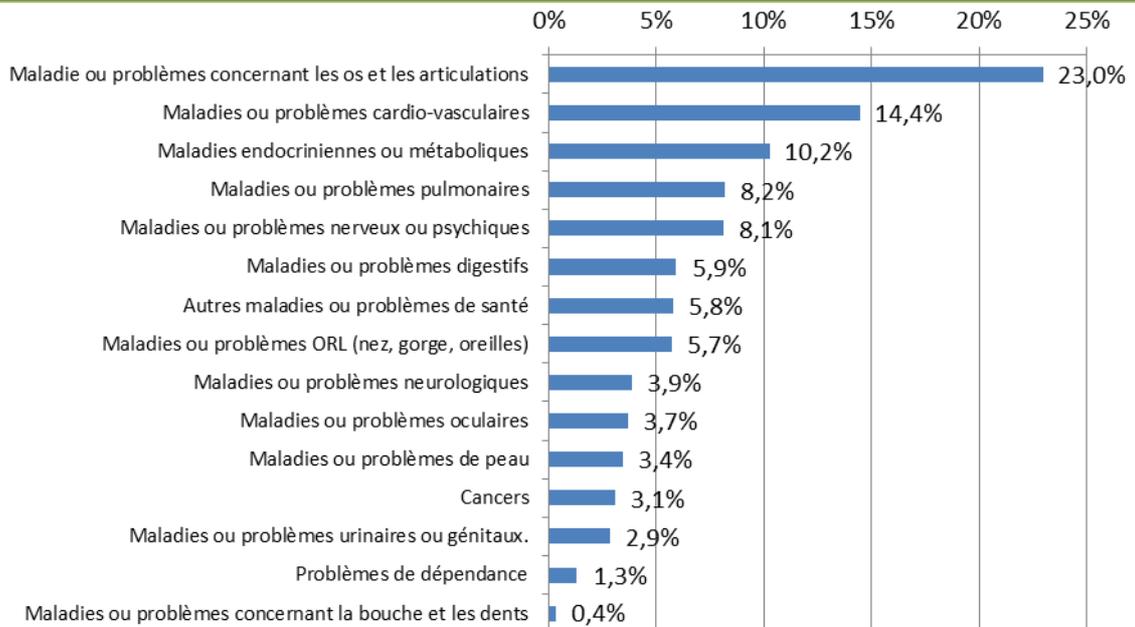
¹² Date d'apparition ou de diagnostic, selon l'appréciation de l'enquêté.

Figure 18 : proportion de personnes déclarant des maladies, pour tous les âges vécus de 15 à 74 ans



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
 Lecture : à 35 ans, 1 % des individus ont au moins quatre maladies en cours, 1 % trois maladies, 4 % deux maladies, 15 % une seule maladie et 80 % des personnes n'avaient aucune maladie.

Figure 19 : Principales maladies déclarées



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
 Lecture : les maladies ou problèmes cardiovasculaires représentent 14 % des maladies recensées. Plusieurs réponses étant possibles et comme ce graphe ne présente que les principales maladies déclarées, le total ne fait pas 100 %.

Les maladies ou problèmes concernant les os et les articulations sont les plus cités dans SIP. Ce regroupement représente quasiment un quart des maladies déclarées. Il s'agit principalement (33 %) de sciatiques, lumbago, douleurs lombaires ou hernies discales. Cette catégorie recoupe les troubles musculo-squelettiques (TMS) qui sont en cause dans beaucoup d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Les accidents

Par construction, les accidents sont ponctuels et donc terminés.

Pour chaque accident, la relation avec la situation de travail est approchée par 3 questions qui visent à cerner :

■ Les circonstances

« S'agit-il :

1. d'un accident pendant le trajet entre le domicile et le lieu de travail
2. d'un autre accident de travail
3. d'un autre accident ? » (SNATACC)

■ Les causalités perçues

« Selon vous, les circonstances de cet accident sont-elles liées à vos conditions de travail ? *Sans objet : vous étiez enfant, vous étiez déjà retraité ou inactif, vous n'avez jamais travaillé / oui / non* » (STRAVACC)

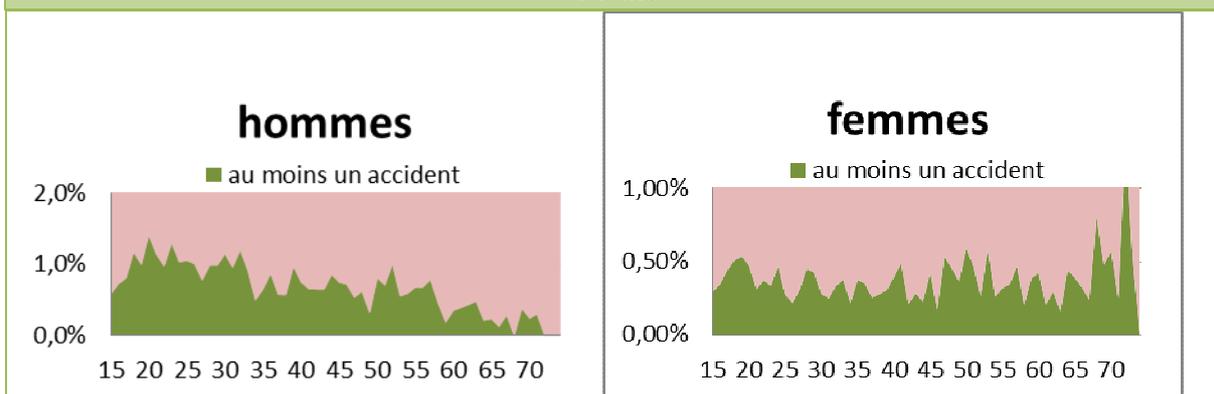
Et après cette question posée à tous les accidentés, si la réponse était oui, une 3^{ème} question était posée :

■ Reconnaissance

« S'agit-il :

1. d'un accident du travail reconnu par la sécurité sociale
2. d'un accident du travail signalé à l'employeur mais non reconnu par la sécurité sociale
3. d'un accident du travail déclaré mais en attente de décision (de reconnaissance)
4. d'un autre cas ? » (SMADACC)

Figure 20 : Proportion de personnes déclarant des accidents, pour tous les âges vécus, de 15 à 74 ans



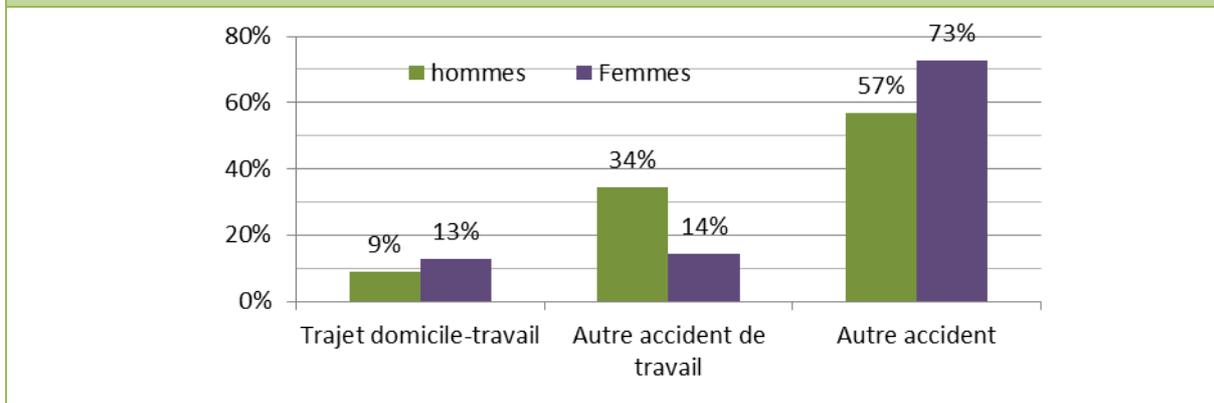
Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007 - recueil biographique

Lecture : 1,2 % des hommes et 0,3 % des femmes ont eu au moins un accident au cours de leur 35^{ème} année.

Beaucoup moins fréquents que les maladies, les accidents n'ont concerné que 18 % des enquêtés. À tout âge vécu entre 15 et 55 ans, les hommes ont plus d'accidents que les femmes ; ces résultats sont cohérents avec le sexe ratio de 1,9 constaté entre 15 et 64 ans pour les accidents de la vie courante dans le rapport DREES sur l'état de santé des femmes de 2009 et avec un sexe ratio du même ordre sur la fréquence des accidents du travail et de trajet. Les hommes cumulent aussi plus souvent les accidents (4 % des hommes ont eu plus de deux

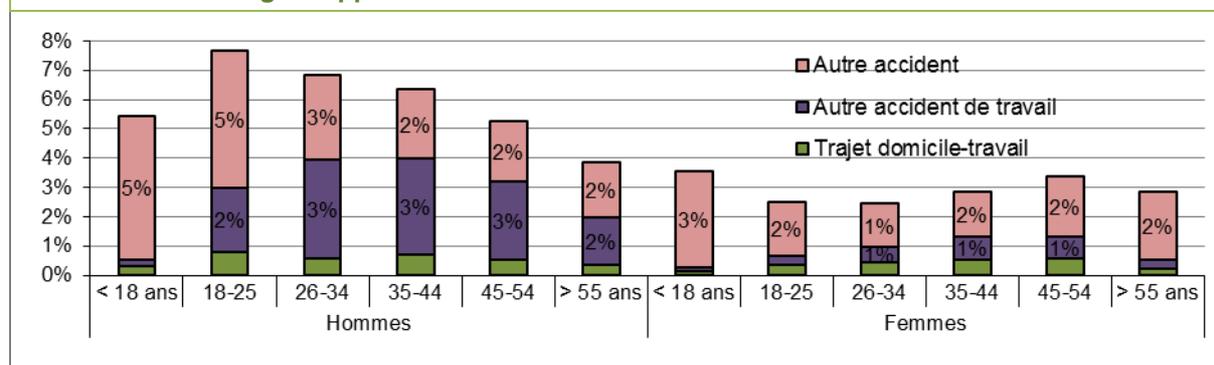
accidents, contre 2 % des femmes). Là encore, le cumul d'accidents est nettement moins fréquent que le cumul de maladies.

Figure 21 : Répartition des accidents déclarés dans l'enquête, par circonstance des accidents



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
Lecture : les accidents survenus sur le trajet entre le domicile et le travail constituent 9 % des accidents déclarés par les hommes et 13 % des accidents déclarés par les femmes.

Figure 22 : Proportion de personnes déclarant un accident par circonstance des accidents, selon le sexe et l'âge d'apparition



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
Lecture : chaque année pour 100 hommes entre 18 et 25 ans en moyenne 1 accident est survenu pendant un trajet domicile-travail, 2 accidents du travail sont survenus hors trajet et 5 accidents ont eu lieu dans d'autres circonstances.

Les accidents déclarés par les enquêtés sont majoritairement des accidents autres que des accidents de travail. Mais entre 26 et 54 ans, la moitié des accidents des hommes sont des accidents de travail. Chez les femmes, quel que soit l'âge, la majorité des accidents ne sont pas en relation avec le travail ni avec le trajet domicile-travail

Parmi les accidents considérés par les enquêtés comme « liés à leurs conditions de travail »¹³, 5,3 % ne sont pas déclarés à la sécurité sociale ni signalés à l'employeur, et 4 % sont des accidents du travail signalés à l'employeur mais non reconnus par la sécurité sociale. Entre 2000 et 2006, les déclarations des enquêtés dans

¹³ Variable STRAVACC=1

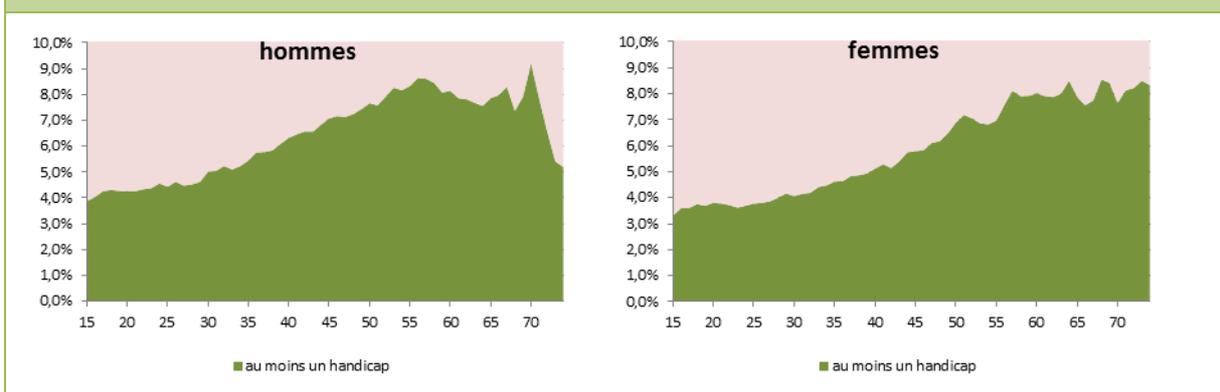
SIP correspondent après pondération à 110 000 accidents du travail (hors trajets) reconnus par la Sécurité sociale en moyenne chaque année. Ce nombre peut être rapproché des 728 897 accidents du travail reconnus en 2007 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), organisme d'assurance du régime général de sécurité sociale, et ayant occasionné au moins une journée d'arrêt de travail¹⁴. Il est bien en-dessous de la réalité et traduit une sélection par les enquêtés, notamment sur un critère de gravité. En effet, les enquêtés déclarent que près de 26 % des accidents du travail proprement dits qu'ils recensent dans SIP et la même proportion d'accidents survenus sur le trajet domicile-travail ont pour conséquence un handicap. Or, seul un accident du travail reconnu par la CNAMTS sur quinze a occasionné des séquelles permanentes, évaluées par l'attribution, par un médecin de la CNAMTS, d'un taux dit d'incapacité partielle permanente (IPP) [Euzenat]. L'ordre de grandeur du nombre annuel des handicaps liés aux accidents du travail déclarés dans l'enquête (environ 30 000) est nettement plus cohérent avec les données de la CNAMTS (de l'ordre de 45 000). Et la sélection des accidents du travail déclarés par les enquêtés est donc apparemment très dépendante des conséquences de ceux-ci. L'« invisibilité » des accidents du travail a été étudiée de façon approfondie dans le cadre d'une post enquête réalisée en 2008 [Amossé, Daubas-Letourneux et al.].

Les handicaps

Sont appelés « handicaps » les périodes avec un handicap ou une malformation cités spontanément comme tels par les enquêtés indépendamment d'une éventuelle reconnaissance administrative. Cette définition inclut donc des handicaps très divers parmi lesquels on peut citer : hernie discale, surdité, membre dans le plâtre, etc. Certains des handicaps cités peuvent être réversibles.

13 % des personnes ont déclaré au moins un handicap, qui est encore en cours au moment de l'enquête pour la moitié d'entre eux. Le plus souvent, c'est un accident qui est à l'origine du handicap. Les enquêtés avaient en effet la possibilité de déclarer un handicap comme causé par une maladie ou un accident. Dans ce cas-là, les questions sur les handicaps étaient plus légères, en considérant que les liens avec le travail étaient les mêmes que pour la maladie ou l'accident à l'origine du handicap : 37 % des handicaps sont causés par un accident décrit dans SIP et 18 % sont causés par une maladie décrite dans SIP.

Figure 23 : Proportion de personnes déclarant des handicaps, pour tous les âges vécus de 15 à 75 ans



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : à 35 ans, 5,4 % des hommes et 4,6% des femmes avaient lors de leur 35^{ème} année au moins un handicap.

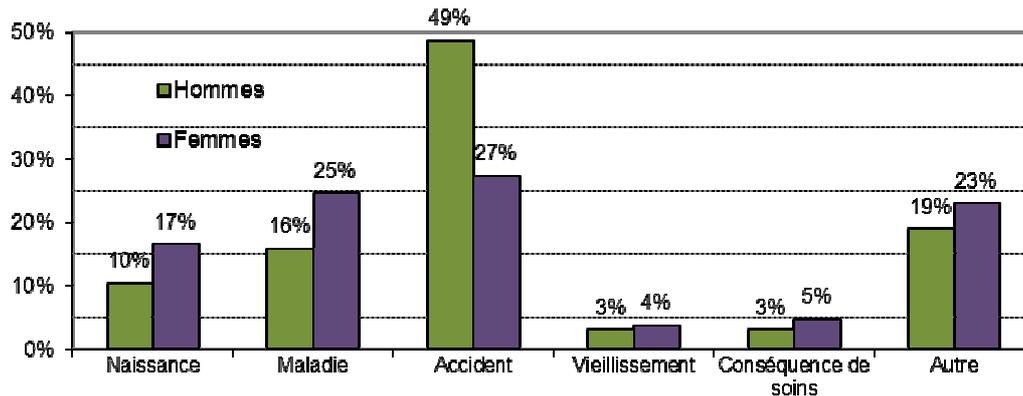
¹⁴ Statistiques disponibles sur le site :

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Tableaux%20de%20synthese%20de%20la%20sinistralite%202007.pdf

A la question : « *Quelle est l'origine de ce handicap?* » (SORIGHAN), les hommes répondent majoritairement « un accident ». Pour les femmes, accidents et maladies concourent à part égale à l'apparition d'un handicap.

En réponse à la question : « *Quel type de problèmes, liés à ce handicap, rencontrez-vous ?* » (SHANTYP), il apparait que les troubles liés aux handicaps sont majoritairement des douleurs.

Figure 24 : origine des handicaps



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : 16 % des handicaps des hommes et 25 % des handicaps des femmes ont pour origine une maladie.

Tableau 9 : Troubles liés aux handicaps

	hommes	femmes
Douleurs	52,7 %	53,3 %
Troubles moteurs	39,3 %	32,3 %
Fatigue importante	21,8 %	27,6 %
Troubles visuels	6,8 %	7,8 %
Troubles du comportement	7,1 %	7,5 %
Troubles auditifs	5,1 %	5,0 %
Troubles intellectuels	4,5 %	2,8 %
Autre	12,8 %	15,0 %

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
 Lecture : chez les hommes, 52,7 % des handicaps sont associés à des douleurs

Cumul des événements

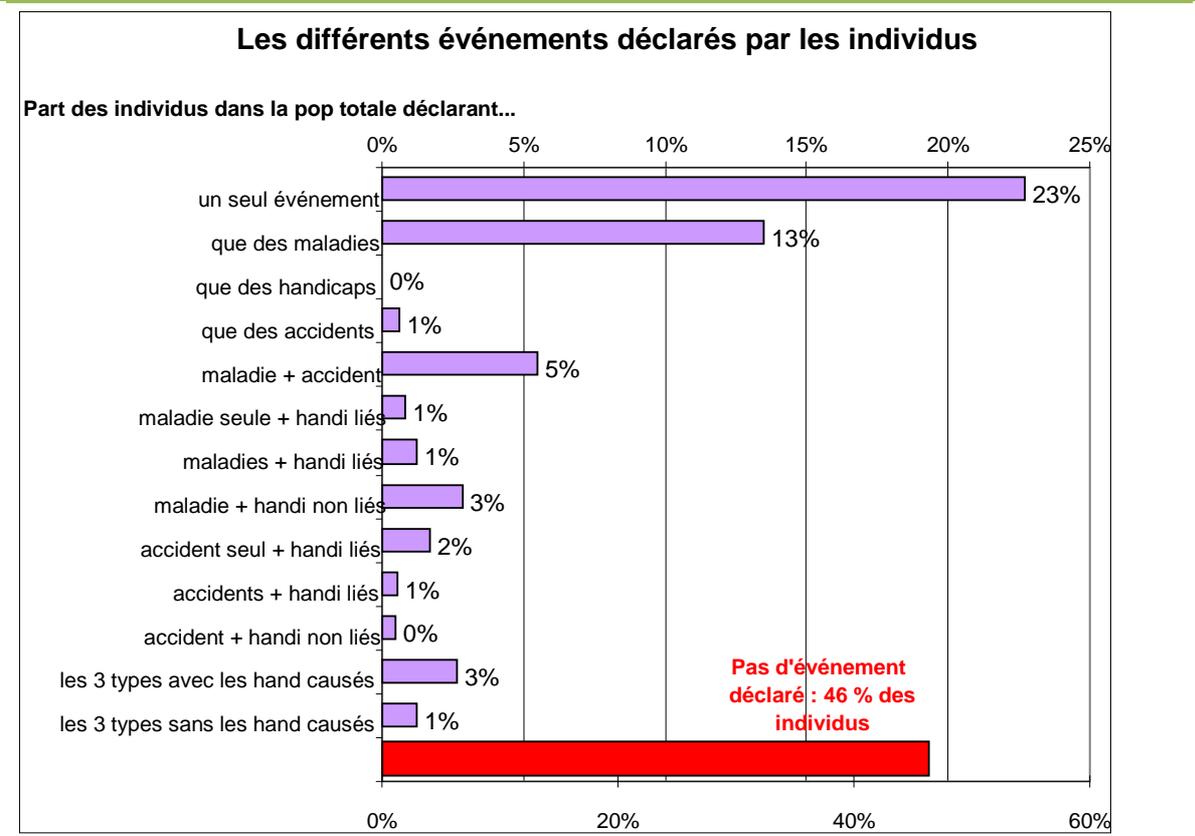
Tableau 10 : répartition des événements déclarés selon leur fréquence

nombre d'événements	% d'individus déclarant :			
	Maladie	Accident	Handicaps non liés	Handicaps (tous)
<i>aucun</i>	56	82	94	87
<i>un</i>	22	15	6	11
<i>deux</i>	11	2	0,5	1
<i>trois et plus</i>	11	0,7	0,1	0,4

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique
 Lecture : 56 % des personnes enquêtées ne déclarent aucune maladie au cours du recueil biographique, 22 % en déclarent une

Dans le recueil biographique de l'enquête SIP, 44 % des individus ont déclaré au moins une maladie, et pour moitié d'entre eux deux ou plus. Rappelons que les critères de sélection étaient la gravité ou le lien avec l'itinéraire professionnel. 18 % des individus ont déclaré au moins un accident, dont majoritairement (83 %) un seul. 13 % des individus déclarent au moins un handicap. La moitié des handicaps étant déclarés comme causés par une maladie ou un accident déjà cités, seuls 6 % des individus déclarent un handicap sans le lier à un autre événement de santé.

Figure 25 : les différents événements déclarés par les individus



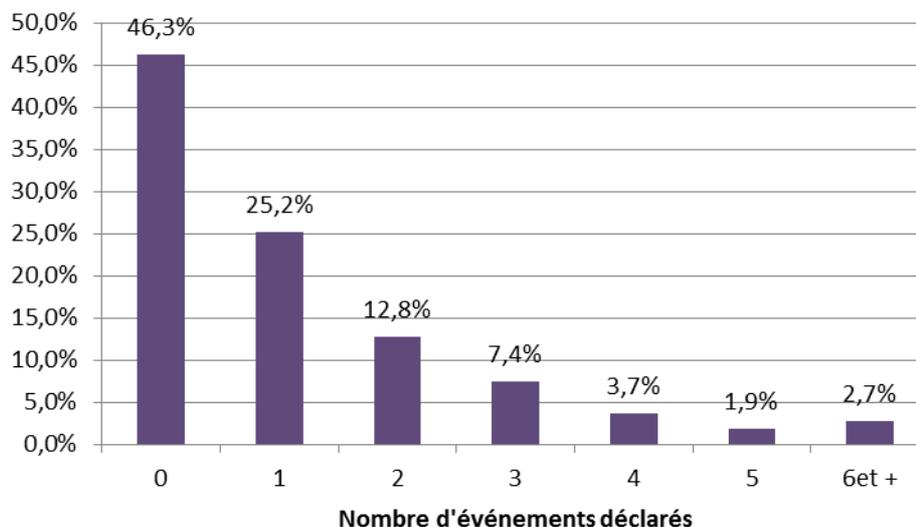
Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : 23 % des enquêtés ne déclarent qu'un seul événement de santé ; 46 % de la population n'en déclare aucun.

La figure 25 donne des repères sur les différentes combinaisons d'événements et de causalités du handicap. Pour **identifier les cumuls d'événements de santé**, il faut prendre une option sur la façon de décompter des handicaps liés à une maladie ou à un accident. Dans la figure 26, on a fait le choix de décompter une seule fois maladie et handicap (ou accident et handicap) lorsqu'ils sont liés. Avec cette convention, 29 % des individus cumulent au moins deux événements de santé.

Il faut en outre avoir en tête qu'un indicateur de décompte d'événements de santé ne tient pas compte des différences de gravité entre les événements qui sont additionnés.

Figure 26 : nombre d'événements cumulés



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : 25,2 % des individus déclarent un seul événement de santé (problème de santé, accident, handicap non lié à un autre événement déjà cité)

Limites du recueil des événements

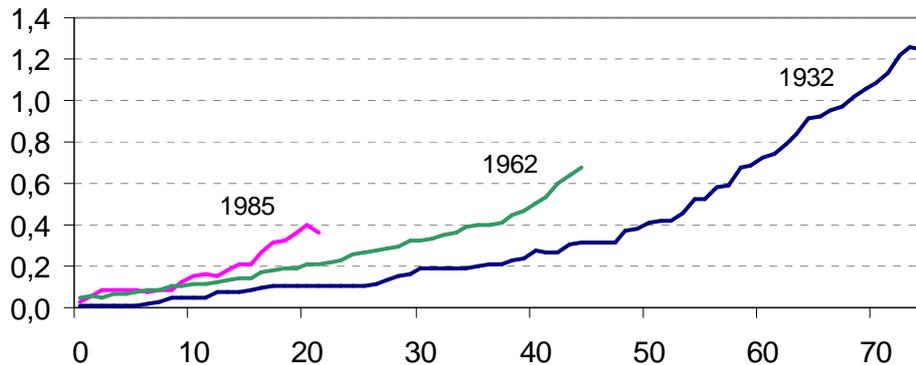
Contrairement à la rétrospective sur l'itinéraire professionnel, le recueil des événements de santé ne comporte pas de contrôle systématique, et est fortement lié au comportement de déclaration des enquêtés.

Biais de sous-déclaration

Ce phénomène est très classique dans les enquêtes déclaratives sur la santé [Dauphinot et al.]. Les enquêtes qualitatives réalisées à la suite de l'enquête révèlent une sous-déclaration des événements de santé [Bertin et al., Caroly et Cholez]. Les événements les plus anciens ne sont pas tous cités, en particulier les accidents. Les problèmes de santé mentale ainsi que les TMS sont parfois omis. Certains événements sont passés sous silence parce qu'ils sont considérés par les enquêtés comme les risques classiques du métier, même s'ils peuvent avoir eu des conséquences importantes. Ces constats incitent donc à considérer ces déclarations comme un minorant de la réalité.

Biais de mémorisation ou de remémoration

En outre, la déclaration d'événements de santé dépend de l'âge de l'enquêté. En comparant les déclarations d'événements à un âge donné, pour les différentes générations d'enquêtés, on s'aperçoit que les plus jeunes déclarent davantage d'événements, alors même que les générations les plus récentes sont moins exposées à certains risques comme les maladies infectieuses relevant de la vaccination.

Figure 27 : nombre moyen d'événements en cours à chaque âge, selon l'année de naissance

Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007- recueil biographique

Lecture : les personnes nées en 1985 déclarent avoir eu, en moyenne, 0,4 événements de santé à l'âge de 20 ans, contre 0,2 événements pour les personnes nées en 1962 et 0,1 pour les personnes nées en 1932.

Le nombre d'événements que les personnes déclarent à un âge donné est plus élevé chez les générations les plus jeunes. Ce constat est valable y compris pour les événements apparus dans les premières années de la vie. L'écart est encore plus fort pour les événements les plus récents, qui sont plus fréquemment déclarés. De plus, jusqu'à 45 ans, on observe un pic de déclaration pour les personnes ayant l'âge le plus proche de cette période d'apparition. Ainsi, 17 % des personnes âgées de 16 à 30 ans au moment de l'enquête déclarent au moins un événement de santé apparu entre un et 15 ans, contre 12 % des personnes de 31 à 45 ans et 9 % des 46-60 ans. La faible fréquence déclarée par les plus âgés relève vraisemblablement à la fois d'un biais de remémoration et d'un véritable effet de sélection : les plus de 60 ans survivants sont ceux dont la santé a été moins affectée par des événements graves de santé.

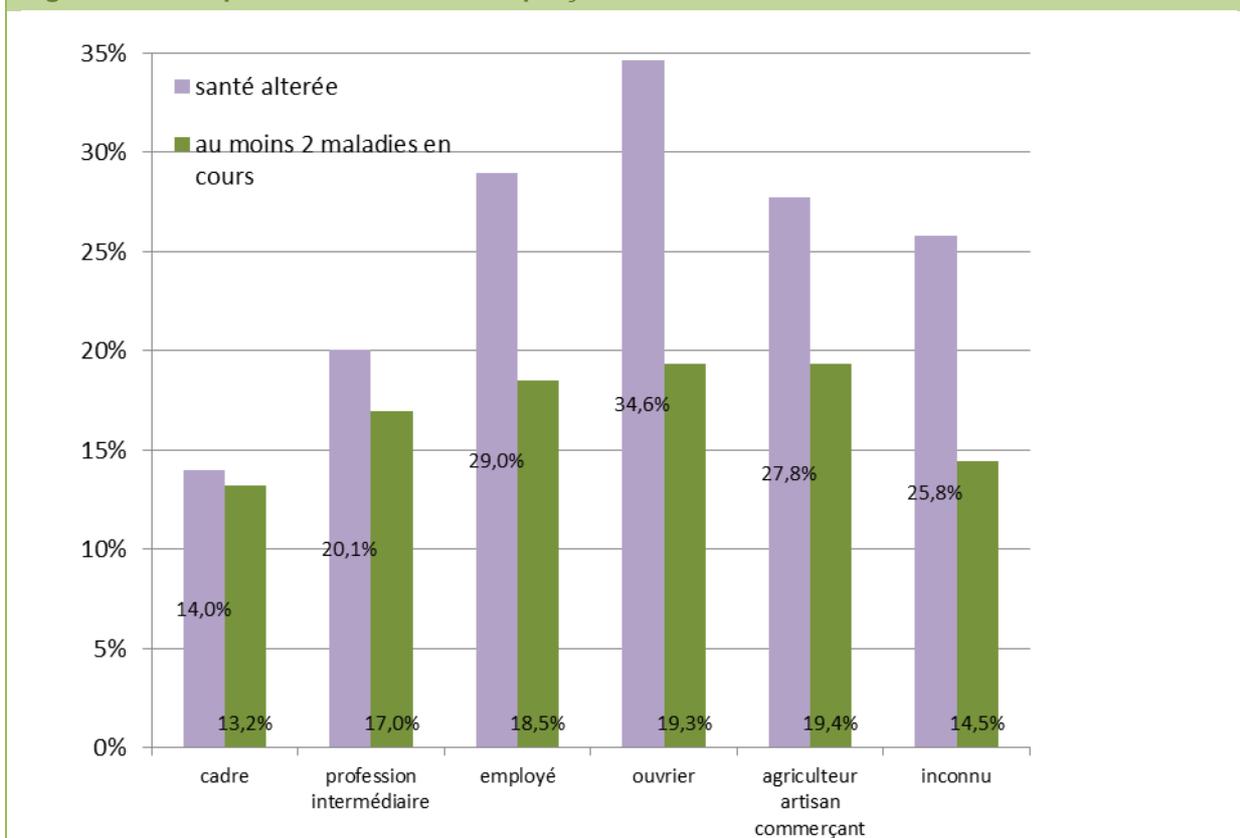
Biais de sélection sur la santé

Dans l'interprétation de ces données, il faut donc garder à l'esprit la possibilité de biais lié à la mémoire. En outre, un effet de sélection peut aussi jouer : les personnes qui survivent aux grands âges sont celles de leur génération qui ont la meilleure santé.

Biais de déclaration liés à des caractéristiques socio-démographiques

Outre la différence de déclaration pouvant être liée à l'âge et au sexe déjà évoqués précédemment, le nombre des déclarations d'événements de santé se différencie selon la situation socio-professionnelle (Devaux et al.). En comparant la santé perçue et le nombre d'événements déclarés selon la catégorie sociale, on constate que les ouvriers et employés déclarent peu de maladies au regard de leur perception assez négative de leur santé. À l'inverse, les cadres et les professions intermédiaires en déclarent davantage.

Figure 28 : Comparaison entre la santé perçue et la déclaration de maladies en cours



Source : enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) Drees-Dares 2006-2007

Lecture : 14 % des cadres se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé et 13,2 % déclarent au moins 2 maladies en cours au moment de l'enquête.

Cet écart entre l'état de santé perçu et la morbidité déclarée peut s'expliquer soit par des différences objectives entre les différentes catégories, soit par des éléments culturels et de comportement vis-à-vis du système de santé induisant des différences dans l'identification des maladies. Toutefois, même si l'écart entre les catégories est différent, la hiérarchie est maintenue : que ce soit avec la santé perçue ou le nombre de maladies déclarés, les ouvriers apparaissent en moins bonne santé que les cadres.

Biais d'arrondi

Par ailleurs, on a également observé des effets d'approximation dans la datation : les enquêtés indiquent plus facilement une année ronde comme début d'un événement de santé (1980, 2000). De plus, même si la datation se fait par année, les enquêtés datent plus fréquemment leurs événements à un âge rond (« j'avais 20 ans, donc en 1973 »), ce qui donne des pics de déclarations à ces âges-là.

Bibliographie

AERTGEERTS B., BUNTINX F., FEVERY J. ET ANSOMS S., 2000, «Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaires? », *Alcoholism : Clinical and experimental research* 24(5), 733-736

ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », Rapport n° 540, Irdes, série Résultats, 238 p.

BECK F., CAVALIN C., MAILLOCHON F., 2010, « Violences et santé en France : état des lieux », Drees, Collection Études et statistiques, Documentation française

BELLAMY V., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », Drees, Études et résultats, n°347

BERTIN C., DUBRE J.-Y., GUIHO-BAILLY M.-P., LANCIEN N., MACHEFER J., PARENT D., 2009, « Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé- Rapport final », Document de travail, Drees, série Études et recherche, n°95

CANOÛ-POITRINE F. et MOUQUET M.-C. avec la collaboration de Laure COM-RUELLE, 2005, « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », Drees, Études et résultats, n°405

CAROLY S., CHOLEZ C., 2009, « Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire », Document de travail, Drees, série Études et recherche, n° 96

CLARK A. E., VICARD A., 2007, « Conditions de collecte et santé auto-déclarée : une analyse sur données européennes », *Économie et Statistique*, N° 403-404, pp143-162

COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E., LENGAGNE P., 2006, « Identification et mesure, des problèmes d'alcool en France », Rapport n° 1600, Irdes

COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LENGAGNE P., 2008 « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », Irdes, Questions d'économie de la santé, n°129

COX B., VAN OYEN H., CAMBOIS E., et al. , 2009, «The reliability of the Minimum European Health Module», *International Journal of Public Health*, pp 55-60

DAUPHINOT V., NAUDIN F., GUÉGUEN F., PERRONNIN F., SERMET C., 2008, « Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée - L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation française, n°1, pp15-27

DESALVO K., FAN V., FIHN S., Mc DONNEL M. , 2005, «Predicting mortality and healthcare utilization with a single question», *Health Services Research*, vol. 40, issue 4, page 1234

DEVAUX M., JUSOT F., SERMET C., TUBEUF S., 2008, «Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé», in « État de santé - quelques illustrations des apports, limites et

perspectives de l'Enquête décennale santé », Revue française des Affaires sociales, La Documentation française, n° 1, p. 29-47

EUZENAT D., 2009, « Les indicateurs accidents du travail de la Dares - conception, champ et interprétation », document d'étude, Dares, n°150

FALISSARD B., 2010, «L'épidémiologie psychiatrique en question», Iresp, Questions de santé publique n°11

FOURCADE N., 2013, « La santé des femmes en France », Drees, Études et résultats, n° 834

GORBER SC, TREMBLAY M, MOHER D, GORBER B., 2007, «Diagnostic in obesity comorbidities - A comparison of direct vs self-report measures for assessing height, weight and body mass index : a systematic review. » *Obes. Rev.*, 8:307-326

JULIA C., SALANAVE B., BINARD K., DESCHAMPS V., VERNAY M., CASTETBON K., 2010, «Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité » *BEH* n°8, pp 69-72

LEROUX I. et MORIN T., 2006, « Facteurs de risques des épisodes dépressifs en population générale», Études et résultats, Drees, n° 545

LANOË J.-L., MAKDESSI-RAYNAUD Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », Drees, Études et résultats, n° 436

LANOË J.-L., DUMONTIER F., 2005, «Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids», Insee Première, n° 1048

MIIILUNPALO S., VUORI I., OJA P., PASANEN M., URPONEN H., 1997, «Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population», *J. Clin. Epidemiol.*, 50(5), pp 517-528.

MONTAUT A., 2010, « Santé et recours aux soins de femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 » Drees, Études et résultats, n° 717

MORIN T., 2010, « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites», Drees, Document de travail, série Sources et méthodes, n° 9

SERMET, C., & CAMBOIS E., 2002, « Mesurer l'état de santé » in Caselli G., Vallin J., Wunsch G., « Démographie: analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité », Paris, Éditions de l'INED, 12, 25-52.

SHEEHAN D. V., LECRUBIER Y., SHEEHAN K. H., AMORIM P., JANAUS J.,WEILLER E., HERGUETTA T., BAKER R., DUNBAR G.C., 1998, «The Mini International Neuropsychiatric interview (MINI) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10. », *J. Clin. Psychiatry*, 59 (suppl 20) : 22-57.

YERSIN B., 1999, «Les questionnaires de dépistage en alcoologie», *Alcoologie*, 21(3), 397-401.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
