

Baromètre santé 2000

Résultats

Volume 2

sous la direction de
Philippe Guilbert
François Baudier
Arnaud Gautier

préface de
Bernard Kouchner

Cette étude a été réalisée par

le **Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

En partenariat avec

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **Centre national de la recherche scientifique (CNRS)**

le **Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes)**

la **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)**

l' **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

l' **Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ORS Paca)**

Son financement a été assuré par

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction générale de la Santé, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)**

la **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**

le **Haut Comité de la santé publique (HCSP)**

la **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**

Pierre Arwidson	Médecin, CFES
Nathalie Bajos	Sociodémographe, chercheur, Inserm U. 292
Julien Barnier	Statisticien, assistant d'études à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
François Baudier	Médecin, responsable de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
François Beck	Statisticien, responsable du pôle Études en population générale à l'OFDT
Hélène Bourdessol	Sociologue, CFES
Bertrand Coustou	Chargé d'études, CFES
Christiane Dressen	Sociologue, CFES
François Eisinger	Médecin, département prévention et dépistage, Institut Paoli-Calmettes, Inserm U. 379, Marseille
Arnaud Gautier	Statisticien, CFES
Valérie Guagliardo	Statisticienne, chargée d'études à l'Observatoire régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur
Philippe Guilbert	Économètre au CFES, coordonnateur du Baromètre santé
Marie-Pierre Janvrin	Démographe, CFES
Claire Julian-Reynier	Médecin, Inserm U. 379, Marseille
Hugues Lagrange	Sociologue, Observatoire sociologique du changement, FNSP-CNRS, Paris
Brice Lefèvre	Sociologue du sport
Stéphane Legleye	Statisticien, chargé d'études à l'OFDT
Olivier Le Nezet	Étudiant en DESS Méthodologie et statistique en recherche biomédicale, Université Paris XI
Georges Menahem	Maître de recherches, Credes-CNRS
Colette Ménard	Psychosociologue, CFES
Jean-Paul Moatti	Économiste, Inserm U. 379, Université de la Méditerranée
Karina Oddoux	Économiste, CFES
Patrick Peretti-Watel	Sociologue et statisticien, OFDT
Hélène Perrin	Économiste, CFES
Xavier Pommereau	Psychiatre des hôpitaux, responsable de l'UMPJA, Bordeaux
Michel Rotily	Médecin, chercheur associé à l'unité 379 de l'Inserm, Marseille
Josiane Warszawski	Épidémiologiste, Inserm U. 292, Service d'épidémiologie, Hôpital Bicêtre

Présentation

L'objectif premier de la série d'enquêtes Baromètre santé est de concevoir et d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français en matière de santé. De nombreux sujets traités dans les Baromètres santé sont liés aux campagnes de promotion et d'éducation pour la santé, menées par le CFES en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité : la prévention en général, mais aussi la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les vaccinations, l'usage de médicaments, les accidents de la vie courante, les cancers, le sport, la nutrition, etc.

Ces enquêtes multithématiques, répétées au cours des années, permettent de suivre les évolutions des opinions, des comportements et de certains indicateurs de santé. Elles permettent également de mieux définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, d'orienter des études spécifiques quantitatives ou qualitatives et d'engager, en matière de prévention et d'éducation pour la santé, des actions de terrain plus ciblées sur des types de populations ou dans certaines régions.

En 1999, année du terrain de l'enquête présentée ici, le Baromètre santé a pris une nouvelle forme. Première transformation, il s'est intéressé simultanément aux jeunes et aux adultes. En effet, la distinction entre les 12-19 ans et les 18-75 ans, qui définissait les deux Baromètres « jeunes » et « adultes », paraissait arbitraire et ne permettait pas d'étudier de façon précise la mise en place de comportements de santé entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. De plus, l'augmentation importante de la taille de l'échantillon (13 685 en 1999) permet de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Par ailleurs et pour la première fois, cinq suréchantillons ont été réalisés dans les régions suivantes : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie pour les 12-25 ans uniquement, et Poitou-Charentes pour les 12-75 ans. La présente édition sur les résultats détaillés est complétée par un volume « méthode », qui décrit les principes méthodologiques de l'enquête et donne le questionnaire, et par un troisième volume (édition en 2002) qui expose les résultats des suréchantillons régionaux.



sommaire

19

Présentation des termes statistiques

Définition des principaux termes statistiques utilisés dans les différents chapitres : test du χ^2 , odds ratio, régression logistique, analyse de la variance. La structure de l'échantillon est également présentée, ainsi que quelques références d'ouvrages épidémiologiques. Pour une description très détaillée de la méthodologie de l'enquête, consulter le volume « méthode » du Baromètre santé 2000.

Arnaud Gautier, Philippe Guilbert

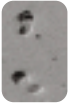


29

Activité sportive et comportements de santé

Description de la pratique sportive de la population au cours des sept derniers jours : durée et type de sport. Cette pratique sportive a été analysée à travers d'autres déterminants de santé comme la consommation de tabac et d'alcool, la violence agie ou subie, les prises de risque, les accidents, etc. Un autre point concerne les motivations déclarées à faire du sport.

Philippe Guilbert, Brice Lefèvre



55

Vaccination : opinions et pratiques

Connaitre l'opinion de la population sur le principe de la vaccination, son évolution au cours des dernières années, les pratiques vaccinales à travers la date de la dernière vaccination et du dernier vaccin reçu. Une partie du chapitre traite plus spécifiquement de la vaccination contre la rubéole, les oreillons et la rougeole : usage, freins à la vaccination et connaissance de l'existence d'une seconde dose du vaccin.

Valérie Guagliardo, Julien Barnier, Michel Rotily



77

Tabac

Tour d'horizon des comportements en matière de tabagisme et de leur évolution depuis 1992 : prévalence, quantité, dépendance, respect de la loi Evin, mais aussi analyse des tentatives d'arrêt à travers la fréquence des tentatives et les principales motivations à l'arrêt. Présentation géographique des résultats comparés à la carte des ventes de cigarettes.

Karina Oddoux, Patrick Peretti-Watel, François Baudier



123

Alcool

La consommation d'alcool détaillée par produits et par fréquence : les buveurs quotidiens, les abstinentes, les quantités consommées le week-end, etc. Estimation de la dépendance à travers le test clinique Deta, répartition par région. Comparaisons avec les autres sources de données.

Stéphane Legleye, Colette Ménard, François Baudier, Olivier Le Nezet



163

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Analyse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois selon des déterminants sociodémographiques et économiques (structure familiale, situation professionnelle, etc.), des indicateurs de qualité de vie (score de santé de Duke) et les événements de vie des individus. Les tentatives de suicide au cours de la vie sont également décrites, ainsi que la prise en charge médicale post-tentative.

Philippe Guilbert, Xavier Pommereau, Bertrand Coustou

189

Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Description des actes de violence agie ou subie et des prises de risque en considérant les spécificités des hommes et des femmes dans ce domaine. L'analyse est faite également en fonction de l'âge des individus. Estimation de la prévalence des abus sexuels au cours de la vie et comparaison avec les principales enquêtes nationales sur le sujet.

Hugues Lagrange

209

Sexualité, contraception, MST

Les pratiques des 15-49 ans et leurs évolutions en matière d'utilisation du préservatif, de moyens de contraception, de pilule du lendemain ou encore le recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de la vie. Prise en compte dans l'analyse de déterminants sociodémographiques comme le niveau d'éducation ou le statut marital. Prévalence des maladies sexuellement transmissibles les plus courantes et des modes d'information des partenaires le cas échéant.

Josiane Warszawski, Nathalie Bajos

237

Drogues illicites

Vaste présentation des comportements de consommation de cannabis en population générale : l'expérimentation, la consommation répétée ou régulière, les consommations à problèmes, ainsi que les grandes évolutions depuis le début des années quatre-vingt-dix. Les motivations à la consommation sont listées, de même que les raisons de l'abandon. L'analyse de la situation nationale par rapport à d'autres pays européens et la prise d'autres drogues illicites (cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, etc.) complètent le chapitre.

François Beck, Stéphane Legleye, Patrick Peretti-Watel

279

Douleur

L'analyse des réponses des hommes et des femmes sur le thème de la douleur : les réponses différent-elles selon le type de douleur (physique ou morale) ? Dans quelle mesure la subjectivité des individus dans le déclaratif ou d'autres facteurs interviennent-ils : maladie, handicap, événement de vie, cumul des précarités, etc. ?

Georges Menahem



311

Consommation de soins et de médicaments

Le recours aux principaux professionnels de la santé (médecin généraliste, psychologue, psychanalyste, psychiatre, kinésithérapeute, gynécologue) est étudié selon le sexe, l'âge, la situation matrimoniale ou encore le fait d'avoir une maladie chronique, un handicap physique. La prise de médicaments antidépresseurs et de tranquillisants/somnifères est l'objet de la seconde partie du chapitre qui se termine par l'analyse des conseils reçus de la part du médecin en matière d'exercice physique, de tabagisme, d'accidents de la vie courante, de nutrition et de bon usage des médicaments.

Pierre Arwidson, Philippe Guilbert

329

Dépistage des cancers

Évolution des pratiques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en population générale. Prise en compte de la régularité des dépistages selon les dernières recommandations et selon différentes variables sociodémographiques et économiques. Estimation de l'utilisation du test hémocult II® de dépistage du cancer colorectal parmi les hommes et les femmes de plus de 40 ans.

François Eisinger, Valérie Guagliardo, Claire Julian-Reynier, Jean-Paul Moatti

359

Accidents

Accidents de sport, du travail, de la route, domestiques. Évolution des craintes ressenties vis-à-vis de ces accidents relativement à d'autres risques sanitaires. Estimation du nombre d'accidents selon les populations et, pour les pratiquants de roller, skate, VTT, vélo, moto, de la fréquence du port du casque lors de la dernière sortie.

Hélène Bourdessol, Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

391

Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans

Ce chapitre est consacré à différents comportements de santé analysés sous l'angle de déterminants sociodémographiques et économiques : revenu mensuel du ménage par unité de consommation, niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle, situation maritale, etc. Un indicateur de cumul des précarités est également utilisé.

Colette Ménard, Arnaud Gautier

425

La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans

Une étude qui compare les réponses des 60-75 ans à celles des 45-59 ans pour plusieurs déterminants de santé ou indicateurs de santé : échelle de qualité de vie, recours au soins, problème de sommeil, pratique sportive. La présentation des résultats est réalisée par tranche de cinq années : 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans.

Christiane Dressen, Hélène Perrin

439

Liste des tableaux et figures

457

English summaries



Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés

Hugues Lagrange

Ce sont nos propres désirs qui tracent une ligne, toujours arbitraire, entre santé et maladie. Le génie romanesque efface cette ligne, il abolit une frontière de plus. Nul ne peut dire où commence le masochisme repoussant, où s'insère le noble goût du risque et l'ambition dite « légitime ».

René Girard, *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Paris : Grasset, 2001, p. 225.

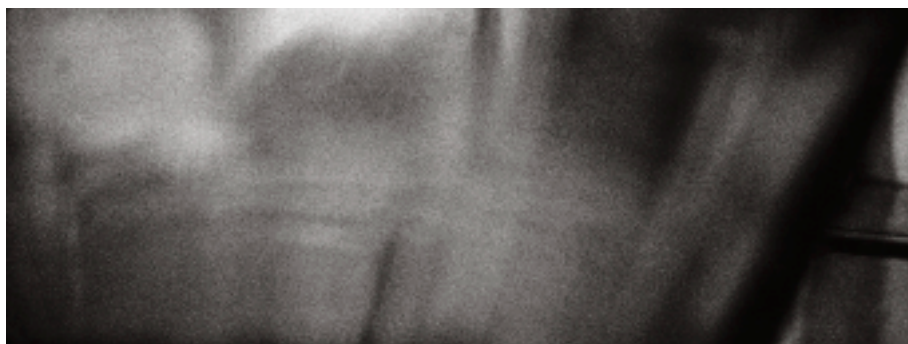
l'essentiel...

Les échanges de coups, les prises de risque par défi ou plaisir d'une part, les rapports sexuels forcés d'autre part, sont abordés ici en liaison avec d'autres situations vécues ou des actes impliquant des risques pour la santé.

Chez les garçons, les échanges de coups participent d'une affirmation de soi dont la sexualité, plus même que le flirt, est corollaire. En revanche, chez les filles, les coups donnés s'inscrivent parfois dans un cycle conflictuel, mais sont plus souvent des réponses à une agression unilatérale ; de plus, donner des coups n'est pas lié à l'expérience sexuelle ni au fait d'avoir un partenaire, au contraire. La rigueur de la surveillance parentale tend plutôt à renforcer les attitudes de transgression et l'implication des adolescents dans des bagarres.

Parmi les adultes des deux sexes, donner des coups est d'abord une attitude qui diminue avec l'âge et qui est fortement associée au fait d'en avoir reçu. Cette conduite est corrélative chez les hommes d'une posture anxiodépressive, mais pas chez les femmes. Dans l'âge mûr, 45 ans et plus, les prises de risque par défi et les tentatives de suicide, non seulement ne sont pas le fait des mêmes individus, mais les tentatives de suicide se trouvent plus souvent présentes chez ceux qui ne prennent pas de risques par défi.

Les violences sexuelles se donnent d'emblée comme de violences non symétriques, elles ne s'inscrivent pas dans un rapport agoniste et il est souhaitable de ne pas les mettre sur le même plan que l'agression et la victimation à caractère non sexuel.



Traiter ensemble échanges de coups, prises de risque et rapports sexuels forcés tient en partie de la gageure. En effet, il ne paraît pas légitime de traiter des atteintes comme les coups de poings ou de pieds qui s'échangent dans les cours de récréation ou au coin des rues sur le même plan que des viols, des tentatives de viols ou d'autres atteintes sexuelles. Les premiers actes relèvent d'une impétuosité des mœurs — fréquente chez les jeunes — et dont l'observation clinique ne permet pas de penser qu'elle laisse des traces physiques ou psychiques durables, les derniers actes impliquent dans la plupart des cas des traumatismes qui resteront inscrits à vie. Les rares agressions commises avec des armes blanches ou des armes à feu, dont la signification et les conséquences sont lourdes, se noient dans la masse des atteintes bénignes¹. Toutefois une partie des acteurs qui sont les protagonistes des échanges de coups sont aussi les protagonistes des violences sexuelles, et il est

probable que les motifs des violences interpersonnelles, à caractère non sexuel dans leur contenu manifeste, ont beaucoup à voir avec l'arrivée des jeunes gens à l'âge de la sexualité génitale. Réciproquement, une partie non négligeable des violences à caractère sexuel sont le fait d'adultes masculins dans la maturité, souvent liés aux victimes par les liens du sang et de l'alliance, ce qui est une autre articulation.

Les échanges de coups, les prises de risque par défi ou plaisir d'une part, les rapports sexuels forcés, d'autre part, seront abordés ici en liaison avec d'autres situations vécues ou des actes impliquant des risques pour la santé : les tentatives de suicide et les usages de drogues licites ou illicites, et le cas échéant, des transgressions des normes comme l'absentéisme scolaire. On envisagera premièrement les échanges de coups et les prises de risque, deuxièmement les violences à caractère sexuel et, enfin, on tentera, non l'impossible synthèse, mais de présenter les liens et les oppositions entre conduites et atteintes, entre agir et pâtir, en fonction du sexe et de l'âge.

Coups et prises de risque

Parmi les personnes interrogées, 2,4 % déclarent avoir porté des coups au cours des douze derniers mois et 3,3 % déclarent en

1. Ainsi 4,3 % des femmes qui déclarent avoir été frappées l'ont été avec une arme blanche, soit 1,1 pour mille. En conséquence, il ne nous a pas paru utile du point de vue quantitatif de les séparer des autres échanges de coups, dans la plupart des analyses.

Sont précisés dans les tableaux, par le biais d'étoiles, les différents seuils de significativité. Lorsque rien n'est mentionné, la différence observée n'est pas statistiquement significative au seuil considéré. Dans les figures, la significativité n'est pas précisée, se reporter au texte.

avoir reçu, il s'agit pour une bonne part des mêmes personnes. La fréquence à laquelle les hommes disent avoir porté des coups (3,6 %) et en avoir reçu (4,2 %) les distingue des femmes — respectivement 1,3 % et 2,5 % d'entre elles sont dans ce cas. De plus, parmi les femmes, le lien entre frapper et être frappé n'est pas de la même nature que parmi les hommes : celles-ci sont rarement impliquées dans des bagarres. Dans 85,3 % des cas, elles sont l'objet de violence de la part d'une seule personne, alors que c'est seulement le cas de 57,6 % des hommes.

Donner et recevoir des coups est largement une question d'âge : 9,0 % et 8,7 % chez les 12-19 ans¹, 4,6 % et 7,6 % chez les 20-25 ans ; parmi les plus de 25 ans, les fréquences chutent à 1,0 % et 1,8 % (Figures 1 et 2).

Quantitativement, le taux d'occurrence des « violences interpersonnelles » est inférieur à celui des mises à l'épreuve de soi. Au cours des trente derniers jours, 6,7 % des interviewés disent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi. Il s'agit, pour l'essentiel, de risques pris dans la pratique de sports ou dans l'usage de véhicules — voitures, scooters, bicyclettes, etc. La fréquence des risques pris par défi ou plaisir a un profil analogue en fonction de l'âge aux échanges de coups ; d'un maximum de 13,5 % chez les 15-25 ans, elle décline à 7,4 % chez les 26-44 ans et 3,0 % chez les 45 ans et plus² (Figure 3).

Ces résultats suggèrent qu'une rupture dans la fréquence de ces conduites intervient autour de 25 ans. On pourrait objecter qu'il

1. Dans le Baromètre santé 2000, 13,6 % des garçons de 17-19 ans et 8,4 % des filles de 17 ans disent avoir été frappés par une ou plusieurs personnes. On retrouve une distribution analogue dans l'enquête Escapad, menée par l'OFDT à l'occasion du « Rendez-vous citoyen », 9,9 % des garçons de 17-19 ans et 4,9 % des filles de 17 ans disent avoir été agressés physiquement au cours des douze derniers mois [1].

2. D'une manière générale, les variations de ces conduites selon les caractéristiques sociodémographiques des interviewés sont en congruence — s'agissant des moins de 20 ans — avec les analyses rapportées dans le Baromètre santé jeunes 97/98 [2].

Figure 1

Personnes ayant été frappées physiquement au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

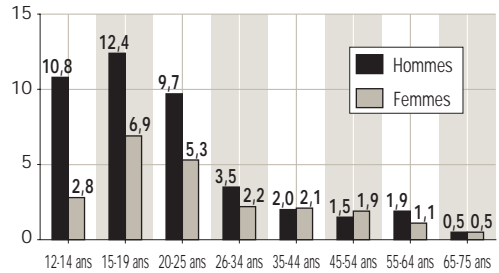


Figure 2

Personnes ayant frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

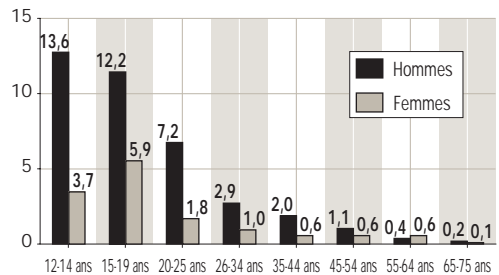
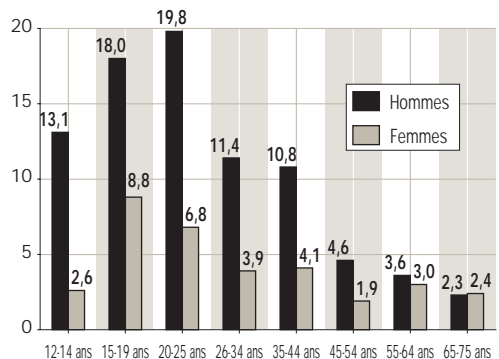


Figure 3

Personnes ayant pris un risque par plaisir ou défi au cours des trente derniers jours, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



ne s'agit pas d'un changement lié à l'âge mais à la génération. S'il est *a priori* impossible de décider entre un effet d'âge et un effet de génération, le fait que l'on n'ait enregistré, en 1997, que des proportions analogues — 8 % des 12-19 ans avaient reçu des coups et 7,8 % en avaient donné — suggère fortement que le niveau de ces « violences interpersonnelles » n'a guère changé entre des générations, certes peu distantes, et laisse penser que les variations observées selon l'âge renvoient d'abord à un effet de cycle de vie³.

Les habitants des communes de 100 000 à 200 000 habitants déclarent plus souvent avoir porté des coups (3,4 %) que les habitants des communes rurales (1,7 %), de même les atteintes subies sont plus fréquentes dans l'agglomération parisienne que dans les petites communes (4,2 % des interviewés en déclarent contre 2,3 %). Les échanges de coups sont un peu plus fréquents parmi les plus modestes des ménages (moins de 6 000 francs par unité de consommation) que parmi les plus aisés (10 000 francs et plus par unité de consommation). En revanche, les prises de risque ne connaissent aucune variation selon la commune de résidence ou le niveau de revenu du ménage par unité de consommation. S'agissant des jeunes de moins de 26 ans, la filière suivie n'introduit aucune différence significative dans la fréquence des coups échangés⁴, et peu dans les prises de risque.

À côté des déterminations sociodémographiques des conduites agressives et des pri-

ses de risque, nous allons envisager le contexte psychosomatique. L'utilisation du profil de santé de Duke permet de préciser les liens entre les conduites agressives, les atteintes et les autoperceptions des interviewés.

Dans l'échelle de Duke, ont été notamment distinguées trois dimensions qui décrivent des aspects différents du mal-être ou du malaise éprouvé par les répondants dans leurs rapports à eux-mêmes et aux autres : une dimension de dépression à la fois physique et psychique, une dimension d'anxiété et de nervosité, une perte d'estime de soi. L'analyse des réponses suggère que ces trois dimensions sont corrélées et se projettent en diagonale dans un plan défini par la double opposition bien-être/mal-être somatique, bien-être/mal-être subjectif et inter-subjectif (ce dernier aspect dénote une difficulté d'ajustement dans la vie ordinaire dont le sentiment de ne « *pas être facile à vivre* ») (Figure 4). Les femmes se situent plutôt du côté de la dépression somatisée, les hommes du côté d'un bien-être relatif ; les jeunes se caractérisent par un mal-être subjectif et un bien-être physique, alors que les adultes dans la maturité penchent du côté de l'harmonie dans les rapports subjectifs à autrui et à eux-mêmes mais accusent plus de difficultés somatiques.

Les prises de risque volontaires portent sur un horizon court, les trente derniers jours. Par conséquent, on peut tenter d'interpréter ces conduites en fonction de dispositions et d'attitudes plus durables, comme l'habitude de boire de l'alcool ou de fumer du cannabis. Sans préjuger du fait que les comportements circonstanciés sont causés par les dispositions plus durables, on peut trouver du sens à ce qu'une conduite localisée dans le temps soit plus fréquente chez des individus qui ont des habitudes comme fumer du cannabis, boire, etc. Les prises de risque sont fortement affectées par l'âge, le sexe, elles sont accrues chez ceux qui consomment du cannabis et sont corrélatives d'une posture anxiodépressive, comme le montre la régression logistique (Tableau I). S'il est clair que pour les deux sexes, donner

3. On ne dispose pas de point de comparaison pour la population des plus de 19 ans.

4. L'enquête Escapad de l'OFDT indique que les garçons de 17-19 ans qui sont en apprentissage, sont plus souvent impliqués dans des bagarres ou agressés que les jeunes scolarisés dans les filières de l'enseignement général ou professionnel — cette dernière distinction n'introduit pas d'écart significatif. De plus, on observe que la fréquence de l'implication dans des bagarres décroît parmi les jeunes d'un âge donné selon le degré d'avancement dans la scolarité : parmi les élèves âgés de 17, 18 ou 19 ans, ceux qui sont en terminale se battent moins souvent que ceux qui sont en seconde. Ce sont les situations de relégation en apprentissage ou de retard et d'échec scolaires qui sont corrélatives de violences exercées ou subies [1].

Figure 4

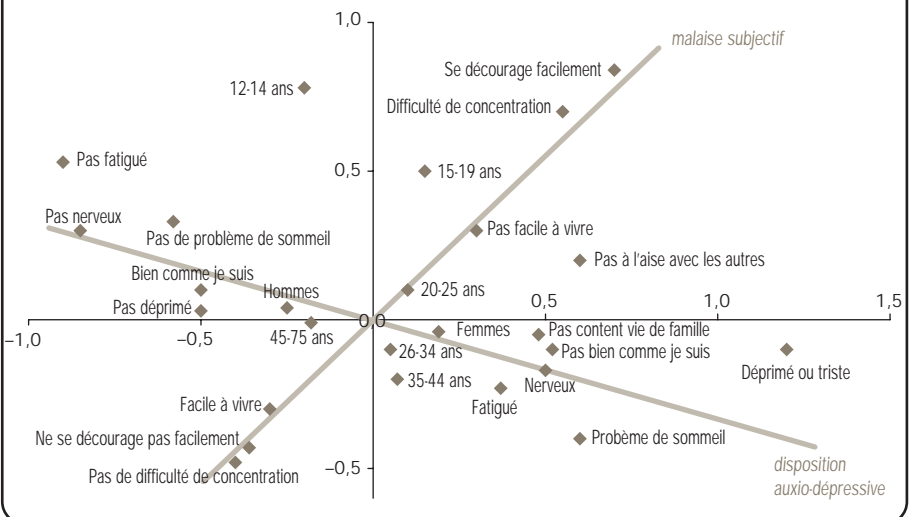
Analyse des réponses aux items de l'échelle de Duke : 1^{er} plan factoriel

Tableau I

Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir pris un risque par défi ou plaisir au cours des trente derniers jours

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Femme	1	
Homme	2,5***	2,1-3,0
Âge		
45-75 ans	1	
12-19 ans	3,1***	2,4-4,1
20-25 ans	3,3***	2,5-4,3
26-34 ans	2,0***	1,5-2,5
35-44 ans	2,2***	1,7-2,8
Avoir été frappé		
Non	1	
Oui	1,8***	1,3-2,5
Consommation de cannabis		
Abstinent	1	
Expérimentateur	1,8***	1,5-2,2
Occasionnel	2,0***	1,4-2,8
Répété	2,8***	2,0-3,9
Régulier	2,0**	1,3-3,1
Échelle de Duke		
Score d'anxiété	1,01***	1,00-1,02

** : p<0,01. *** : p<0,001.

des coups est d'abord une attitude qui diminue avec l'âge, qui est fortement associée au fait d'en avoir reçu, cette conduite est corrélative chez les hommes d'une posture anxiodépressive, mais pas chez les femmes (Tableau II).

Approfondissons l'analyse des échanges de coups chez les jeunes qui en sont, de loin, les principaux protagonistes. Comme cela avait été noté en 1998 dans le Baromètre santé jeunes, le type de famille — biparentale, monoparentale, recomposée — fait apparaître des différences de comportement : les échanges de coups sont plus fréquents parmi ceux qui vivent dans des familles monoparentales ou recomposées (Tableaux III et IV).

Les jeunes éduqués dans des familles monoparentales ou recomposées semblent plutôt plus souvent impliqués dans des violences interpersonnelles en tant qu'acteurs ou victimes. Mais les différences de comportement selon le type de configuration familiale ne sont ni très importantes ni toujours significatives. Avant de se demander si cela est lié à un déficit de contrôle parental ou à une agressivité plus grande des jeunes quel qu'en soit le mécanisme — déficit

Tableau II

Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
12–19 ans	1		1	
20–25 ans	0,53**	0,34–0,85	0,31***	0,15–0,61
26–34 ans	0,27***	0,17–0,44	0,23***	0,12–0,44
35–44 ans	0,21***	0,12–0,37	0,13***	0,06–0,30
45–54 ans	0,12***	0,06–0,26	0,11***	0,04–0,31
55–64 ans	0,04***	0,01–0,15	0,16**	0,05–0,49
65–75 ans	0,03***	0,00–0,19	0,02***	0,00–0,12
Avoir été frappé				
Non	1		1	
Oui	13,2***	8,9–19,8	13,3***	7,2–24,5
Échelle de Duke				
Score d'anxiété	1,02***	1,01–1,03	1,01	0,99–1,02

** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$.

Tableau III

Violence physique selon la structure familiale parmi les garçons de 21 ans ou moins (n=799) (en pourcentage)

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un			
Non	89,2	84,2	77,6
Oui	10,8	15,8	22,4

$p < 0,05$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Avoir été frappé ou blessé

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Non	89,2	82,4	81,8
Oui	10,8	17,6	18,2

$p < 0,06$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Tableau IV

Violence physique selon la structure familiale parmi les filles de 21 ans ou moins (n = 813) (en pourcentage)

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un			
Non	95,6	96,8	95,9
Oui	4,4	3,2	4,1

Non significatif. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

Avoir été frappé ou blessé

	Famille originelle	Famille monoparentale	Famille recomposée
Non	95,4	89,5	96,6
Oui	4,6	10,5	3,4

$p < 0,05$. χ^2 de Pearson à deux degrés de liberté.

d'intériorisation de la loi symbolique, sur-compensation affective stimulant une agressivité ordinairement sublimée —, il convient de vérifier que cette relation n'est pas un écran cachant une influence tierce (*facteur de confusion*).

Nous avons envisagé le contrôle exercé par les parents sur la nature des sorties, les lieux et les horaires. La façon dont les familles contrôlent les horaires de sorties, les

lieux et la nature des sorties n'affecte guère la fréquence d'implication des jeunes dans des échanges de coups, et les interférences entre type de contexte familial et modalité du contrôle parental sont complexes et *prima facie* difficiles à comprendre. Les enfants des familles recomposées sont presque toujours plus impliqués dans les transgressions et dans les bagarres, mais paradoxalement, la rigueur de la surveillance

parentale tendrait plutôt à renforcer les attitudes de transgression et l'implication dans des bagarres. Parmi les jeunes dont les parents surveillent les lieux et les buts de sortie, la participation active à des échanges de coups serait un peu plus forte parmi ceux qui vivent dans des familles recomposées que parmi ceux qui vivent dans leur famille d'origine ou avec un seul parent. De même, les jeunes dont les parents contrôlent les horaires, ceux qui vivent dans des familles recomposées, se battraient plus souvent que ceux qui vivent dans une famille monoparentale — dans l'immense majorité des cas la mère — ou dans leur famille de naissance. Et paradoxalement, lorsque les parents n'exercent pas de contrôle, le type de famille ne produit pas d'effet sur les conduites agressives. Des observations de terrain, menées parmi les jeunes de quartiers d'habitat social [3], suggèrent que, par-delà les types familiaux et les principes ou postures éducatives adoptées par les familles, les normes locales de valorisation de soi et la structure des opportunités jouent un rôle important, qui interagit avec le type de famille et parfois supplante l'effet des facteurs mentionnés, ainsi qu'on le voit sur le *Tableau V*.

Il a été pris en compte ici la conduite active — avoir frappé quelqu'un — repérée chez les hommes de moins de 26 ans en fonction du contexte familial, de l'activité sexuelle et des violences subies. Par rapport à ceux qui n'ont pas porté de coups, ceux qui ont porté des coups ont les caractéristiques présentées *Tableau V*.

Les analyses menées par régression logistique ne valident pas l'existence d'un effet du type de famille, ni du contrôle des horaires (analyses non présentées ici). On doit être prudent lorsque l'on tente d'interpréter les conduites délinquantes, comme on l'a fait ces derniers temps, en se référant au type de famille ou aux attitudes éducatives. L'analyse par régression logistique ouvre la voie à une interprétation qui lie les échanges de coups et la sexualité chez les adolescents : parmi les variables discriminantes se trouvent en effet, outre le fait d'avoir été

Tableau V

Résultat d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups au cours des douze derniers mois (parmi les hommes de moins de 26 ans)

	OR ajusté	IC à 95 %
Structure familiale		
Famille originelle	1,0	
Famille monoparentale	1,2	0,6–2,1
Famille recomposée	2,0	0,7–5,7
Rapport sexuel (vie)		
Non	1,0	
Oui	2,2*	1,2–4,2
Avoir été frappé ou blessé		
Non	1,0	
Oui	13,6***	8,0–23,1

* : $p < 0,05$. *** : $p < 0,001$.

frappé, celles qui témoignent de l'activité sexuelle (*Tableau VI*).

Chez les garçons, les échanges de coups participent d'une affirmation de soi dont la sexualité, plus même que le flirt, est corollaire. En revanche, chez les filles, les coups donnés s'inscrivent parfois dans un cycle conflictuel, mais sont plus souvent des réponses à une agression unilatérale. De plus, donner des coups n'est pas lié à l'expérience sexuelle ni au fait d'avoir un partenaire, au contraire. De ce point de vue, les hommes de moins de 26 ans sont rarement dans un rapport agresseur/victime, ils sont *agonistes*, alors que c'est souvent le cas des jeunes femmes.

Les rapports sexuels forcés

Les violences sexuelles se donnent d'emblée comme des violences non symétriques ; elles ne s'inscrivent pas dans un rapport agoniste et il est souhaitable de ne pas les mettre sur le même plan que l'agression et la victimation à caractère non sexuel.

4,5 % des femmes et 0,6 % des hommes disent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie. Parmi ces person-

Tableau VI

Résultat de deux régressions logistiques où la variable dépendante est le fait d'avoir porté des coups (parmi les moins de 26 ans)

	Hommes		Femmes	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexualité				
Ni partenaire, ni eu de rapports sexuels	1,0		1,0	
Partenaire, mais pas de rapports sexuels	2,1	0,8–6,1	1,1	0,3–4,1
Rapports sexuels, pas de partenaire	2,0	0,9–4,5	0,5	0,2–1,3
A un partenaire et eu des rapports sexuels	4,1**	1,8–9,3	0,9	0,4–2,2
Avoir été frappé ou blessé				
Non	1,0		1,0	
Oui	14,9***	9,1–24,2	9,1***	4,5–18,6

** : $p < 0,01$. *** : $p < 0,001$.

nes, 43,4 % disent que cela leur est arrivé une seule fois, 10,3 % entre quatre et dix fois et 8,2 % plus de dix fois. Chez les femmes, 2,6 % des 15-19 ans et 5,4 % des 20-25 ans déclarent avoir subi au moins un rapport sexuel forcé. La prévalence au cours de la vie des rapports forcés selon les tranches d'âge oscille autour de 5 % dans toutes les générations de femmes adultes qui ont moins de 55 ans en 1999. Cette constance est troublante dans la mesure où, en principe, la prévalence au cours de la vie augmente avec l'avancée en âge des déclarantes. Une première interprétation conduit à dire que si la prévalence au cours de la vie des contraintes sexuelles paraît stable d'une tranche d'âge à l'autre, c'est parce que, parmi les générations de femmes de 20 à 55 ans, les plus âgées ont, durant l'adolescence et les débuts de leur vie adulte, moins souvent subi de contraintes sexuelles que leurs consœurs qui sont aujourd'hui de jeunes adultes. Dans cette hypothèse, les résultats de l'enquête montrent que l'incidence des contraintes sexuelles sur les jeunes femmes augmente depuis une ou deux décennies. À ce raisonnement, on objecte parfois la tendance des générations aînées à oublier, à effacer de leur mémoire des événements anciens, voire à les réinterpréter. Ainsi, la non-déclaration peut être aussi le témoignage d'une volonté

d'oubli. En tout état de cause, la révélation à l'aide d'une enquête rétrospective d'évolutions temporelles reste fragile.

Pour éclairer ces conduites, il faut interroger d'autres sources. Malheureusement, la question du viol a rarement été posée et l'on ne dispose pas en France d'enquêtes anciennes et récentes rigoureusement comparables. L'enquête sur les comportements sexuels des Français (ACSF), réalisée en 1992 à la demande de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), révèle que 4,5 % des femmes disent avoir subi des rapports sexuels forcés, le pourcentage étant de 7 % parmi les femmes de 20-34 ans et de 4 % parmi les femmes de 35 ans et plus¹ (Tableau VII). D'après l'enquête sur la violence envers les femmes réalisée par l'Institut de démographie de l'Université de Paris (Enveff)², qui est sans conteste l'enquête qui a spécifié le plus précisément les violences à caractère sexuel — en distinguant notamment le viol des tentatives — les contraintes sexuelles déclarées³ varient entre 2,9 % dans l'acceptation étroite

1. La distribution des pourcentages de femmes qui ont subi des rapports forcés fluctue beaucoup d'une classe d'âge à l'autre, ce qui est surprenant.

2. À la demande du secrétariat d'État aux Droits des femmes, sous la responsabilité de M. Jaspard [4].

3. L'échantillon porte sur les femmes âgées de 20 à 59 ans.

Tableau VII

Prévalence des violences sexuelles envers les femmes selon l'âge d'occurrence, d'après l'ACSF 1992, l'Enveff 2000 et le Baromètre santé 2000 (en pourcentage)

Enquête Âge	ACSF 1992 18-59 ans	Enveff 2000 20-59 ans			Baromètre santé 2000 20-54 ans	
Femmes ayant subi au moins une fois	Rapport sexuel forcé	Atteulements, tentative de viol et viol	Tentative de viol et viol	Viol	Rapport sexuel forcé ^b	Rapport forcé, à l'exclusion des tentatives et des atteulements ^c
Quel que soit l'âge	4,5	11,4 ^a	8	2,9	5,3	3,3
Dont la 1 ^{re} avant 15 ans	-	4	} 2,8	} 0,9	1,7	-
Dont la 1 ^{re} entre 15-17 ans	-	2			0,9	-
Dont la 1 ^{re} 18 ans et plus	-	6,1	5,4	2,8	2,7	-

a. Chiffre inférieur à la somme des trois suivants car certains actes ont pu être répétés avant et après 18 ans.

b. Le mot viol n'est pas employé dans l'enquête Baromètre santé 2000, mais les rapports forcés sont ensuite déclinés en atteulements, tentative de rapport forcé et rapport forcé, ce dernier terme employé au singulier semble indiquer rapport pénétratif et donc un viol mais de manière implicite.

c. Mesuré lors de la dernière occurrence.

de viol et 11,4 % dans l'acception large d'atteulement, tentatives de viols et viols. Le Baromètre santé 2000, qui formule la question dans des termes proches de l'enquête ACSF, donne un pourcentage analogue (5,3 %) de femmes de tranches d'âge très voisines ayant subi des rapports forcés : ce qui militerait plutôt pour une constance des contraintes sexuelles depuis 1992 (4,5 %) [5]. Une sous-question portant sur la dernière occurrence des « rapports forcés » précise s'il s'agit d'un viol ou d'une tentative ou encore d'atteulements, et montre que « rapports forcés » recouvrent pour une part des atteulements. La prévalence des rapports forcés, à l'exclusion des tentatives de rapports forcés et des atteulements, estimée à partir de « la dernière atteinte », est de 3,3 % parmi les femmes de 20-54 ans, chiffre très proche du taux des viols d'après l'Enveff (2,9 %). Il n'y a pas, sur ce point, de termes de comparaison adéquats dans l'enquête ACSF. En effet, seule une fraction des rapports sexuels forcés peut être interprétée comme des viols. Y a-t-il eu ou non augmentation des viols de 1992 à 2000 comme le suggère l'augmentation considérable des faits connus de la police ?

Il est impossible de conclure avec certitude aujourd'hui.

La répartition selon l'âge au premier rapport sexuel forcé montre que plus de 37,3 % de ces rapports se produisent avant l'âge de 16 ans. La proportion des hommes qui ont subi des rapports sexuels contraints est beaucoup plus faible que celle des femmes. La distribution par âge de ceux qui ont subi des rapports forcés est similaire d'un sexe à l'autre : 26,8 % des victimes masculines l'ont été avant 13 ans et 29,1 % de 13 à 17 ans ; parmi les femmes, 16,7 % des rapports sexuels dénoncés ont été perpétrés avant l'âge de 10 ans, 11,0 % entre 10 et 13 ans, 20,9 % de 14 à 17 ans. Si les proportions sont un peu plus faibles chez les femmes, ce n'est pas que les contraintes soient moins précoces mais parce qu'elles se poursuivent plus tard. La proportion élevée de situations où les contraintes se produisent bien avant l'âge de l'entrée dans la vie sexuelle suggère que souvent, ces contraintes précoces relèvent de l'inceste. En effet, bien que la question de l'identité sociale des auteurs de ces rapports forcés n'ait pas été posée dans le Baromètre santé, les distributions par âge des atteintes

tes sont congruentes avec celles qui ressortent de l'enquête ACSJ 1994 et de l'Enveff 2000 : ces enquêtes soulignent le fait que lorsque les contraintes sexuelles sont commises par un homme de la famille, la majorité se produit avant 15 ans [6].

L'âge des femmes lors du premier rapport sexuel forcé reste stable d'une génération à l'autre. En effet, quel que soit l'âge des femmes qui déclarent avoir été abusées sexuellement, le pourcentage de celles qui l'ont été avant l'âge de 10 ans est de 18,0 % chez les femmes âgées actuellement de 15 à 19 ans, 18,9 % chez celles de 20 à 25 ans, 20,2 % chez celles de 26 à 34 ans, 20,0 % chez celles de 35 à 44 ans. Il n'y a pas là l'évidence d'une augmentation du taux des contraintes sexuelles de nature incestueuse envers les femmes des générations les plus récentes. Une minorité — 6,0 % des hommes et 10,3 % des femmes — des victimes de rapports sexuels forcés l'ont été après l'âge 30 ans. On observe, par ailleurs, que parmi les 56 jeunes femmes qui ont subi des rapports forcés et ont fait une seule tentative de suicide, les atteintes sexuelles ont commencé antérieurement dans la majorité des cas (68,6 %) à la première tentative de suicide. Ce qui suggère que celles-ci ont eu un rôle actif dans le déclenchement de la tentative de suicide et du développement d'un syndrome anxiodépressif¹.

Échanges de coups, prises de risque, rapports forcés et dispositions d'esprit

L'analyse des enchaînements temporels entre les actes est importante et suggère de les situer dans la chronologie d'une conduite. Toutefois, cette analyse des enchaînements passe par une description détaillée des séquences temporelles d'actes et de situations vécues fort complexes. Faute de pouvoir développer ici un schéma compréhensif des conduites agressives envers

autrui et de l'exposition aux atteintes, nous nous contenterons de voir si, et à quel degré, les configurations d'actes et d'expériences sont articulées entre elles ou au contraire éclatées.

Dans l'ensemble de la population, ceux qui ont reçu des coups au cours des douze derniers mois ont des indices de dépression et d'anxiété plus élevés que ceux qui n'en ont pas reçu (respectivement 38,4 et 40,8 contre 28,0 et 31,4), une estime de soi plus faible (69,3 contre 76,8). Les mêmes dispositions affectent ceux et celles qui ont subi des rapports sexuels forcés (40,3 et 42,0 contre 28,0 et 31,5 s'agissant de dépression et d'anxiété, 68,5 contre 76,9 en ce qui concerne l'estime de soi). Si on retrouve à un moindre degré ces tendances chez ceux qui ont porté des coups (35,2 et 39,6 contre 28,2 et 31,5 pour les scores de dépression et d'anxiété, 70,7 contre 76,7 pour l'estime de soi), en revanche, la prise de risques par défi ou plaisir n'est associée étroitement qu'à l'anxiété (les scores de dépression et d'estime de soi sont tout de même significatifs, mais les écarts de scores entre ceux qui ont pris des risques et les autres sont moindres).

Quand on distingue les jeunes (25 ans et moins) des adultes dans la maturité (45 ans et plus), on observe que les actes agressifs (frapper) penchent du côté anxiodépressif et ne s'accompagnent pas d'une perte de l'estime de soi chez les jeunes, alors que chez les plus de 25 ans, ce type de conduite est associé à la fois à de l'anxiété et à une perte de l'estime de soi. En terme de fréquence, tant les échanges de coups que l'exposition de soi au risque — par défi ou à travers les usages de drogues illicites — et les atteintes sexuelles subies distinguent les jeunes gens de 25 ans et moins des adultes dans la maturité, les hommes des femmes, il paraît judicieux de prendre en compte le double clivage du sexe et de l'âge.

Jeunesse

Parmi les hommes de 25 ans et moins, frapper et avoir été frappé sont deux situations

1. Étant donné les limites de la datation de ces actes, il est difficile d'étendre cette analyse aux femmes dans la maturité.

étroitement corrélées : les garçons impliqués dans des bagarres sont plus fréquemment des garçons absentéistes ou prenant des libertés avec les horaires scolaires. Ces conduites sont fortement liées à l'usage régulier de cannabis. En revanche, il n'y a pas de lien entre ces échanges de coups et la fréquence de la consommation d'alcool. Bien qu'ils déclarent plus souvent prendre des risques par défi ou plaisir et avoir fait plus souvent des tentatives de suicide, le lien entre l'implication dans des bagarres et la prise de risque ou la tentative de suicide n'est pas très étroit. Le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés est associé à l'implication dans des bagarres. En outre, il y a un lien étroit et direct chez les garçons entre les échanges de coups et les scores d'anxiété et de dépression. D'autres expériences douloureuses — les violences sexuelles et les tentatives de suicide — se trouvent étroitement corrélées chez les garçons mais, tandis que ceux qui ont fait des tentatives de suicide dans les cinq dernières années ont un score anxiodépressif élevé, ce n'est pas le cas de ceux qui ont subi des rapports sexuels forcés (Tableau VIII).

Chez les femmes de moins de 26 ans, les échanges de coups s'insèrent moins que chez les garçons dans des chaînes où l'on donne des coups et où l'on rend les coups reçus : les postures de victimes et d'auteurs sont relativement séparées. À l'inverse de ce que l'on observe chez les garçons, la participation des filles à des bagarres ne recoupe pas l'absentéisme. Et les liens entre les échanges de coups et les tendances anxiodépressives — telles qu'elles sont indiquées par les scores sur l'échelle de Duke — sont nettement moins serrés chez elles que chez les garçons. Par ailleurs, il y a, chez les jeunes femmes, un lien d'intensité plus médiocre que chez les hommes du même âge entre rapports forcés et tentative de suicide, l'un et l'autre étant cependant étroitement corrélés avec l'indice anxiodépressif, ce qui peut paraître surprenant (cf. *infra*).

En somme, chez les garçons, la participa-

tion à des bagarres est fortement associée à une attitude anxieuse et dépressive. Alors que chez les filles, le syndrome anxiodépressif est associé aux violences subies — rapports forcés ou tentative de suicide¹ — auxquels se rattachent les usages ou les abus de cannabis. En dépit de ces différences entre les sexes, les échanges de coups, les prises de risque, les violences subies font système chez les jeunes gens. Ils expriment, d'une manière plus cohérente que chez les adultes dans la maturité, la prégnance dans tous les domaines de l'existence, de l'opposition en bloc entre des rapports problématiques aux autres et à soi, et des rapports harmonieux ou peu conflictuels.

1. Dont on admettra qu'elle désigne à la fois une violence subie et agie.

Tableau VIII

Corrélations entre les comportements les atteintes sexuelles et les scores anxio-

	Frapper ou blesser quelqu'un
Hommes de 25 ans ou moins	
Avoir été frappé ou blessé	0,50***
Frapper ou blesser quelqu'un	
Sécher les cours	
Prendre un risque par plaisir ou par défi	
Consommation d'alcool au cours de l'année	
Consommation de cannabis ^a	
Tentative de suicide (cinq dernières années)	
Rapport sexuel forcé	
Anxiété	
Femmes de 25 ans ou moins	
Avoir été frappé ou blessé	0,15***
Frapper ou blesser quelqu'un	
Sécher les cours	
Prendre un risque par plaisir ou par défi	
Consommation d'alcool au cours de l'année	
Consommation de cannabis ^a	
Tentative de suicide (cinq dernières années)	
Rapport sexuel forcé	
Anxiété	

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. a. 0=jamais, 1=une fois vie,

Pour comprendre l'imbrication des violences exercées et des prises de risque chez les jeunes, il faut ajouter à la distinction classique entre *agon* et *polemos* (la lutte et la guerre), la distinction qui sépare *agon* de *padia*. Les Grecs n'ont pas assimilé *agon* et *padia*, c'est-à-dire l'agir compétitif et ce qui se rapporte à l'enfant. Pour eux, l'esprit agoniste apparaît avec l'adolescence, dans des jeux violents qui impliquent les garçons sortis de l'enfance, il dérive du désir, sexuellement motivé, d'être reconnu comme le plus adroit, le plus fort, de dominer. Les jeux agonistes se distinguent d'autres activités et singulièrement du travail parce que « l'endurance et l'effort » y sont des enjeux périphériques, écrit J. Huizinga dans *Homo ludens* [7]. Le jeu se déroule en un temps

et un cadre spatial le plus souvent limités à l'avance. Les jeux organisés dans les premières confréries masculines se sont progressivement institutionnalisés et ont débouché sur l'émulation sportive, et ce n'est sans doute pas un hasard si le sport est étroitement mêlé aux conduites agressives. Mais le modèle compétitif imprègne aujourd'hui beaucoup de domaines de la vie sociale et au premier chef le travail. Une des exigences spécifiques de la période actuelle consiste à articuler les valeurs fondées sur la compétition, la souplesse adaptative, l'initiative — qui renvoient à la nouvelle définition des valeurs masculines — et les valeurs électives, paritaires — qui traduisent la pénétration d'idéaux féminins dans la vie publique. Ces nouvelles exigences engendrent

agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, dépressifs

Sécher les cours	Prendre un risque par plaisir ou par défi	Consommation d'alcool au cours de l'année	Consommation de cannabis ^a	Tentative de suicide (cinq dernières années)	Rapport sexuel forcé	Anxiété	Dépression
0,11**	0,08*	0,05	0,14***	0,02	0,15***	0,14***	0,12***
0,11**	0,07*	0,03	0,07*	0,07*	0,09**	0,15***	0,11***
	0,17***	0,27***	0,43***	0,10**	0,05	0,22***	0,16***
		0,09**	0,11***	0,07*	0,02	0,17***	0,12***
			0,34***	0,06*	0,03	0,10**	0,04
				0,07**	0,03	0,16***	0,13***
					0,18***	0,21***	0,19***
						0,05	0,02
							0,82***
0,00	0,08**	0,11	0,11***	0,07**	0,19***	0,08**	0,06*
0,03	0,07**	0,09	0,10**	0,07*	0,06*	0,08**	0,06*
	0,04	0,27**	0,36***	0,05	0,06	0,14**	0,12**
		0,11	0,10***	0,01	0,01	0,10**	0,06*
			0,27***	0,00	0,05	0,13***	0,07**
				0,14***	0,08**	0,17***	0,17***
					0,10**	0,14***	0,15***
						0,11***	0,13***
							0,81***

2=une fois année,... 13=une fois mois ou plus.

des tensions, bouleversent les rapports de domination établis et nourrissent un débordement de violences nées de la frustration, notamment des jeunes hommes des quartiers pauvres.

Maturité

Pour saisir les contrastes dans les systèmes d'attitudes et les conduites, nous allons considérer non pas la tranche d'âge 26-44 ans qui a des traits juvéniles mêlés aux caractéristiques de l'âge mûr, mais exclusivement les personnes de 45 ans et plus.

Chez les adultes de cet âge, donner des coups et en recevoir sont sans lien chez les hommes et étroitement corrélés chez les femmes : situation en miroir inversé de celle des jeunes. Pour comprendre cela, il faut se souvenir du fait que chez les moins de 25 ans, les hommes déclarent trois fois plus souvent que les femmes porter des coups, l'échange physique est chez eux délibéré, il implique le risque accepté de prendre des coups. Les jeunes femmes ont rarement l'initiative, elles répondent tout au plus aux agressions qui les visent. Parmi elles, les femmes fragiles sont plus souvent victimes et fragilisées en retour par les atteintes subies. Ce qui explique la forte corrélation chez les premiers, et la corrélation plus médiocre chez les jeunes femmes, entre donner et recevoir (Tableau IX).

Au-delà de 44 ans, les rapports entre les sexes et, au sein de chaque sexe, entre les âges sont différents : les conduites offensives sont aussi fréquentes de la part des femmes que des hommes. Chez eux, des capacités physiques nettement diminuées par rapport à celles des jeunes hommes interdisent une posture d'initiative (les coups donnés ne sont pas liés à un goût pour le risque) ou même une attitude de réplique systématique. Les rares hommes qui continuent à donner des coups, le font sans avoir été toujours sollicités par des coups reçus : les hommes mûrs sont-ils moins agressifs ou simplement leur violence est-elle émoussée par l'âge ? Quoi qu'il en soit, cela induit un affaiblissement de la corréla-

tion entre donner et recevoir des coups. Dans la maturité, les femmes qui prennent des coups les rendent à un certain degré, d'abord aux hommes connus, à l'égard desquels le déséquilibre des forces est moins flagrant que dans la jeunesse et, peut-être aussi, à d'autres. Alors, pour elles, frapper et prendre un risque par plaisir sont étroitement liés.

La consommation d'alcool semble globalement, dans la maturité, liée à une posture dépressive. De façon symptomatique, chez les femmes d'âge mûr, les tentatives de suicide récentes, très corrélées au syndrome anxiodépressif, à la consommation d'alcool et aux prises de risque par défi, ne sont liées ni à la victimisation ordinaire, ni au fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés. En revanche, les tentatives de suicide en général,

Tableau IX

Corrélations entre les comportements les atteintes sexuelles et les scores anxio-

Hommes de 45 ans et plus

Avoir été frappé ou blessé
 Frapper ou blesser quelqu'un
 Prendre un risque par plaisir ou par défi
 Consommation d'alcool au cours de l'année
 Consommation de cannabis^a
 Tentative de suicide (cinq dernières années)
 Rapport sexuel forcé
 Anxiété

Femmes de 45 ans et plus

Avoir été frappé ou blessé
 Frapper ou blesser quelqu'un
 Prendre un risque par plaisir ou par défi
 Consommation d'alcool au cours de l'année
 Consommation de cannabis^a
 Tentative de suicide (cinq dernières années)
 Rapport sexuel forcé
 Anxiété

* : p<0,05. ** : p<0,01. *** : p<0,001. a. 0=jamais, 1=une fois vie,

sans précision de date, sont étroitement liées dans la maturité aux rapports sexuels forcés¹. Cet ensemble de relations, à première vue surprenantes, met encore une fois en lumière l'importance d'une prise en compte non seulement de la chronologie, mais des temporalités spécifiques dans lesquelles s'inscrivent des actes aussi graves, aussi pérennes. Comme si le traumatisme des rapports forcés qui interviennent souvent dans la jeunesse, se propageait avec lenteur mais avec une puissance considérable et engendrait des troubles qui affectent

après un temps très variable l'équilibre de la personne.

Parmi les adultes d'âge mûr, 45 ans et plus, on ne retrouve que très partiellement les structures de corrélations observées chez les jeunes. Dans l'ensemble, les liens sont moins intenses et parfois de sens contraire à ceux qui ont été observés chez les jeunes : ainsi, chez les hommes d'âge mûr, les prises de risque par défi et les tentatives de suicide non seulement ne sont pas le fait des mêmes individus, mais les tentatives de suicide se trouvent plus souvent présentes chez ceux qui ne prennent pas de risques par défi. La consommation d'alcool et la présence d'un syndrome anxiodépressif sont plutôt moins liés que chez les jeunes à l'échange de coups. Bref, tout se passe comme si, pour les adultes dans la maturité,

1. Ainsi lorsqu'on analyse par régressions logistiques, les déterminants des tentatives de suicide sans précision de date, il est frappant de constater que le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés est pratiquement non significatif chez les adolescentes, alors qu'il devient un des premiers déterminants chez les femmes de plus de 45 ans.

agressifs, risqués, les consommations de drogues, les tentatives de suicide, dépressifs

Frapper ou blesser quelqu'un par défi	Prendre un risque par plaisir ou	Consommation d'alcool au cours de l'année	Consommation de cannabis ^a	Tentative de suicide (cinq dernières années)	Rapport sexuel forcé	Anxiété	Dépression
0,03	0,05*	0,00	-	0,01	-0,07**	0,02	0,02
	0,01	0,02	-	-0,09***	0,00	0,07**	0,05*
		0,04	-	0,01	-0,00	0,03	0,01
			-	-0,01	0,02	0,04	0,07**
					-	-	-
					0,09***	-0,06**	-0,06**
						-0,01	-0,02
							0,84***
0,17***	0,01	0,01	-	-0,01	0,01	0,07***	0,07***
	0,11***	-0,00	-	0,01	0,06**	0,01	0,01
		0,02	-	-0,08***	0,00	0,00	-0,01
			-	-0,05**	0,01	0,02	0,06**
					-	-	-
					0,01	-0,08***	-0,11***
						-0,05**	-0,05**
							0,85

2=une fois année,... 13=une fois mois ou plus.

les expériences vécues exprimaient moins étroitement les circonstances actuelles, comme si l'exposition de soi à des risques psychiques ou physiques était moins délibérée, laissant place à des contingences présentes, à des plis ou des traumatismes

anciens. Au cours de la maturité, la personne entière dans ses réactions coordonne moins des dispositions et des attentes présentes qu'un mixte d'attitudes qui sont parfois un écho lointain de l'histoire individuelle.

références bibliographiques

1. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Regards sur la fin de l'adolescence. Escapad*. Rapport OFDT, Paris, 2001 : 224 p.
2. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
3. Lagrange H. *De l'affrontement à l'esquive. Violences, délinquances et usages de drogues*. Paris : Syros, 2001 : 134 p.
4. Jaspard M. et l'Enveff. *Premiers résultats*. Conférence de presse, secrétariat d'État au Droits des femmes, Paris, 2001.
5. Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 352 p.
6. Lagrange H., Lhomond B. et l'équipe de l'ACSJ. *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997 : 432 p.
7. Huizinga J. *Homo Ludens*. Paris : Gallimard, 1967.