



Le point sur



Date de publication : 10 avril 2026

NORMANDIE

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Éditos

Baromètre de Santé publique France 2024 : éclairer les inégalités pour mieux agir

Depuis plus de trente ans, le Baromètre de Santé publique France est un outil indispensable pour comprendre les comportements, les perceptions et les déterminants de santé des personnes vivant en France. Avec plus de 35 000 personnes interrogées, cette enquête permet de compléter les systèmes de surveillance existants en recueillant des données sur l'adhésion vaccinale, la consommation de tabac ou d'alcool, les pensées suicidaires ou encore la santé perçue, etc. Ces données guident nos politiques de prévention et nous aident à réduire les inégalités.

L'édition 2024 franchit une nouvelle étape avec la déclinaison de l'ensemble des indicateurs à l'échelle régionale pour apporter au plus près des décideurs et des populations les éléments de connaissance devant guider les actions de santé publique. Cette édition permet par ailleurs de mieux prendre en compte l'impact des déterminants sociaux – âge, sexe, éducation, emploi, ressources financières – sur la santé. À ce titre, on observe que les femmes restent plus touchées par les troubles anxieux et dépressifs, tandis que les jeunes adultes cumulent des facteurs de vulnérabilité.

Pourtant, ces inégalités ne sont pas une fatalité. La lutte contre le tabagisme, par exemple, a permis de réduire de 4 millions le nombre de fumeurs en dix ans en France. Preuve que des politiques ciblées, des actions de prévention fondées sur des données solides fonctionnent.

Face aux défis démographiques et climatiques, Santé publique France agit à tous les niveaux : outils digitaux personnalisés, campagnes de sensibilisation, ou partenariats avec les collectivités locales. Notre objectif est clair : rendre les environnements plus favorables à la santé, pour tous et partout. Et les données régionales produites par ce Baromètre sont un levier précieux pour adapter les réponses au plus près des besoins des territoires.

La prévention est un levier indispensable pour préserver notre système de santé et il est urgent de renforcer les actions de prévention. Et nous savons qu'investir dans la prévention est rentable : un euro investi dans l'opération Mois Sans Tabac, c'est 7 euros d'économie dans les dépenses de santé.

Ces résultats vont éclairer les décideurs, les professionnels de santé, mais aussi chaque citoyen. La santé se construit aussi au quotidien, dans les choix individuels et en complément des actions publiques.

La santé est un bien commun. À nous d'agir, ensemble, pour une société plus équitable.

Dr Caroline Semaille
Directrice générale Santé publique France

Baromètre de Santé publique France 2024 en Normandie

Pour la première fois, le Baromètre de Santé publique France 2024 offre une lecture détaillée et territorialisée de l'état de santé des normands, basée sur les réponses de près de 1 700 adultes résidant dans notre région. Cette approche régionale, inédite, permet de compléter les tendances nationales pour mieux comprendre les dynamiques propres à la Normandie, qu'il s'agisse de comportement, de perception ou d'exposition aux déterminants sociaux et environnementaux qui influencent l'état de la santé.

Les résultats de cette édition révèlent que la Normandie suit globalement les tendances nationales, tout en présentant certaines spécificités locales marquées :

- Des points forts : la Normandie se distingue par une proportion moins importante d'adultes défavorables à certaines vaccinations (33 % contre 36 % au national) et une sédentarité moindre (23 % de personnes assises plus de 7h/jour contre 28 % au national).
- Des vulnérabilités : la Normandie présente une proportion plus faible de personnes souhaitant réduire leur consommation d'alcool, notamment les hommes (14 % contre 19 % au national) alors qu'un quart des adultes dépassent les repères de consommation.

Ces écarts soulignent l'importance de disposer de données territorialisées pour éclairer les priorités d'actions et ajuster les stratégies de prévention. Ils mettent en lumière l'influence des contextes de vie, des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé des normands.

Le Baromètre 2024 révèle également des dynamiques qui doivent guider les interventions, c'est un outil au service des acteurs régionaux :

- Santé mentale : les jeunes femmes et les populations précaires sont plus exposées aux épisodes dépressifs et aux troubles anxieux.
- Addictions : les personnes en difficulté financière fument davantage.
- Maladies chroniques : l'hypertension et le diabète concernent particulièrement les seniors vivant en zones rurales, soulignant la nécessité de renforcer le dépistage et l'accès aux soins dans ces territoires.
- Environnement et santé : l'exposition aux aléas climatiques et aux tiques, bien que moins prononcée qu'ailleurs, appelle à une meilleure information sur les gestes de prévention en prévision de leur augmentation.

En fournissant ces repères, le Baromètre 2024 constitue un outil précieux pour soutenir les politiques publiques, identifier les populations les plus exposées et renforcer les interventions adaptées aux réalités normandes. Il contribue à une meilleure compréhension des enjeux régionaux et constitue un levier pour promouvoir la santé et réduire les inégalités sur l'ensemble du territoire.

Mélanie Martel
Déléguée régionale Normandie

Points clés

- **Un observatoire régional inédit des comportements de santé.** Le Baromètre 2024 dresse pour la première fois un état des lieux régional détaillé de la santé, des comportements et des perceptions des normands. Avec près de 1 700 adultes interrogés, il constitue un outil d'aide à la décision pour orienter les actions de prévention.
- **Renforcer la santé mentale : un enjeu majeur de santé publique.** Un adulte sur sept (14%) déclare avoir vécu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois, tandis que 6 % souffrent de troubles anxieux généralisés et 5 % de pensées suicidaires. Pourtant, une personne sur quatre concernées par une dépression et près d'une sur trois par des troubles anxieux ne recourent pas aux soins. La désignation de la santé mentale comme *Grande Cause Nationale 2025* est une opportunité pour déstigmatiser, informer et faciliter l'accès aux soins.
- **Poursuivre les efforts pour réduire la consommation de tabac et d'alcool, tout en consolidant les dynamiques encourageantes.** Le tabagisme quotidien continue de diminuer, reflet des actions de prévention et des dispositifs de sevrage, mais demeure plus élevé parmi les personnes en situation de précarité. À l'inverse, le vapotage quotidien — plus fréquent en Normandie qu'au niveau national — ne présente pas de disparités socio-économiques, possiblement grâce à l'implication d'acteurs régionaux promouvant la vape comme outil de réduction des risques auprès des publics les plus vulnérables. Parallèlement, près d'un adulte sur quatre dépasse les repères de consommation d'alcool à moindre risque, surtout parmi les cadres et les populations aisées, alors que la part de personnes souhaitant réduire sa consommation demeure faible, particulièrement chez les hommes. Ces comportements, facteurs de risque évitables, appellent à renforcer les actions régionales de prévention et d'accompagnement.
- **Prévenir les maladies chroniques : promouvoir l'activité physique et réduire la sédentarité.** Près d'un quart des adultes passent plus de 7 heures par jour assis, facteur de risque majeur pour les maladies chroniques comme l'hypertension et de diabète de type 2. De plus, seul un tiers pratiquent une activité physique régulière pendant ses loisirs. Pour inverser cette tendance, il est essentiel d'agir sur les comportements individuels (promotion des 30 minutes d'activité physique quotidienne et rupture de sédentarité toutes les 2h, communication sur les bénéfices sur la santé) et sur l'aménagement de l'environnement pour cibler les publics les plus sédentaires, comme les diplômés du supérieur et les jeunes actifs.
- **Réduire les inégalités sociales, de genre et d'âge qui influencent fortement la santé.** La précarité accentue les troubles psychiques, les addictions et les maladies chroniques. Les femmes déclarent plus de problèmes de santé mentale, les hommes plus de comportements à risque. Les jeunes cumulent fragilité psychologique et sédentarité, les seniors sont davantage touchés par les maladies chroniques. Ces écarts se retrouvent dans les comportements de prévention, comme la vaccination, moins bien acceptée par les personnes précaires. Cela souligne la nécessité d'actions ciblées pour les populations vulnérables et les territoires.

Sommaire

Éditos	1
Points clés	3
Sommaire.....	4
Présentation de l'enquête	5
Santé générale : santé perçue et limitations d'activité.....	6
Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt.....	11
Vapotage : usage et évolutions récentes.....	15
Consommation d'alcool : dépassement des repères à moindre risque.....	19
Sédentarité : prévalence et connaissance des recommandations	23
Activité physique : pratiques et connaissance de la recommandation	27
Chutes, accidents et traumatismes crâniens	32
Sommeil : temps moyen sur 24 heures et plaintes d'insomnie	40
Bien-être : score de satisfaction de vie.....	46
Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins	52
Trouble anxieux généralisé : prévalence et recours aux soins	56
Conduites suicidaires : prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.....	61
Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement.....	68
Diabète : prévalence et place des mesures hygiéno-diététiques dans son traitement.....	72
Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences	77
Résistance aux antibiotiques : représentations et connaissances générales.....	81
Piqûres de tiques et Borréliose de Lyme : connaissances, attitudes et pratiques	86
Changement climatique : impact des événements climatiques extrêmes sur la santé.....	91
Prévention « canicule » : exposition aux messages de prévention et connaissances	96
Inégalités de santé : poids des déterminants sociaux. Focus sur l'insécurité alimentaire et les discriminations	101
Pour en savoir plus	111

Présentation de l'enquête

Depuis 30 ans, le Baromètre de Santé publique France interroge la population résidant en France sur ses opinions, comportements et connaissances en matière de santé. En 2024, l'enquête s'est dotée d'une méthodologie renouvelée pour améliorer la qualité des statistiques produites [1]. Elle devient une enquête transversale répétée tous les deux ans, auprès des personnes âgées de 18 à 79 ans vivant en logement ordinaire en France hexagonale, Guadeloupe, Guyane, Martinique et à la Réunion. Le dispositif repose désormais sur un tirage au sort d'individus à partir de la base de données fiscales de l'INSEE [2] et sur un protocole de collecte multimode (internet et téléphone). Mayotte est exclue en raison d'une couverture insuffisante de la base Fidéli sur ce territoire.

En Normandie, l'enquête s'est déroulée du 12 février au 27 mai 2024. Au total **1 690 personnes échantillonnées ont répondu** intégralement au questionnaire, soit un taux de réponse de 55,6 % (Tableau 1).

L'enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique à caractère obligatoire [1,3]. Elle est conçue pour produire des statistiques exploitables à l'échelle régionale. Le changement de méthode de l'enquête, introduit en 2024, invite à interpréter avec précaution l'évolution des indicateurs par rapport aux éditions précédentes [3].

Pour chaque thématique, la définition et le mode de calcul des indicateurs sont identiques à ceux de la synthèse thématique nationale correspondante [4]. Les comparaisons interrégionales sont réalisées après standardisation directe sur le sexe, l'âge et le mode de collecte.

Les intervalles de confiance des proportions sont calculés par une méthode exacte [5,6]. Les effectifs indiqués dans les tableaux correspondent au nombre de répondants dans le sous-échantillon d'intérêt. Lorsque cet effectif est inférieur à 30, la valeur de l'indicateur n'est pas présentée et remplacée par la mention SD (pour Seuil de Diffusion) [1].

Tableau 1. Taux de participation par sexe et par âge, Normandie, France, 2024

	Effectif de répondants**	Taux de réponse¹	Part de réponses par internet
	n	%	%
Sexe			
Homme	820	54,0	88,8
Femme	870	57,2	88,7
Age			
18-29 ans	306	49,6	90,2
30-39 ans	257	53,9	88,7
40-49 ans	281	59,8	91,1
50-59 ans	338	62,3	89,6
60-69 ans	276	55,6	86,6
70-79 ans	232	52,5	85,3
Normandie	1 690	55,6	88,8
France*	34 940	56,6	86,1

* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Effectifs de répondants dont la région de résidence renseignée dans la base de sondage est Normandie

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

[1] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

[2] Fichiers démographiques sur les logements et les individus | Insee

[3] Baromètre de Santé publique France (Enquête) (2024X045SA) - CNIS

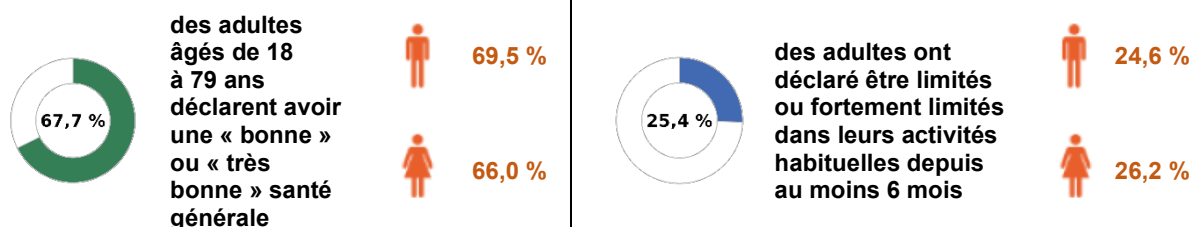
[4] Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

[5] Parker JD, Talihi M, Malec DJ, et al. National Center for Health Statistics data presentation standards for proportions. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2017 : 2(175).

[6] Korn EL, Graubard BI. Confidence intervals for proportions with small expected number of positive counts estimated from survey data. Survey Methodology, 1998 24(2): 193–20

Santé générale : santé perçue et limitations d'activité

Points clés en Normandie



Contexte

La surveillance de la santé perçue et de la qualité de vie dans la population générale représente un enjeu important, en raison de leurs associations avec la survenue de pathologies (morbidité) ou le décès (mortalité). Pour cette surveillance, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité, inclus dans le mini-module européen [1] et évalués chacun à travers une question simple, sont fréquemment utilisés. La santé perçue déclarée comme « moins que bonne » est associée à des événements négatifs (déclin cognitif, limitation fonctionnelle et mortalité) [2,3,4]. Depuis 2017, la France a traversé plusieurs crises sociales ainsi que la crise sanitaire du Covid-19, et une dégradation de la santé générale de la population française a été observée entre 2017 et 2021 [5]. Les données issues du Baromètre de Santé publique France permettent d'estimer, en 2024, la proportion d'individus se déclarant en bonne ou très bonne santé¹, et la proportion d'individus déclarant une limitation d'activité², et de décrire les variations de ces indicateurs selon le sexe, l'âge et les variables socio-économiques.

Résultats

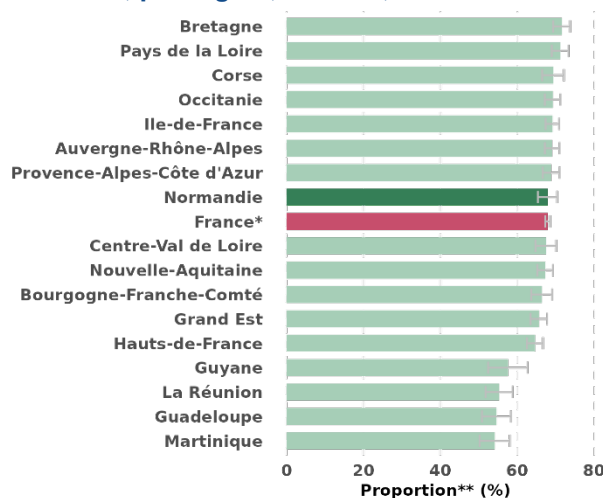
En Normandie, 67,7 % [IC95% : 65,1-70,2] des adultes âgés de 18 à 79 ans ont déclaré avoir une santé perçue « très bonne » ou « bonne » (TB/B), en 2024. Cette proportion est proche de celle observée au niveau national (68 % [IC95% : 67,3-68,6]) (Figure 1).

En 2024, 25,4 % [IC95% : 23,1-27,8] des adultes âgés de 18 à 79 ans ont déclaré être limités ou fortement limités dans leurs activités. Cette proportion est également proche de celle observée au niveau national (26,0 % [IC95% : 25,4-26,6]) (Figure 2).

¹ Comment est votre état de santé en général ? 1 - Très bon, 2 - Bon, 3 - Assez bon, 4 - Mauvais, 5 - Très mauvais (regroupement des modalités en deux classes, en « Très bon / Bon » contre « Assez Bon / Mauvais / Très mauvais »).

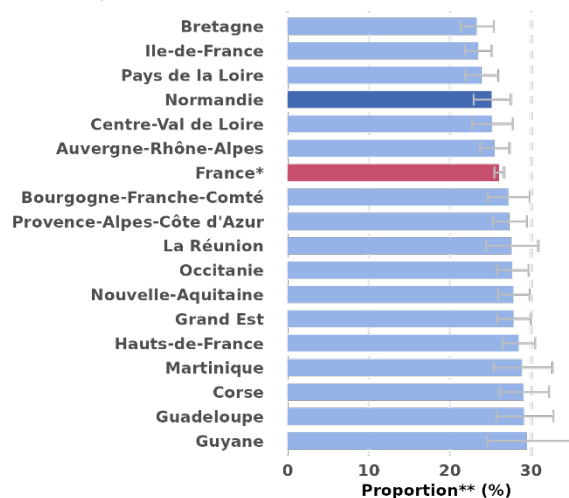
² Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? 1- oui, fortement limité(e) 2- oui, limité(e), mais pas fortement 3- Non, pas limité(e) du tout (regroupement des modalités en deux classes, en « Oui, fortement limité (e) / Oui, limité(e) mais pas fortement » contre « Non, pas limité(e) du tout »).

Figure 1. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne », par région, France*, 2024



France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion ; ** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une limitation d'activité, par région, France*, 2024



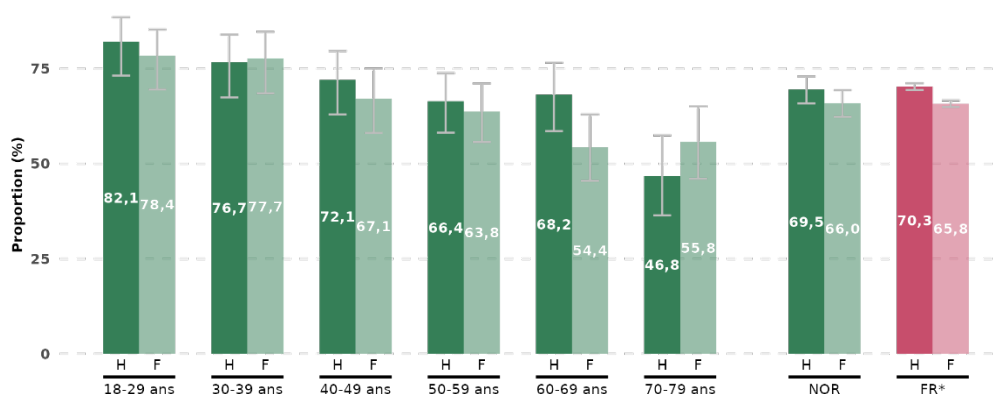
France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion ; ** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Des indicateurs fortement liés à l'âge

Comme au niveau national, on observe un gradient décroissant de **très bonne/ bonne (TB/B) santé perçue** des plus jeunes vers les plus âgés, la proportion variant de 80,3 % pour les 18-29 ans à 51,7 % pour les 70-79 ans (Figure 3). Inversement, la déclaration de **limitations d'activités** se caractérise par un gradient croissant des plus jeunes vers les plus âgés, la proportion passant de 14,4 % pour les 18-29 ans à 39,3 % pour les 70-79 ans (Figure 4).

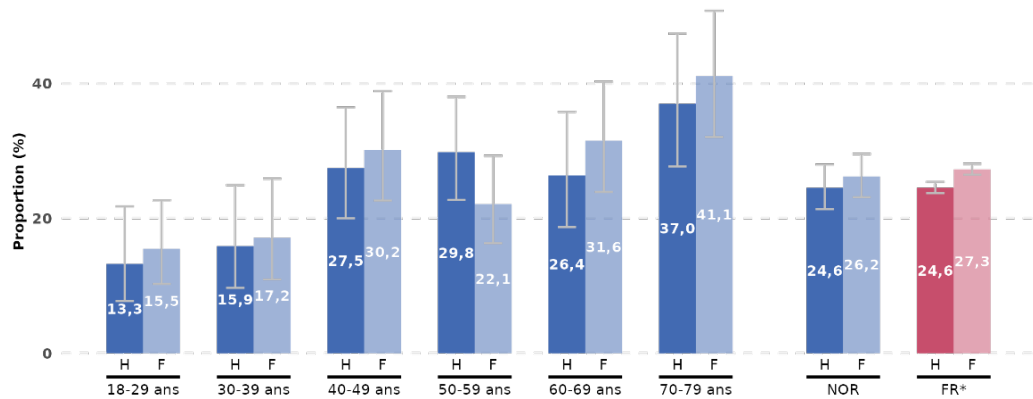
La proportion d'hommes déclarant **une santé perçue TB/B** est de 69,5 %, plus élevée que celle des femmes (66,0 %) sans que la différence ne soit significative. Cependant, les hommes et les femmes déclarent des limitations d'activités proche (respectivement 25,6 % et 26,2 %). Ces résultats suivent les mêmes tendances qu'au niveau national.

Figure 3. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne » par classe d'âge en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 4. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une limitation d'activité par classe d'âge en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Des indicateurs fortement influencés par le niveau de diplôme et les revenus

Comme au niveau national, on observe un gradient décroissant de la proposition de **TB/B santé perçue** (Tableau 1) :

- des plus diplômés (supérieur au bac) vers les moins diplômés (inférieur au bac et sans diplôme) : respectivement 75,1 % et 60,6 % des personnes déclarent une TB/B santé perçue ;
- des revenus perçus les plus élevés (à l'aise) vers les plus faibles (c'est difficile, endetté) : respectivement 82,0 % et 46,7 % des personnes déclarent une TB/B santé perçue.

Comme au niveau national, on observe à l'inverse un gradient croissant **des limitations des activités** :

- des plus diplômés (supérieur au bac) vers les moins diplômés (inférieur au bac et sans diplôme) : respectivement 20,0 % et 28,7 % de personnes déclarant une limitation dans leurs activités quotidiennes ;
- de la situation financière perçue la plus élevée (à l'aise) vers la plus contrainte (c'est difficile, endetté) : respectivement 16,8 % et 40,3 % de personnes déclarant une limitation dans leurs activités quotidiennes.

Tableau 1. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne » et déclarant une limitation d'activité en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, 2024

	Proportion d'adultes déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne »			Proportion d'adultes déclarant une limitation d'activité (forte ou non)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Niveau étude						
Supérieur au BAC	577	75,1	71,1-78,8	575	20,0	16,6-23,8
BAC	440	74,2	69,7-78,4	442	24,8	20,6-29,4
Sans diplôme et inférieur au BAC	652	60,6	56,4-64,7	651	28,7	25,0-32,6
Situation financière perçue						
A l'aise	219	82,0	75,8-87,3	219	16,8	11,4-23,5
Ça va	642	75,2	71,3-78,9	641	19,3	16,2-22,9
C'est juste	592	64,6	60,2-68,9	591	27,8	24,0-31,9
C'est difficile, endetté	216	46,7	39,2-54,4	217	40,3	33,0-47,9
Normandie	1669	67,7	65,1-70,2	1668	25,4	23,1-27,8
France ¹	34902	68,0	67,3-68,6	34875	26,0	25,4-26,6

¹ France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

La catégorie socio-professionnelle, le type de ménage et la densité de communes : des facteurs ayant un lien plus complexe avec la perception de la santé

Peu de différences de **TB/B santé perçue** existent selon la catégorie socio-professionnelle (CSP), les proportions allant de 62,5 % chez les « ouvriers » à 71,2 % chez les « professions intermédiaires », suivi des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (69,4 %) (Tableau 2). Cependant, chez les femmes, les différences sont plus marquées, la CSP « ouvriers » présente la proportion de **santé perçue TB/B** la plus basse (45,4 %) comparé aux autres catégories.

Concernant les **limitations d'activité**, les CSP varient également peu, de près de 23 % chez les « cadres et professions intellectuelles supérieures » et « professions intermédiaires » à 31 % parmi les CSP « ouvriers » et « agriculteurs, commerçants, artisans ». Chez les femmes, les différences sont une fois de plus, plus marquées, la CSP « ouvriers » présentant une proportion de **limitations d'activité** plus élevée (44,1 %) comparé à la catégorie « professions intermédiaires » (21,5 %).

Concernant le type de ménage, les personnes vivant en couple avec enfants déclarent plus souvent une **santé perçue TB/B** (72,9 %) que les couples sans enfants (60,7 %) et individus vivant seuls (61,7 %). Inversement, les individus vivant seuls (30,6 %) et les couples sans enfant déclarent (29,0 %) plus souvent être **limités dans leurs activités** que les personnes en couple avec enfants (20,4 %).

Tableau 2. Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne » et déclarant une limitation d'activité (forte ou non) en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, 2024

	Proportion d'adultes déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne »			Proportion d'adultes déclarant une limitation d'activité (forte ou non)		
	ns	%	IC95%	n	%	IC95%
Catégories socio-professionnelles						
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	62,9	52,7-72,3	126	30,5	21,8-40,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	69,4	63,0-75,3	265	22,8	17,7-28,6
Professions intermédiaires	427	71,2	66,3-75,8	428	22,9	18,8-27,4
Employés	439	67,7	62,6-72,5	438	24,6	20,4-29,2
Ouvriers	318	62,5	56,5-68,3	318	31,4	25,9-37,3
Type de ménage						
Ménage d'une seule personne	327	61,7	55,4-67,7	328	30,6	25,0-36,7
Famille monoparentale	149	69,9	60,8-78,0	149	27,1	19,5-35,9
Couple sans enfant	566	60,7	56,1-65,1	566	29,0	25,0-33,3
Couple avec enfant(s)	484	72,9	68,1-77,2	482	20,4	16,7-24,6
Typologie urbaine/rurale						
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	731	65,9	61,9-69,7	730	28,2	24,6-32,0
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle	474	73,1	68,5-77,3	474	22,4	18,5-26,8
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	366	63,8	57,9-69,4	366	22,5	18,0-27,4
Normandie	1669	67,7	65,1-70,2	1668	25,4	23,1-27,8
France ¹	34902	68,0	67,3-68,6	34875	26,0	25,4-26,6

¹ France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En 2024, 67,7 % des adultes de 18-79 ans déclarent une très bonne ou bonne santé, et 25,4 % déclarent être limités dans leurs activités quotidiennes, en Normandie. La santé perçue « très bonne ou bonne » varie selon le sexe, l'âge, le niveau d'étude, les revenus et la catégorie socio-professionnelle : les hommes, les plus jeunes et les catégories socialement favorisées déclarant une meilleure santé perçue et moins de limitations dans leurs activités, que les femmes, les plus âgés et les moins favorisés. Les résultats de l'indicateur de limitations d'activité en 2024 sont en miroir des résultats de l'indicateur de santé perçue, avec les mêmes gradients. Ces résultats sont similaires à ce qui est observé au niveau national [6].

Ce travail constitue une première description des indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité au niveau régional, dont l'interprétation plus fine nécessiterait des travaux complémentaires.

Références

- [1] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, et al. The reliability of the minimum European health module. *Int J Public Health*. 2009;54(2):55–60
- [2] DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267–75.
- [3] Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C, MRC CFAS. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing*. 2006;3(4):193–206.
- [4] Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. *Am J Epidemiol*. 2000;152(9):874–83
- [5] Lahbib H, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Delpierre C, Coste J. Trends and social inequalities in self-reported health and activity limitations in France between 2017 and 2021: results from four nationwide representative surveys
- [6] H. Lahbib, J. Coste, L. Guldner. Santé générale : santé perçue et limitations d'activité. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

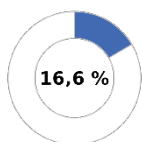
Auteurs

Rédaction : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Sandrine Coquet, Hana Lahbib, Laurence Pascal, Stéphanie Rivière, Marc Ruello

Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt

Points clés en Normandie

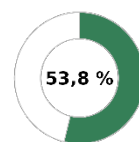


des adultes de 18 à 79 ans déclarent fumer quotidiennement



19,3 % des hommes déclarent fumer quotidiennement

13,9 % des femmes déclarent fumer quotidiennement



des fumeurs quotidiens de 18 à 79 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer

Contexte

En France, le tabac est le premier facteur de mortalité évitable et le premier facteur de risque de cancer [1]. Après une baisse entre 2016 et 2019 puis une période de relative stabilité lors de la pandémie de Covid-19, la prévalence du tabagisme quotidien au niveau national a de nouveau diminué entre 2021 et 2023 [2]. A l'échelle des régions, des évolutions variables sont observées [3]. En 2024 en France, la proportion de personnes de 18-79 ans déclarant fumer actuellement (occasionnellement ou quotidiennement) est de 24,0 % et la proportion de fumeurs quotidiens est de 17,4 % [4]. Les données issues des Baromètres de Santé publique France permettent de suivre les comportements de consommation de tabac et de mieux comprendre les disparités socioéconomiques associées.

Résultats

Tabagisme actuel

En 2024 en Normandie, la proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant fumer actuellement (occasionnellement ou quotidiennement) est de 22,2 % [IC95% : 20,0-24,6]. Cette proportion est de 26,2 % [IC95% : 22,8-29,9] chez les hommes et de 18,4 % [IC95% : 15,7-21,4] chez les femmes.

Tabagisme quotidien

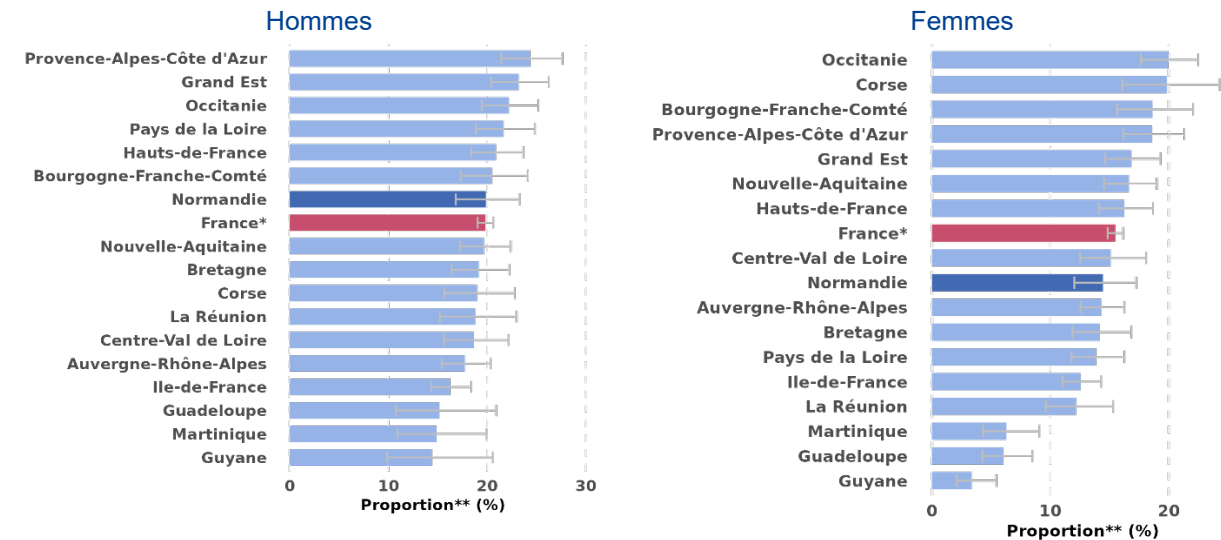
La proportion de fumeurs quotidiens est de 16,6 % pour l'ensemble des adultes de 18-79 ans de la région (19,3 % chez les hommes et 13,9 % chez les femmes), correspondant à 390 000 fumeurs quotidiens [IC95% : 340 000-450 000]. Il n'y a pas de différences significatives de cette proportion par rapport aux autres régions (Figure 1).

Évolution

La proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant fumer quotidiennement en 2024 est en baisse par rapport à l'estimation du Baromètre de Santé publique France 2021 (24,4 % [IC95% : 21,2-27,8]).

Même si les indicateurs analysés ne semblent pas présenter d'effets liés à la manière dont les personnes ont été interrogées, une partie de cette évolution pourrait être due au changement de méthode d'enquête. Par conséquent, l'évolution depuis l'édition 2021 a été présentée, mais son interprétation doit être faite avec précaution [5].

Figure 1. Proportion d’adultes de 18 à 79 ans déclarant fumer quotidiennement par sexe et par région, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d’adultes de 18 à 79 ans déclarant fumer quotidiennement selon le sexe, l’âge, la situation financière perçue, le niveau de diplôme, la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et la situation professionnelle, Normandie, France, 2024

	Proportion d’adultes déclarant fumer quotidiennement		
	n	%	IC95%
Sexe			
Hommes	784	19,3	16,3-22,7
Femmes	883	13,9	11,5-16,6
Age			
18-29 ans	287	11,6	7,5-16,9
30-44 ans	403	25,4	20,8-30,6
45-59 ans	468	21,6	17,6-26,1
60-79 ans	509	8,6	5,9-11,9
Situation financière perçue			
A l’aise	218	11,1	6,6-17,0
Ça va	643	12,7	10,0-15,8
C’est juste	591	17,3	13,9-21,0
C’est difficile, endetté	215	28,3	21,9-35,5
Niveau de diplôme			
Sans diplôme et inférieur au bac	651	18,6	15,4-22,1
Bac	441	18,7	14,9-23,0
Supérieur au bac	575	11,2	8,5-14,3
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d’entreprise	126	17,5	10,7-26,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	14,8	10,2-20,6
Professions intermédiaires	428	13,3	10,0-17,3
Employés	438	16,3	12,8-20,4
Ouvriers	317	22,0	17,1-27,6
Situation professionnelle			
Travail	880	19,5	16,7-22,6
Chômage	102	23,6	14,4-35,0
Retraite et autre inactif	685	11,6	9,0-14,6
Normandie	1667	16,6	14,6-18,7
France²	34 768	17,4	16,9-17,9

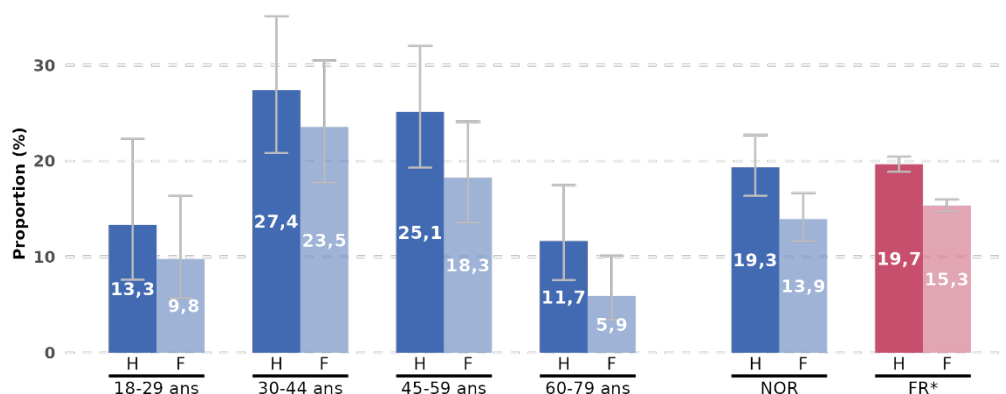
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Comme au niveau national, la proportion de fumeurs quotidiens est plus élevée chez les personnes avec une situation financière perçue comme difficile, chez les personnes avec un niveau d'étude inférieur ou égal au Baccalauréat, ou encore chez les ouvriers ou chez les personnes au chômage (Tableau 1).

Le tabagisme quotidien varie selon l'âge, de la même façon parmi les hommes et les femmes. La proportion de fumeurs quotidiens est la plus élevée chez les 30-44 ans et les 45-59 ans, et diminue fortement après 60 ans (Figure 2).

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant fumer quotidiennement par classe d'âge et par sexe, Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

┆ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Nombre moyen de cigarettes fumées par jour

En Normandie, les fumeurs quotidiens fument en moyenne 13,3 [IC95% : 12,2-14,4] cigarettes par jour, ce niveau est comparable à celui observé dans les autres régions. Ce chiffre est plus élevé chez les hommes (15,1) que chez les femmes (11,0).

Envie d'arrêter de fumer et tentatives d'arrêt du tabac

En Normandie, 55,0 % des fumeurs quotidiens déclarent avoir envie d'arrêter de fumer, sans différence entre les hommes et les femmes. Cette proportion est similaire à celle observée dans le reste de la France.

Parmi les fumeurs quotidiens, 16,3 % déclarent avoir fait une tentative d'arrêt d'au moins 7 jours au cours des 12 derniers mois, sans différence entre les hommes et les femmes. Cette proportion est similaire à celle observée dans le reste de la France (Tableau 2).

Tableau 2. Proportion de fumeurs quotidiens chez les adultes de 18 à 79 ans ayant envie d'arrêter de fumer et ayant essayé d'arrêter de fumer pendant au moins 7 jours dans l'année, selon le sexe, Normandie, France, 2024

Sexe	Envie d'arrêter de fumer			Tentatives d'arrêt		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Hommes	139	55,0	45,4-64,3	139	17,4	11,0-25,6
Femmes	120	52,3	42,1-62,3	120	14,9	8,9-22,9
Normandie	259	53,8	46,9-60,6	259	16,3	11,7-21,9
France ¹	5368	55,0	53,3-56,6	5362	17,3	16,1-18,6

¹ France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024



Mois sans tabac 2023 en Normandie

- En 2024, 89,3 % des fumeurs et ex-fumeurs quotidiens ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an déclarent avoir entendu parler du dispositif Mois sans tabac 2023.
- En 2023, il y a eu 8 308 inscriptions à Mois sans tabac Normandie, soit 2,1 % des fumeurs quotidiens ; en 2024 il y a eu 7 014 inscriptions, soit 1,8 % des fumeurs quotidiens

Conclusion

En Normandie, comme au niveau national, près d'un quart des adultes de 18-79 ans déclarent fumer actuellement, et 16,6 % sont fumeurs quotidiens. Les populations les plus vulnérables sur le plan socio-économique restent les plus concernées, entraînant des disparités en termes de morbidité et de mortalité. Cela montre l'importance de continuer à adapter les dispositifs de prévention, afin d'inciter ces fumeurs à faire des tentatives d'arrêt du tabac, et mieux les aider à transformer ces tentatives en sevrage réussi.

Pour en savoir plus

Tabac info service : 3 outils d'aide à l'arrêt pour s'intégrer au mieux dans les habitudes de chacun

- Le 39 89 : numéro d'aide à distance de Tabac info service

Met en relation les fumeurs avec des tabacologues afin de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit. Accessible aux personnes sourdes ou malentendantes via la plateforme Acceo.

- Le site internet tabac-info-service.fr

Propose de nombreux contenus d'aide et outils d'accompagnement (mise en contact avec un tabacologue, témoignages, questions/réponses...).

- L'application d'e-coaching Tabac info service

Propose un programme complet et personnalisé pour optimiser les chances d'arrêt définitif du tabac (astuces, vidéos de soutien, suivi des bénéfices de l'arrêt au quotidien...).

Retrouvez tous les outils et documents de prévention du tabagisme à destination des professionnels de santé et du grand public [ici](#)



Références

- [1] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):278-84
- [2] Pasquereau A, Guignard R, Andler R et al. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT. Le point sur, novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p.
- [3] Le Nézet O, Pasquereau A, Guignard R et al. (2025), Tabagisme et vapotage parmi les 18-75 ans en 2023. Tendances, OFDT, n° 168, 8 p.
- [4] A. Pasquereau, R. Guignard, R. Andler, V. Nguyen-Thanh. Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [5] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [6] Point épidémiologique régional. Tabac et vapotage, indicateurs de consommation 2021 en région Normandie, 2023 : [lien](#)

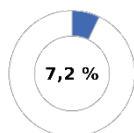
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Romain Guignard, Virginie de Lauzun, Anne Pasquereau, Valérie Pontiers, Alexandra Thabuis

Vapotage : usage et évolutions récentes

Points clés en Normandie



des adultes de 18 à 79 ans déclarent vapoter quotidiennement



7,7 % des hommes déclarent vapoter quotidiennement



6,6 % des femmes déclarent vapoter quotidiennement

Contexte

Les cigarettes électroniques sont arrivées sur le marché français au début des années 2010, avec principalement des modèles rechargeables et réutilisables. L'offre de produits s'est diversifiée, jusqu'à proposer en France à partir de 2021 des puffs, cigarettes électroniques à usage unique, qui ont été interdites en février 2025. L'usage des cigarettes électroniques soulève de nombreuses questions de santé et de santé publique, pour lesquelles il n'y a pas à ce jour de consensus scientifique.

En 2024 en France, la proportion des personnes de 18-79 ans déclarant vapoter actuellement (occasionnellement ou quotidiennement) est de 7,9 % et la proportion de vapoteurs quotidiens est de 6,1 % [1]. Les données issues des Baromètres de Santé publique France permettent de suivre les comportements de vapotage et de mieux comprendre les disparités socioéconomiques associées.

Résultats

Expérimentation

En 2024 en Normandie, 39,1 % [IC95% : 36,5-41,7] des adultes de 18 à 79 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté la cigarette électronique ou la puff ; cette proportion est de 42,1 % [IC95% : 38,3-46,0] chez les hommes et de 36,2 % [IC95% : 32,7-39,7] chez les femmes.

Vapotage actuel

La proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant vapoter actuellement (occasionnellement ou quotidiennement) est de 9,4 % [IC95% : 8,0-11,1]. Cette proportion est de 10,0 % [IC95% : 7,8-12,6] chez les hommes et de 8,9 % [IC95% : 7,0-11,2] chez les femmes.

Vapotage quotidien

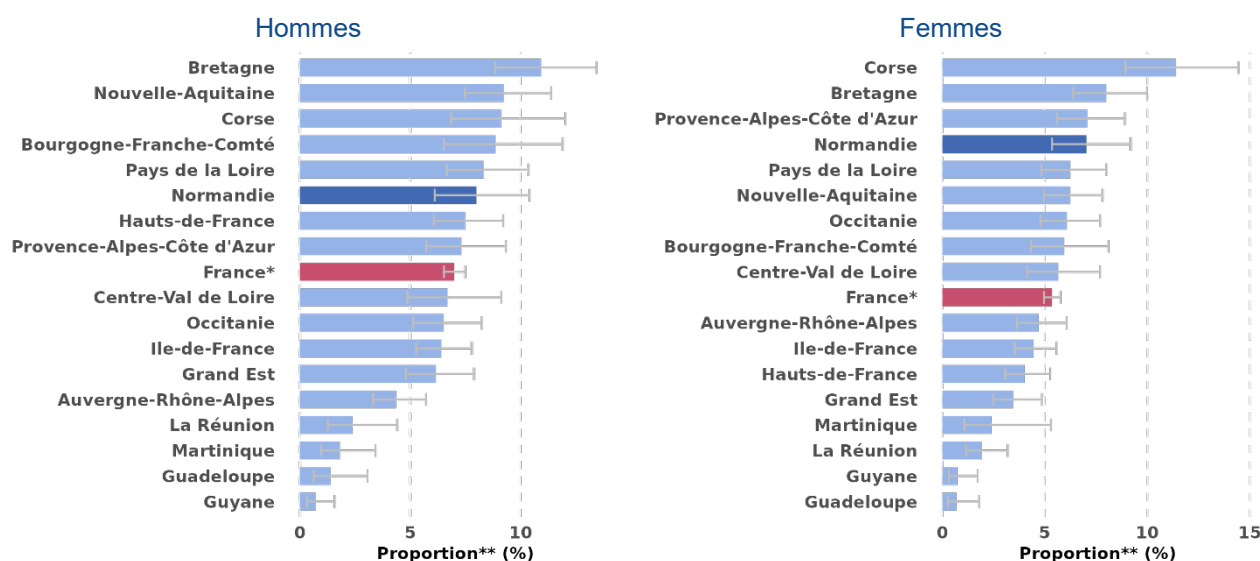
La proportion de vapoteurs quotidiens est de 7,2 % parmi les adultes de 18-79 ans de la région ; cette proportion est supérieure à celle du niveau national. Elle est de 7,7 % chez les hommes et de 6,6 % chez les femmes (Figure 1).

Évolution

La proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant vapoter quotidiennement en 2024 est en augmentation par rapport à l'estimation du Baromètre de Santé publique France 2021 (5,3 % [IC95% : 3,8-7,2]).

Les analyses visant à évaluer l'impact du changement de mode d'interrogation des personnes ont été menées au niveau national. Elles ne montrent pas d'effets sur cet indicateur. Par conséquent, l'évolution depuis l'édition 2021 a été présentée, mais son interprétation doit être faite avec précaution [2].

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant vapoter quotidiennement, par sexe et par région, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant vapoter quotidiennement selon le sexe, l'âge, la situation financière perçue, le niveau de diplôme, la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et la situation professionnelle, Normandie, France, 2024

	Proportion d'adultes déclarant vapoter quotidiennement		
	n	%	IC95%
Sexe			
Hommes	784	7,7	5,8-10,1
Femmes	888	6,6	4,9- 8,7
Age			
18-29 ans	288	10,2	6,5-15,1
30-44 ans	404	13,4	9,9-17,6
45-59 ans	470	7,4	5,1-10,3
60-79 ans	510	0,7	0,2- 1,8
Situation financière perçue			
A l'aise	219	7,9	4,1-13,6
Ça va	643	6,9	4,8- 9,4
C'est juste	593	6,7	4,7- 9,2
C'est difficile, endetté	217	8,5	5,0-13,3
Niveau de diplôme			
Sans diplôme et inférieur au bac	652	6,0	4,2- 8,3
Bac	442	8,9	6,2-12,3
Supérieur au bac	578	7,9	5,6-10,7
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	4,9	1,2-12,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	7,6	4,4-12,1
Professions intermédiaires	429	5,2	3,2- 7,9
Employés	440	9,6	6,9-12,9
Ouvriers	318	7,8	5,0-11,6
Situation professionnelle			
Travail	882	10,5	8,3-13,1
Chômage	102	7,9	3,5-15,0
Retraite et autre inactif	688	2,9	1,8- 4,4
Normandie	1672	7,2	5,9-8,7
France²	34 931	6,1	5,8-6,4

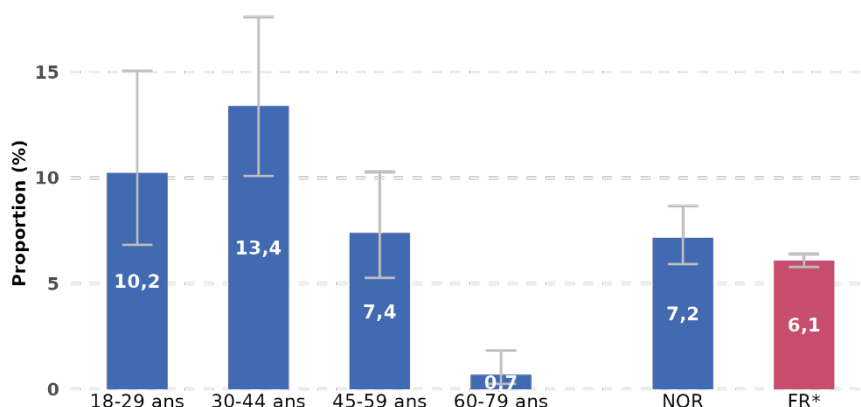
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

A la différence du niveau national, la prévalence de vapotage quotidien ne varie pas selon la situation socio-économique en Normandie, hormis une proportion de vapoteurs quotidiens plus faible chez les retraités ou autre inactif, au reflet de sa fréquence plus faible chez les 60-79 ans (Tableau 1 et Figure 2).

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant vapoter quotidiennement par classe d'âge, Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, 9,4 % des adultes de 18 à 79 ans déclarent vapoter et 7,2 % le font quotidiennement, une proportion supérieure à celle observée au niveau national (6,1 %). Contrairement à la tendance nationale, les populations les plus vulnérables sur le plan socio-économique ne présentent pas de spécificités particulières en matière de vapotage. Cette situation pourrait s'expliquer par l'action concertée de plusieurs acteurs régionaux qui promeuvent la vape comme outil de réduction des risques et d'accompagnement au sevrage tabagique auprès des publics les plus précaires.

Au niveau national, l'analyse du statut tabagique des vapoteurs quotidiens montre que la quasi-totalité d'entre eux ont déjà consommé du tabac, qu'ils soient fumeurs ou ex-fumeurs, un résultat déjà observé en 2021 [4].

L'augmentation du vapotage en France ces dernières années s'inscrit dans un contexte de développement du marché des produits nicotinés. La baisse de la prévalence du tabagisme et la progression du vapotage, notamment chez les adolescents, appellent toutefois à la vigilance face au risque de « renormalisation » du geste — le vapotage reproduisant celui du tabagisme — et de « renormalisation » du tabagisme lui-même, l'usage de nicotine pouvant conduire certains usagers vers le tabac en raison du développement d'une dépendance nicotinique. Malgré ces points de vigilance, en l'état actuel des connaissances, les autorités de santé invitent à ne pas décourager les fumeurs qui se seraient engagés dans une tentative d'arrêt du tabac avec l'aide de la vape. Celle-ci peut être utilisée dans une démarche stricte d'arrêt du tabac, pour des publics vulnérables à forte dépendance à la nicotine, en cas d'échec ou de mauvaise adhérence aux traitements validés et lorsqu'une préférence est exprimée pour les dispositifs de vapotage [5].

Références

- [1] A. Pasquereau, R. Guignard, R. Andler, V. Nguyen-Thanh. Vapotage : usage et évolutions récentes. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [2] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Nguyen-Thanh V. 2022. Prevalence of vaping in France in 2021 among 18-75 year olds: results from the Santé publique France Health Barometer. In International scientific conference on e-cigarette, 19 p. Paris: Santé publique France.
- [4] Point épidémiologique régional. Tabac et vapotage, indicateurs de consommation 2021 en région Normandie, 2023 : [lien](#)
- [5] Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2022:148 p.

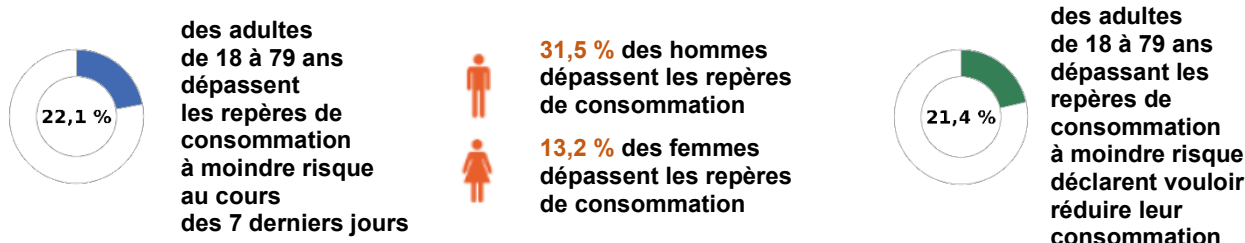
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Romain Guignard, Virginie de Lauzun, Anne Pasquereau, Valérie Pontiers, Alexandra Thabuis

Consommation d'alcool : dépassement des repères à moindre risque

Points clés en Normandie



Contexte

La consommation d'alcool, très élevée en France malgré une évolution globale à la baisse ces dernières décennies, expose à de nombreux risques pour la santé, à court et long termes. Elle a des conséquences sanitaires et sociales considérables. **Les repères de consommation d'alcool** pour limiter les risques préconisés en France sont les suivants depuis 2017 : **ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine, ne pas consommer plus de deux verres standard par jour, et avoir des jours sans consommation dans la semaine.** Au niveau national, environ un quart des adultes dépassaient ces seuils en 2017 et 2021 [2]. Les données issues des Baromètres de Santé publique France permettent de suivre les comportements de consommation d'alcool et en particulier, d'estimer la part de personnes qui dépassent les repères de consommation à moindre risque, ainsi que de mieux comprendre les disparités socioéconomiques associées à ces comportements.

Résultats

En Normandie, 58,8 % des adultes âgés de 18 à 79 ans ont déclaré en 2024 avoir consommé de l'alcool au cours des sept derniers jours. La proportion de personnes dépassant les repères de consommation à moindre risque pendant cette période est de 22,1 % : 31,5 % parmi les hommes et 13,2 % parmi les femmes. Ces proportions ne sont pas significativement différentes des autres régions et s'inscrivent dans un contexte général de relative homogénéité géographique du dépassement des repères en France hexagonale (Figure 1).

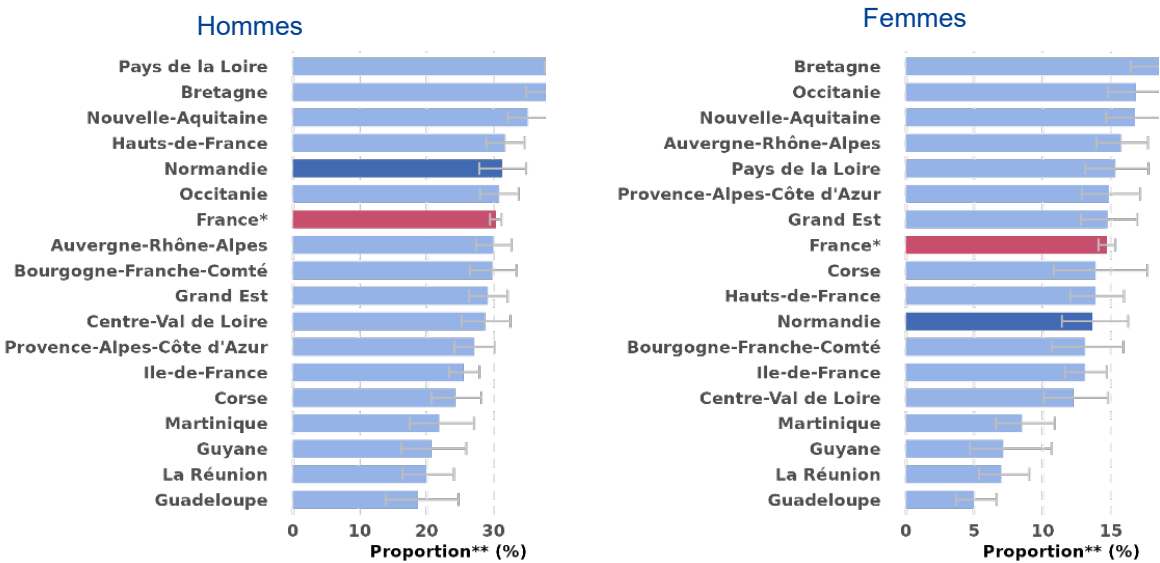
L'écart de dépassement des repères au cours des sept derniers jours est important entre certaines catégories professionnelles: 30,3 % des cadres et professions intellectuelles supérieures ont dépassé ces repères, contre 16,4 % des adultes appartenant à la catégorie des employés. Cet écart est surtout marqué chez les femmes et celles-ci représentent 83 % de la catégorie des employés (Tableau 1). Par ailleurs, chez les femmes, un écart est également observé en fonction du niveau de diplôme : 17,3 % des diplômées du supérieur ont dépassé les repères, contre 9,2 % parmi celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ou aucun diplôme. Chez les hommes, peu importe les caractéristiques sociodémographiques, les proportions de dépassement des repères sont équivalentes (Tableau 1).

Évolution

La proportion de personnes dépassant les repères de consommation à moindre risque chez les 18-79 ans est stable en Normandie par rapport aux estimations du Baromètre de Santé publique France 2021 (22,0 % [IC95% : 19,1–25,2]).

Cet indicateur ne semble pas présenter d'effets liés au mode de collecte [6]. Par conséquent, l'évolution depuis l'édition 2021 est présentée, mais son interprétation doit être faite avec prudence du fait d'autres différences méthodologiques entre les deux éditions.

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans dépassant les repères de consommation à moindre risque au cours des 7 derniers jours par sexe et par région, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
** Proportion standardisée sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
— Intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant dépasser les repères de consommation à moindre risque par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Proportion d'adultes déclarant dépasser les repères							
	Ensemble			Hommes		Femmes		
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Âge								
18-29 ans	238	22,1	17,0-28,0	27,5	19,5-36,7	16,6	10,6-24,1	
30-44 ans	402	23,6	19,4-28,0	29,7	23,0-37,2	17,7	12,6-23,8	
45-59 ans	468	22,1	18,2-26,5	34,1	27,4-41,3	10,7	7,1-15,3	
60-79 ans	509	20,9	17,2-25,0	33,2	26,7-40,2	10,2	6,6-14,8	
Niveau étude								
Sans diplôme et inférieur au BAC	649	19,4	16,3-22,8	30,0	24,7-35,8	9,2	6,2-13,1	
BAC	441	25,0	20,7-29,7	32,9	26,2-40,1	16,7	11,8-22,6	
Supérieur au BAC	577	24,5	20,9-28,5	33,1	26,9-39,6	17,3	13,1-22,1	
PCS¹								
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	27,0	19,2-36,1	30,6	20,4-42,6	20,2	9,5-35,1	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	263	30,3	24,3-36,7	33,6	25,6-42,3	25,8	17,1-36,1	
Professions intermédiaires	427	22,0	17,9-26,4	31,0	24,2-38,5	13,2	9,1-18,2	
Employés	440	16,4	12,8-20,5	33,5	22,3-46,3	12,7	9,3-16,9	
Ouvriers	317	26,0	20,9-31,6	32,5	26,3-39,3	4,8	1,1-12,6	
Situation financière perçue								
A l'aise	219	25,2	19,2-31,9	38,8	28,3-50,1	14,2	8,5-21,8	
Ça va	640	24,0	20,4-27,9	34,7	28,8-40,9	13,8	9,9-18,5	
C'est juste	592	21,0	17,6-24,7	26,9	21,5-33,0	15,2	11,3-19,9	
C'est difficile, endetté	216	18,0	12,8-24,2	30,3	21,2-40,7	5,7	2,4-11,3	
Normandie	1 667	22,1	20,0-24,3	31,5	28,0-32,2	13,2	10,9-15,7	
France ²	34 786	22,2	21,6-22,7	30,3	29,4-31,1	14,6	14,0-15,2	

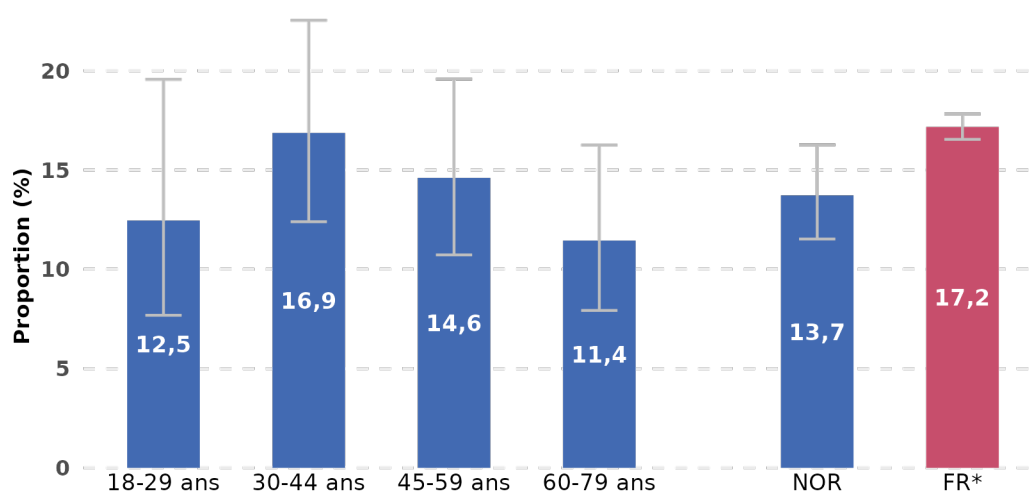
1 Parmi les personnes ayant déjà travaillé,
2 France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectif dans l'échantillon, IC95% : intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

En Normandie, 13,7 % des adultes déclarent avoir envie de réduire leur consommation. Cette proportion est inférieure à celle observée pour la France (17,2 %, figure 2). Elle est inférieure chez les hommes, avec 14,2 % [IC95% : 11,1–17,8] contre 19,0 % [IC95% : 18,1–20,0] au niveau national. En revanche, la proportion de femmes souhaitant réduire leur consommation diffère peu du taux national, avec 13,1 % [IC95% : 9,9–16,9] en Normandie contre 14,9 % [IC95% : 14,0–15,8] en France.

Concernant la proportion des personnes souhaitant réduire leur consommation d'alcool selon le dépassement des repères, elle représente 9,1 % des adultes ne dépassant pas les repères contre 21,4 % de ceux les dépassant.

Concernant la répartition des personnes souhaitant réduire leur consommation d'alcool selon les classes d'âge, la proportion la plus élevée est observée chez les 30-44 ans. Néanmoins, il n'y a aucune différence significative entre les classes d'âge (Figure 2).

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir envie de réduire leur consommation d'alcool par classe d'âge en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

┘ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, comme au niveau national, près d'un quart des adultes de 18-79 ans dépassent les repères de consommation à moindre risque au cours des 7 derniers jours (+ 0,1 point par rapport à 2021, différence non significative) et seulement 21,4 % d'entre eux souhaitent diminuer leur consommation. Les hommes restent plus concernés que les femmes, reflétant des tendances de genre bien établies. Même si les catégories socialement favorisées dépassent plus fréquemment les repères, les populations moins favorisées restent particulièrement impactées par les effets négatifs de l'alcool, notamment en raison de modes de consommation plus à risque (alcoolisations ponctuelles importantes et consommation quotidienne plus fréquentes, consommations plus intenses et risque de dépendance plus élevé). Il apparaît donc nécessaire de maintenir une surveillance régulière et d'adapter les politiques de prévention, en tenant compte des publics particulièrement vulnérables.

Un enjeu majeur est de pouvoir repérer ces consommateurs à risque, les inciter et les accompagner dans la réduction de leur consommation pour limiter les conséquences sur leur santé et éviter le développement d'une éventuelle dépendance.

Pour en savoir plus

Rappel des repères de consommation à moindre risque :

- ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine
- ne pas consommer plus de deux verres par jour
- avoir des jours sans consommation dans la semaine

En résumé : pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours.

Odissé

<https://odisse.santepubliquefrance.fr/pages/accueil/?flg=fr-fr>

Alcool Info Service

www.alcool-info-service.fr



Références

- [1] Alcool en Normandie. Bilan de la consommation en 2021 et des passages aux urgences en 2023.
- [2] Andler R, et al. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(2):22-31
- [3] Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer, 2017.
- [4] Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective, 2021
- [5] R. Andler, G. Quatremère, V. Nguyen-Thanh. Consommation d'alcool en France : part des adultes dépassant les repères à moindre risque. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [6] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

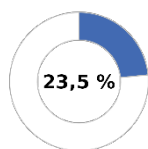
Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteurs : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

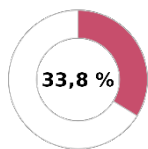
Conception : Raphaël Andler, Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Laure Meurice, Guillemette Quatremère, Mathieu Rivière

Sédentarité : prévalence et connaissance des recommandations

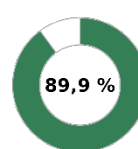
Points clés en Normandie



des personnes de 18 à 79 ans passent plus de 7 heures assises par jour



des personnes de 18 à 29 ans passent plus de 7 heures assises par jour



des personnes de 18 à 79 ans se lèvent au moins toutes les 2 heures lorsqu'elles sont assises ou allongées de façon prolongée

Contexte

La sédentarité, correspondant au temps passé éveillé en position assise ou allongée caractérisée par une dépense énergétique très faible, représente un facteur de risque majeur pour la santé, indépendamment de l'absence d'activité physique. Elle est associée à une augmentation de la mortalité toutes causes confondues [1], ainsi qu'à des risques accrus de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de diabète de type 2, de certains cancers (endomètre, côlon, poumon) [2], et de troubles psychologiques comme la dépression ou l'anxiété [3,4]. Des études montrent qu'un temps assis supérieur à 7 heures au cours d'une journée augmente le risque de mortalité toutes causes [5]. En revanche, les interruptions régulières, comme se lever et faire quelques pas ou faire une activité physique quelle que soit son intensité, ont des effets bénéfiques sur la santé [6].

En 2016, des recommandations ont été actualisées par l'Anses pour sensibiliser le public à la réduction de la sédentarité et à l'importance de ses interruptions [7]. L'application et la connaissance de ces recommandations sont des indicateurs indispensables au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS) dont un des objectifs est de lutter contre la sédentarité [8].

Les données du Baromètre 2024 de Santé publique France permettent d'évaluer, en Normandie, le niveau de sédentarité et sa fréquence d'interruption, ainsi que les connaissances des recommandations.

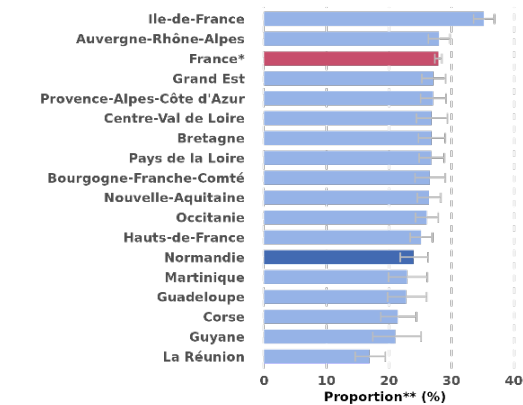
Résultats

Les résultats présentés ne concernent pas les personnes ayant déclaré avoir des limitations de mobilité ou être invalides [9].

En Normandie, près d'un quart des personnes de 18-79 ans déclarent passer plus de 7 heures assises par jour (23,5 %). Cette proportion est inférieure à la plupart des autres régions de la France hexagonale (Figure 1).

Elle est similaire chez les hommes (24,3 %) et chez les femmes (22,7 %). Les jeunes de 18-29 ans (33,8 %) sont plus sédentaires que les personnes plus âgées, notamment celles de 65-79 ans (10,3 %) (Figure 2). Les personnes ayant un diplôme d'études supérieures au bac sont plus sédentaires que celles ayant un diplôme inférieur au bac ou sans diplôme (39,5 % vs 13,6 %). De même, les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent plus souvent passer plus de 7 heures assises par jour (39,6 %) que les autres (Tableau 1). La proportion d'adultes déclarant passer plus de 7 heures assises par jour est plus importante chez les personnes à l'aise financièrement.

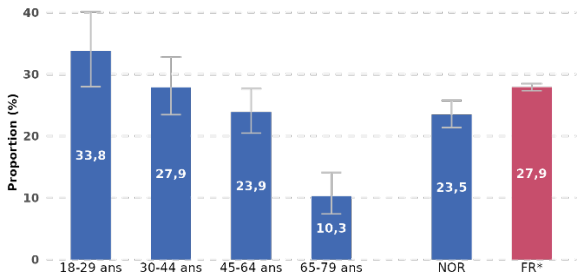
Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant passer plus de 7 heures assis par jour par région, France, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant passer plus de 7 heures assis par jour par classe d'âge, en Normandie (NOR) et en France (FR), 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant passer plus de 7 heures par jour en position assise et ceux déclarant se lever au moins toutes les 2 heures en cas de position assise prolongée en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Plus de 7 heures par jour en position assise			Rupture de sédentarité toutes les 2 heures		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Sexe						
Hommes	774	24,3	21,1-27,7	765	89,4	86,9-91,6
Femmes	880	22,7	19,8-25,8	872	90,4	88,0-92,4
Âge						
18-29 ans	287	33,8	27,7-40,2	286	89,8	85,5-93,2
30-44 ans	402	27,9	23,3-32,8	398	88,7	84,8-91,8
45-64 ans	607	23,9	20,3-27,7	599	90,3	87,4-92,8
65-79 ans	358	10,3	7,2-14,1	354	90,7	87,0-93,6
Situation financière perçue						
A l'aise	217	34,0	27,3-41,1	214	92,5	87,9-95,7
Ça va	639	22,2	18,9-25,7	634	89,1	86,1-91,6
C'est juste	589	22,2	18,7-26,0	582	90,5	87,7-92,9
C'est difficile, endetté	209	22,1	16,1-29,2	207	88,7	83,2-93,0
Niveau de diplôme						
Sans diplôme et inférieur au BAC	641	13,6	10,7-16,8	631	89,3	86,5-91,6
BAC	439	25,5	21,3-29,9	432	89,2	85,5-92,2
Supérieur au BAC	574	39,5	35,2-44,0	574	91,6	88,9-93,9
PCS ^b						
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	124	11,0	5,6-18,9	123	88,0	80,8-93,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	262	39,6	33,2-46,2	261	91,8	87,5-95,0
Professions intermédiaires	425	26,5	22,1-31,3	422	91,9	88,7-94,4
Employés	438	21,0	16,8-25,6	433	89,0	85,4-91,9
Ouvriers	312	15,8	11,9-20,3	306	89,5	85,5-92,7
Normandie	1 654	23,5	21,3-25,7	1 637	89,9	88,2-91,4
France *	34 520	27,9	27,3-28,5	34 199	88,8	88,4-89,2

^b Parmi les personnes ayant déjà travaillé

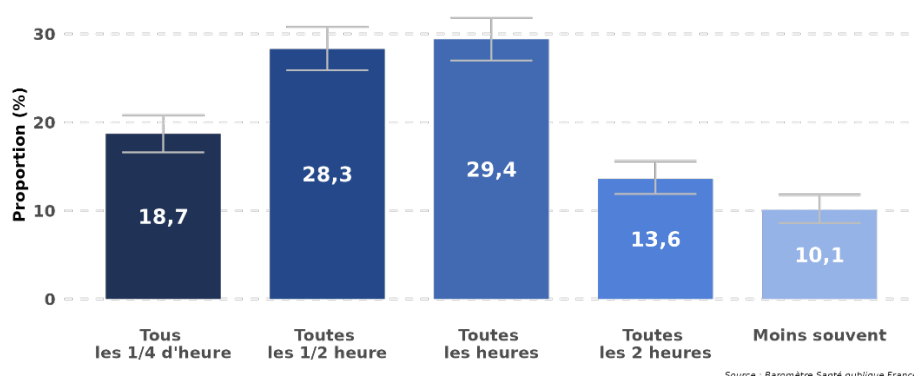
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Concernant la rupture de sédentarité, 89,9 % des personnes de 18-79 ans déclarent se lever pour marcher un peu au moins toutes les deux heures lorsqu'elles sont assises ou allongées (hors sommeil) de manière prolongée. Cette proportion ne diffère pas selon les caractéristiques sociodémographiques présentées (Tableau 1).

En Normandie, parmi les personnes qui rompent la sédentarité, les trois quarts des personnes (76,3 % [IC95% : 73,9-78,5]) déclarent le faire au moins toutes les heures et 46,9 % [IC95% : 44,2-49,6] au moins toutes les demi-heures (Figure 3).

Figure 3. Fréquence à laquelle les personnes déclarent se lever en cas de position assise ou allongée prolongée, en Normandie, 2024



▮ Intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Quant à la connaissance de la recommandation de rupture de sédentarité, qui est d'interrompre la sédentarité au moins toutes les deux heures en cas de temps assis prolongé, presque toutes les personnes de 18-79 ans la connaissent (98,6 % [IC95% : 97,8-99,2]). Il y a peu de différence entre les sexes ou les classes d'âge. Près de 9 personnes sur 10 pensent qu'il faut l'interrompre plus souvent (88,9 % [IC95% : 87,1-90,6]).

Conclusion

En Normandie, près d'un quart des adultes de 18-79 ans déclarent être assis plus de 7 heures par jour. Comme au niveau national, cette proportion est particulièrement élevée chez les catégories socioéconomiques les plus favorisées, lesquelles sont généralement les plus à même d'occuper un emploi sédentaire. De plus chez les jeunes, qui présentent le niveau de sédentarité le plus élevé et dont une partie non négligeable est étudiante (37 % des répondants au niveau national dans cette classe d'âge), il est montré au niveau national que le statut d'étudiant est associé à une sédentarité plus élevée (54 % des étudiants sédentaires [9]). Il semble important de développer des interventions visant à réduire la sédentarité de cette population.

Concernant les ruptures de sédentarité, près de 9 personnes sur 10 déclarent se lever au moins toutes les 2 heures lorsqu'elles sont assises ou allongées (hors sommeil) de manière prolongée, et 3 personnes sur 4 au moins toutes les heures. De plus, 98 % des personnes connaissent la recommandation actuelle de rupture de sédentarité, de se lever toutes les deux heures. Des travaux récents montrent un bénéfice sanitaire majoré pour des ruptures de sédentarité plus fréquentes (toutes les 30 minutes). Du fait de ces données scientifiques récentes et de la disparité des recommandations actuelles selon les publics, un avis de l'Anses a été publié en 2025 [10]. Nos résultats suggèrent une forte acceptabilité d'une recommandation de rupture de la sédentarité plus fréquente.

Pour en savoir plus

Rappel des recommandations en matière de sédentarité sur le site [Mangerbouger.fr](https://mangerbouger.fr)

- **de réduire le temps passé en position assise ou allongée au quotidien** (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible ;
- **de marcher quelques minutes et de s'étirer au bout de 2h d'affilée en position assise ou allongée** et de faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, du bassin, des chevilles, des poignets, des mains, de la tête).

MANGERBOUGER [lien](https://mangerbouger.fr)

Références

- [1] Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *Bmj*. 2019;366:l4570.
- [2] Katzmarzyk PT, Powell KE, Jakicic JM, Troiano RP, Piercy K, Tennant B. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(6):1227-41.
- [3] Casanova F, O'Loughlin J, Karageorgiou V, Beaumont RN, Bowden J, Wood AR, et al. Effects of physical activity and sedentary time on depression, anxiety and well-being: a bidirectional Mendelian randomisation study. *BMC Med*. 2023;21(1):501.
- [4] Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;242:5-13.
- [5] Ku PW, Steptoe A, Liao Y, Hsueh MC, Chen LJ. A cut-off of daily sedentary time and all-cause mortality in adults: a meta-regression analysis involving more than 1 million participants. *BMC Med*. 2018;16(1):74.
- [6] Duran AT, Friel CP, Serafini MA, Ensari I, Cheung YK, Diaz KM. Breaking Up Prolonged Sitting to Improve Cardiometabolic Risk: Dose-Response Analysis of a Randomized Crossover Trial. *Med Sci Sports Exerc*. 2023;55(5):847-55.
- [7] Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité - Avis de l'Anses - Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: Anses; 2016. 549 p.
- [8] Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023.
- [9] H. Escalon, C. Verdot. Sédentarité : prévalence et connaissance des recommandations. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [10] Anses. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à la révision des recommandations sur les ruptures de sédentarité. Maisons-Alfort : Anses; 2025. 50 p.
- N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

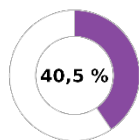
Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteur : Myriam Blanchard, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

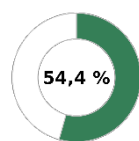
Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Hélène Escalon, Virginie de Lauzun, Charlotte Verdot

Activité physique : pratiques et connaissance de la recommandation

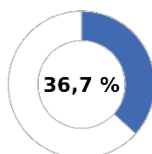
Points clés en Normandie



des adultes de 18 à 79 ans recourent à des modes de transport exclusivement motorisés pour les petits trajets du quotidien



des adultes de 18 à 79 ans connaissent la recommandation sur l'AP « au moins 30 min par jour d'AP d'intensité modérée à élevée »



des adultes de 18 à 79 ans déclarent pratiquer régulièrement des activités physiques (AP) pendant leurs loisirs



37,5 %



36,0 %

Contexte

L'activité physique (AP) se définit comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie [1]. L'AP est un facteur de protection de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, métaboliques ou certains cancers [2,3]. Il est donc recommandé de pratiquer des AP régulières pour maintenir ou améliorer la santé physique et mentale à tous les âges de la vie. Sur la base des nombreuses études ayant mis en évidence l'apport d'une AP régulière sur la santé des individus, des recommandations ont été élaborées par l'Organisation mondiale de la santé, lesquelles ont été mises à jour en 2020 [4]. En France, elles sont déclinées par Santé publique France sur le site mangerbouger.fr. Le suivi des niveaux et pratiques d'AP de la population et la connaissance des recommandations, diffusées au grand public via des campagnes media, brochures, et sur le site mangerbouger.fr sont des indicateurs indispensables au suivi du Programme national nutrition santé (PNNS) dont un des objectifs est de promouvoir et augmenter l'AP de la population [5]. Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent d'évaluer, en Normandie, les pratiques d'AP des adultes, leur connaissance des recommandations, globalement et selon les disparités socioéconomiques.

Résultats

Pratiques d'activité physique

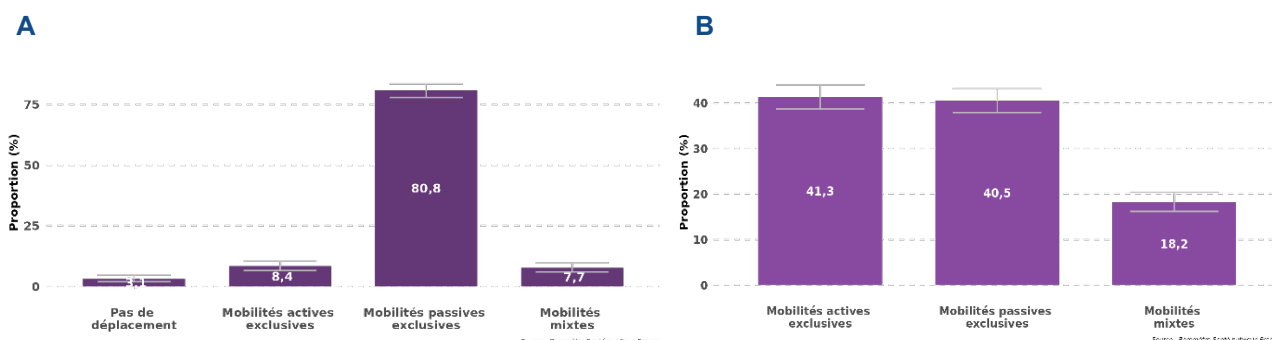
En Normandie, plus de la moitié des hommes (57,3 % [IC95 % : 52,4-62,2]) et plus d'un tiers des femmes (43,0 % [IC95 % : 38,3-47,9]) en emploi, déclarent réaliser un travail qui nécessite des efforts physiques. Quelle que soit la nature de leur emploi, seulement 19,0 % [IC95 % : 16,5-21,7] des personnes interrogées déclarent avoir la possibilité de pratiquer des AP sur leur lieu de travail. Cette proportion est légèrement plus faible chez les femmes que chez les hommes (17,3 % [IC95 % : 13,9-21,0] vs 20,7 % [IC95 % : 17,0-24,8]). Lorsqu'une pratique d'AP est possible sur le lieu de travail, seulement 62,7 % [IC95 % : 55,3-69,7] des personnes en emploi y participent (68,0 % [IC95 % : 57,8-77,0] des hommes et 56,4 % [IC95 % : 45,1-67,2] des femmes).

En 2024, 80,8 % des adultes déclarent avoir recours à des mobilités passives exclusives (modes de transport motorisés) pour se rendre au travail (Figure 1). Pour les petits trajets du quotidien (pour aller chercher du pain, aller à la poste...), potentiellement propices aux déplacements à pied ou à vélo, 40,5 % déclarent avoir recours à un mode de transport exclusivement motorisé.

En Normandie, 36,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent pratiquer régulièrement des AP pendant leurs loisirs. Cette proportion fait partie des plus faibles en France hexagonale (Figure 2).

Ils sont 11,4 % [IC95% : 9 ;7-13,3] à déclarer ne jamais en pratiquer et 21,2 % [IC95% : 19,0-23,5] à n'en pratiquer que rarement. La pratique régulière d'AP pendant les loisirs concerne autant les hommes (37,5 %) que les femmes (36,0 %). Elle concerne davantage les personnes âgées de 65 ans et plus (44,6 %). Chez les hommes, cette proportion est élevée chez les jeunes (18-29 ans), diminue avec l'âge jusqu'à 64 ans puis augmente de nouveau chez les 65-79 ans. Chez les femmes, cette proportion est la plus faible chez les 18-29 ans mais elle augmente avec l'âge (Figure 3). Comme observé au niveau national, les personnes pratiquant régulièrement des AP pendant leurs loisirs sont les personnes les plus diplômées, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les personnes sans enfant (célibataires ou en couple) et les personnes se déclarant à l'aise financièrement (Tableau 1).

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans selon le type de mobilité emprunté pour se rendre au travail (A) et pour les petits trajets du quotidien (B), Normandie, 2024

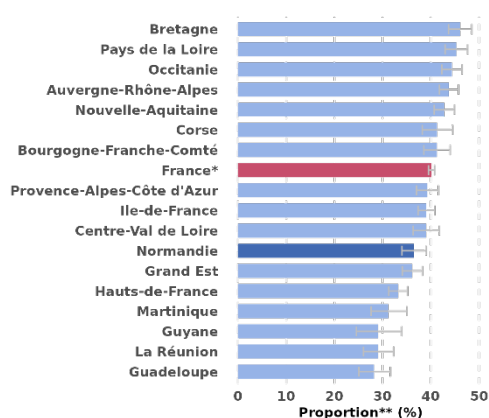


* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion ; I Intervalle de confiance à 95%

Mobilités actives = déplacements effectués à pied, à vélo (incluant les vélos électriques), ou en trottinette, skate ou autre mode « doux » non électrique. Mobilités passives = déplacements en transports en commun, voiture, moto, scooter, trottinette ou autre mode de déplacement « doux » électrique.

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques dans le cadre de leurs loisirs par région, France*, 2024



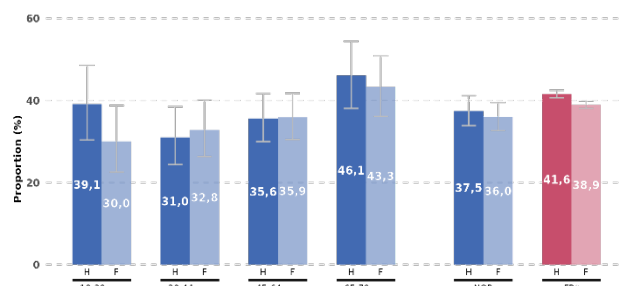
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 3. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques dans le cadre de leurs loisirs par classe d'âge, en Normandie (NOR) et France (FR), 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques pendant leurs loisirs, par sexe, en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Proportion d'adultes déclarant pratiquer régulièrement des activités physiques						
	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Âge							
18-29 ans	288	34,7	28,5-41,2	39,1	30,0-48,9	30,0	22,1-39,0
30-44 ans	403	31,9	27,1-37,1	31,0	24,1-38,6	32,8	26,0-40,2
45-64 ans	614	35,8	31,7-40,0	35,6	29,8-41,8	35,9	30,3-41,9
65-79 ans	365	44,6	39,1-50,3	46,1	37,8-54,7	43,3	35,8-51,1
Niveau étude							
Sans diplôme et inférieur au BAC	651	32,6	28,7-36,6	32,4	26,9-38,3	32,7	27,4-38,3
BAC	442	35,8	31,1-40,7	39,5	32,6-46,7	31,9	25,7-38,7
Supérieur au BAC	577	44,9	40,5-49,4	45,1	38,5-52,0	44,7	38,9-50,7
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	33,0	24,5-42,3	27,8	18,2-39,2	42,8	27,3-59,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	264	50,9	44,3-57,5	52,2	43,4-60,9	49,2	39,0-59,4
Professions intermédiaires	429	42,3	37,3-47,5	44,0	36,3-51,8	40,8	34,2-47,6
Employés	440	34,2	29,4-39,3	40,3	28,1-53,4	32,9	27,7-38,5
Ouvriers	317	30,6	25,2-36,4	30,3	24,1-37,0	31,5	20,6-44,1
Situation financière perçue							
A l'aise	219	55,0	47,5-62,4	59,5	48,1-70,1	51,5	41,4-61,4
Ça va	642	41,6	37,4-45,8	40,1	34,1-46,3	43,0	37,2-48,9
C'est juste	592	33,0	28,9-37,3	36,4	30,1-43,0	29,8	24,4-35,6
C'est difficile, endetté	217	20,9	15,3-27,5	19,3	12,4-27,9	22,5	14,0-33,1
Situation familiale							
Ménage d'une seule personne	328	40,8	34,8-47,0	39,4	31,2-48,1	42,2	33,5-51,2
Famille monoparentale	150	30,7	23,2-39,2	29,5	17,6-43,9	31,5	21,9-42,4
Couple sans enfant	565	42,4	38,0-46,9	45,5	38,7-52,5	39,7	34,0-45,7
Couple avec enfant(s)	484	29,6	25,4-34,2	28,6	22,5-35,2	30,8	24,9-37,2
Autres	143	36,1	27,0-45,9	40,9	29,1-53,6	28,8	15,8-45,0
Typologie urbaine/rurale							
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	732	38,0	34,1-41,9	38,1	32,6-43,9	37,8	32,5-43,3
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle	474	38,2	33,6-43,0	36,7	30,2-43,6	39,6	33,0-46,5
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	367	33,6	28,5-39,2	37,1	29,3-45,5	30,4	23,6-37,9
Normandie	1670	36,7	34,2-39,3	37,5	33,8-41,2	36,0	32,6-39,6
France ²	34 868	40,2	39,6-40,8	41,6	40,7-42,5	38,9	38,1-39,8

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif des répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

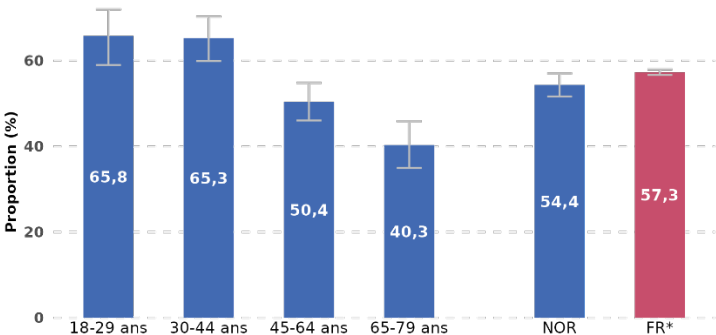
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Connaissance de la recommandation d'AP

En Normandie, 76,8 % [IC95% : 74,4-79,0] des adultes connaissent la première partie de la recommandation sur l'AP, à savoir réaliser « *au moins 30 min d'AP/jour* ». Concernant l'intensité recommandée d'AP à réaliser chaque jour, 2,8 % [IC95% : 2,0-3,7] d'entre eux déclarent qu'elle doit être élevée, 61,3 % [IC95% : 58,6-63,9] modérée, 18,1 % [IC95% : 16,1-20,4] faible et 17,8 % [IC95% : 15,7-20,1] ne savent pas.

Au total, 54,4 % [IC95% : 51,6-57,1] des adultes connaissent la recommandation complète sur l'AP, préconisant de faire au moins 30 minutes d'AP/jour d'intensité modérée à élevée. Aucune différence n'est observée selon le sexe. En revanche la proportion de personnes connaissant cette recommandation diminue avec l'âge (Figure 4), augmente avec le niveau de diplôme et est plus élevée parmi les cadres et les personnes de professions intermédiaires ainsi que lorsque la situation financière est jugée confortable (Tableau 2).

Figure 4. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans connaissant la recommandation complète sur la pratique d'activité physique par tranche d'âge, Normandie (NOR), France* (FR), 2024



FR* : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

┘ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans connaissant la recommandation complète sur l'activité physique (durée et intensité) en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Connaissance de la recommandation complète		
	n	%	IC95%
Niveau étude			
Sans diplôme et inférieur au BAC	625	45,9	41,6-50,2
BAC	437	59,4	54,4-64,3
Supérieur au BAC	562	65,1	60,7-69,4
PCS ¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	121	53,9	43,7-63,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	263	63,2	56,5-69,5
Professions intermédiaires	418	55,6	50,3-60,7
Employés	425	52,7	47,4-58,0
Ouvriers	307	47,0	40,8-53,2
Situation financière perçue			
A l'aise	216	61,9	54,4-69,1
Ça va	625	56,8	52,4-61,0
C'est juste	573	52,3	47,7-56,9
C'est difficile, endetté	210	47,9	40,3-55,7
Normandie	1624	54,4	51,6-57,1
France ²	33841	57,3	56,7-58,0

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif des répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Conclusion

En 2024, la pratique d'AP en Normandie, comme au niveau national [6], reste insuffisamment intégrée dans le quotidien des personnes. Dans un contexte de travail de plus en plus sédentaire, moins d'un salarié sur cinq déclare pouvoir pratiquer des AP sur son lieu de travail. La majorité continue de privilégier les déplacements motorisés pour se rendre au travail et, 4 personnes sur 10 y ont également recours pour des petits trajets du quotidien. Pour favoriser un mode de vie plus actif, il est essentiel d'agir à la fois sur les comportements individuels et sur l'aménagement de l'environnement, en développant, par exemple, les infrastructures (pistes cyclables, espaces de marche, équipements sportifs). Par ailleurs, la pratique d'AP pendant les loisirs reste inégale sur le plan social et territorial : une pratique d'AP régulière est davantage observée chez les populations favorisées et celles habitant en zone urbaine. Des mesures systémiques pourraient être mises en place pour renforcer la pratique d'AP, telles que la création de parcs et de terrains de sport accessibles, la sécurisation des espaces extérieurs, ou encore l'ouverture des infrastructures sportives existantes à tous en dehors des horaires réservés aux associations. L'objectif serait de

rendre l'environnement plus propice aux AP informelles et d'en démocratiser l'accès, afin de réduire les inégalités sociales et d'encourager une société plus active.

La diffusion des recommandations en matière d'AP *via* des campagnes de marketing social fondées scientifiquement sont d'autres moyens d'agir pour améliorer leur adoption par la population. En 2024, 5 adultes sur 10 connaissent la recommandation officielle de pratiquer au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée par jour, traduit pour le grand public sous la forme « 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour ». Cependant, près d'un tiers des adultes ignore encore l'importance de l'intensité requise. Cela souligne la nécessité de renforcer les actions d'information sur les bénéfices sur la santé d'une pratique d'AP avec une intensité minimale, en complément d'interventions visant à encourager et motiver les personnes à en pratiquer, de façon progressive, notamment celles les plus éloignées de l'AP [7].

Pour en savoir plus

Rappel des recommandations sur l'AP (site mangerbouger.fr)

Pour les adultes, il est recommandé pour sa santé, de pratiquer au moins 30 minutes par jour d'activités physiques dynamiques, c'est à dire d'intensité modérée à élevée. Cette pratique peut se décliner au travail, dans le cadre de ses déplacements ou de ses activités de loisirs. Il s'agit de promouvoir un mode de vie actif et d'inscrire ces pratiques dans la vie quotidienne.

Références

- [1] Verdot C, Bouchan J, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2024 : 10 p.
- [2] Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT; Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012 Jul 21;380(9838):219-29
- [3] World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
- [4] Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput JP, Chastin S, Chou R, Dempsey PC, DiPietro L, Ekelund U, Firth J, Friedenreich CM, Garcia L, Gichu M, Jago R, Katzmarzyk PT, Lambert E, Leitzmann M, Milton K, Ortega FB, Ranasinghe C, Stamatakis E, Tiedemann A, Troiano RP, van der Ploeg HP, Wari V, Willumsen JF. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451-1462
- [5] Ministère des solidarités et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023.
- [6] C. Verdot, H. Escalon. Activité physique : pratiques et connaissance de la recommandation. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [7] Escalon, H., A.-J. Serry, V. Nguyen-Thanh, A. Vuillemin, J.-M. Oppert, P. Sarrazin, J.-F. Verhiac, B. Salanave, C. Simon, S. Tausan, O. Dailly and P. Arwidson (2016). "Construction d'un dispositif de communication scientifiquement fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes." *Santé Publique S1(HS)*: 51-63.
- [8] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

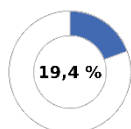
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Myriam Blanchard, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

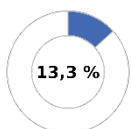
Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Hélène Escalon, Virginie de Lauzun, Charlotte Verdot

Chutes, accidents et traumatismes crâniens

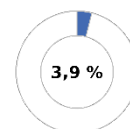
Points clés en Normandie



des adultes déclarent avoir chuté au cours des 12 derniers mois



des adultes déclarent avoir subi au moins un accident au cours des 12 derniers mois



des adultes déclarent avoir eu un traumatisme crânien au cours des 12 derniers mois

Contexte

Les traumatismes constituent un enjeu majeur de santé publique et représentent en France la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 0 à 64 ans [1]. Lorsqu'ils ne sont pas fatals, ils peuvent entraîner des séquelles importantes et des limitations fonctionnelles [2], ainsi que des coûts directs et indirects significatifs, notamment en termes de perte de productivité [3].

Le Baromètre de Santé publique France permet de recueillir des informations sur les adultes de 18 à 79 ans, y compris ceux qui ne consultent pas, et d'obtenir des données détaillées sur leur état de santé, leurs comportements et leur statut socio-économique. Ici sont présentés les principaux résultats pour les chutes, les accidents et les traumatismes crâniens.

Résultats

Chutes

Près d'une femme sur cinq déclare avoir chuté au cours des 12 derniers mois

En 2024, 19,4% des 18-79 ans déclarent avoir chuté au cours des 12 derniers mois³, proportion plus élevée chez les femmes (21,0% contre 17,8% chez les hommes) (Tableau 1).

Les classes d'âge présentant une proportion plus importante de chutes au cours des 12 derniers mois sont les 18-39 ans (24,1%) suivis des 70-79 ans (19,7 %), surtout chez les hommes, et les 60-69 ans (19,5 %), notamment chez les femmes (Figure 1).

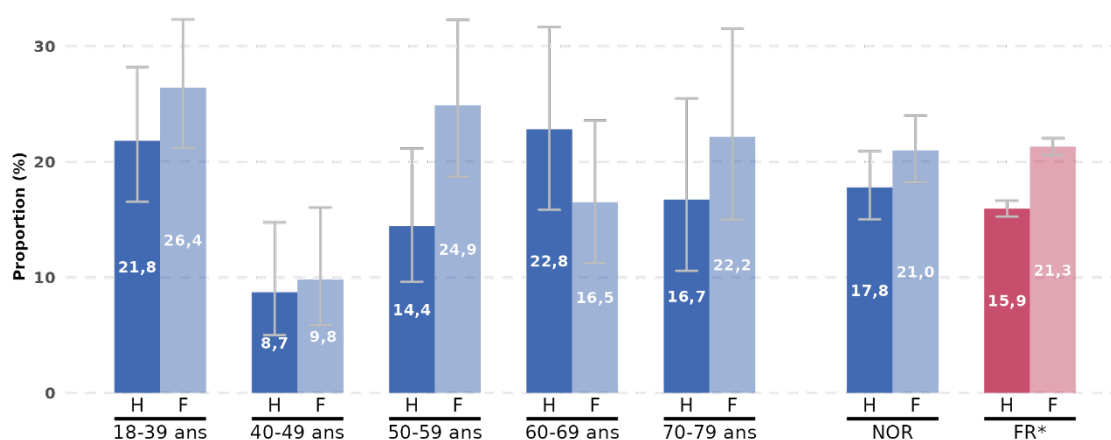
Les écarts selon la profession, la catégorie professionnelle (PCS) et le niveau de diplôme sont faibles (Tableau 1).

En revanche, il semble y avoir une différence selon la situation financière perçue. Les personnes se déclarant à l'aise financièrement déclarent plus souvent une chute au cours des 12 derniers mois (28,0 %). Chez les femmes spécifiquement, les personnes se déclarant endettées ou avec une situation difficile ont également un taux de chute élevé (28,2 %) (Tableau 1).

La fréquence déclarée pour les chutes en région Normandie, est proche de celle observée en moyenne au niveau national, ceci pour les hommes et les femmes (Figure 2).

³ La question sur les chutes était la suivante « Vous est-il arrivé de tomber au cours des 12 derniers mois ? »

Figure 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, Normandie, France, 2024



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
Intervalle de confiance à 95% ; Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois, Normandie, France*, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes		
	n	%	IC95	%	IC95	%	IC95	
Niveau de diplôme								
Sans diplôme et inférieur au Bac	652	17,4	14,4-20,9	16,5	12,2-21,5	18,4	14,1-23,3	
Bac	441	22,7	18,7-27,1	22,8	17,1-29,3	22,6	17,2-28,8	
Supérieur au bac	578	20,3	17,0-24,1	15,7	11,1-21,3	24,3	19,5-29,5	
PCS¹								
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	22,4	15,3-31,0	18,7	11,0-28,6	29,5	16,0-46,3	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	22,5	17,3-28,5	18,5	12,1-26,6	28,0	19,7-37,7	
Professions intermédiaires	429	18,1	14,5-22,2	15,8	10,8-22,0	20,3	15,3-26,2	
Employés	439	16,9	13,3-20,9	19,5	10,3-32,0	16,3	12,6-20,7	
Ouvriers	318	19,4	14,7-24,8	17,0	12,0-23,1	26,9	16,4-39,8	
Situation financière perçue								
A l'aise	219	28,0	21,5-35,2	27,0	17,2-38,8	28,8	20,5-38,3	
Ça va	643	18,6	15,5-22,1	18,6	14,2-23,7	18,7	14,4-23,7	
C'est juste	592	16,3	13,1-19,8	14,6	10,1-20,3	17,8	13,6-22,7	
C'est difficile/ endetté	217	23,0	17,1-29,7	17,6	10,7-26,6	28,2	19,2-38,6	
Situation d'activité								
En emploi	882	17,9	15,3-20,8	15,1	11,5-19,3	20,8	17,0-25,0	
En formation	102	27,1	17,6-38,4	19,8	9,0-35,3	33,9	19,6-50,8	
Chômage	101	23,6	14,8-34,4	26,2	12,2-44,9	21,3	11,3-34,5	
Retrait, pré-retraite	454	19,8	16,0-24,2	19,5	14,1-25,8	20,1	14,8-26,4	
Autres inactifs	132	18,3	12,2-26,0	20,4	11,1-32,9	16,7	9,0-27,3	
Normandie	1671	19,4	17,4-21,6	17,8	14,9-21,0	21,0	18,2-24,0	
France entière	34866	18,7	18,2-19,2	15,9	15,3-16,6	21,3	20,6-22,0	

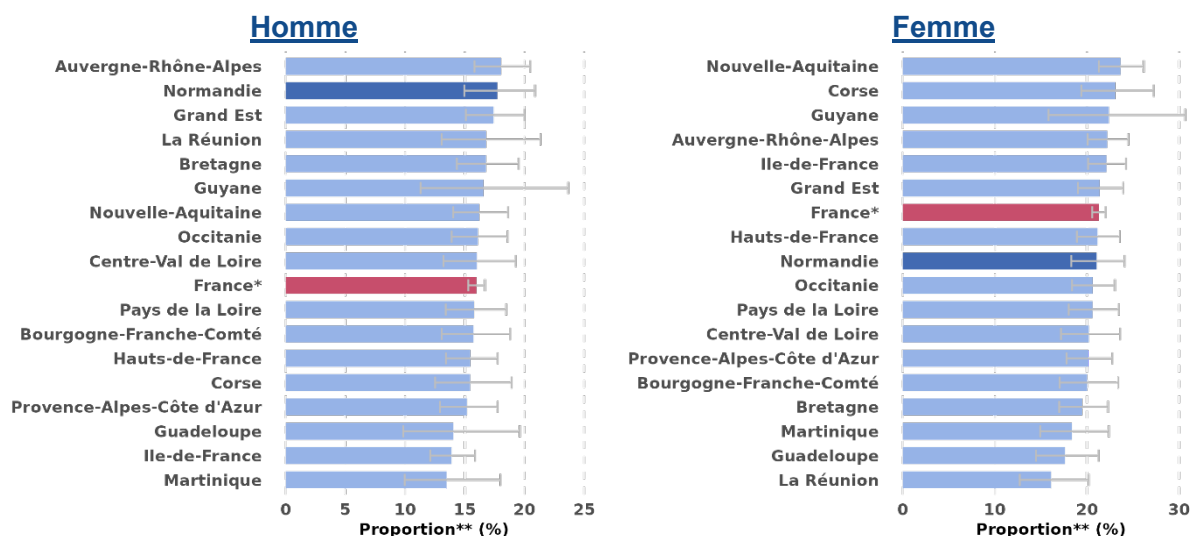
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ; n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note de lecture : 17,4 % des adultes vivant en Normandie sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Bac, déclarent avoir chuté au cours des 12 derniers mois.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois, par région et par sexe, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France 2024

Accidents

Plus d'un adulte sur dix déclare avoir été victime d'au moins un accident au cours des 12 derniers mois

En 2024, 13,3% des personnes âgées de 18-79 ans déclarent avoir été victimes d'au moins un accident au cours des 12 derniers mois⁴, **qu'il s'agisse d'un accident de la circulation, du travail, domestique, scolaire, de sport ou de loisirs.**

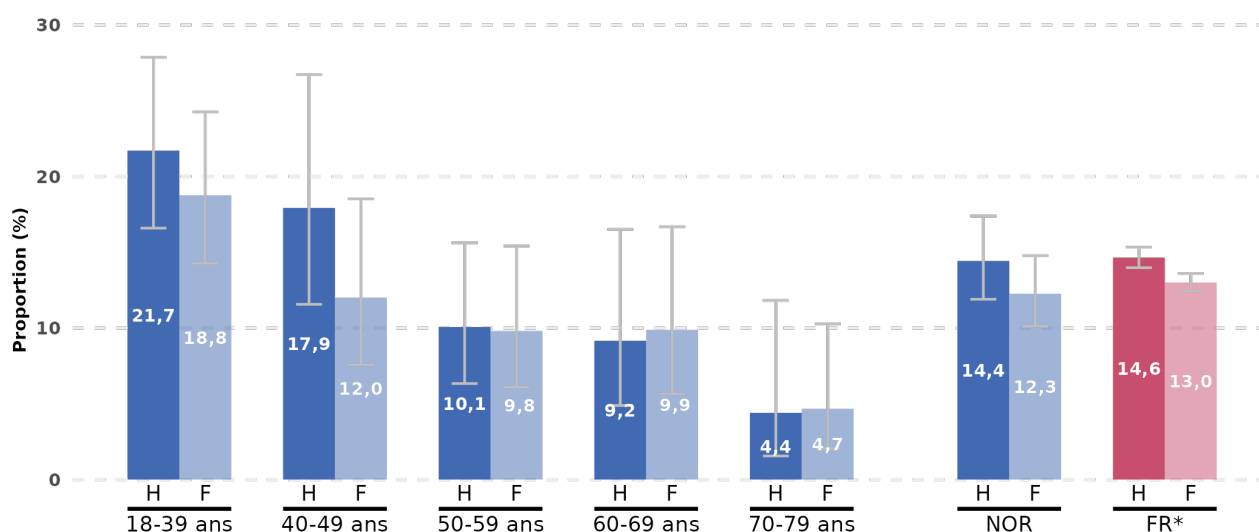
Un gradient décroissant est observé selon la classe d'âge, quel que soit le sexe avec 20,2% des 18 à 39 ans qui déclarent un accident dans les 12 derniers mois, contre respectivement 14,9% pour les 40-49 ans, 9,9% pour les 50-59, 9,5% pour les plus de 60-69 ans et 4,5% pour les 70-79 ans (Figure 3). Les personnes retraitées déclarent moins souvent (5,4 %) avoir eu un accident au cours des 12 derniers mois que les personnes d'autres catégories d'activité et ce quel que soit le sexe (Tableau 2).

La CSP, le niveau de diplôme et la situation financière perçue ne semblent pas avoir de lien avec le fait de déclarer un accident, bien que la proportion des personnes en difficulté financière ayant déclaré un accident soit de 17,0 % contre 11,5 % chez celles pour qui ça va, plus marqué chez les femmes (Tableau 2).

La Normandie se situe à un niveau similaire de la fréquence de déclaration d'accident par rapport à la moyenne nationale, et cela quel que soit le genre (Figure 4).

⁴ La question sur les accidents était la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ? ».

Figure 3. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, Normandie, France, 2024



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
Intervalle de confiance à 95% ; Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois, Normandie, France*, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes		
	n	%	IC95	%	IC95	%	IC95	
Niveau de diplôme								
Sans diplôme et inférieur au Bac	650	11,2	8,7-14,2	12,7	9,0-17,4	9,8	6,6-13,8	
Bac	438	15,9	12,4-20,0	16,9	11,7-23,3	14,9	10,3-20,4	
Supérieur au bac	576	14,9	11,9-18,4	15,4	10,8-21,0	14,5	10,6-19,2	
PCS¹								
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	125	13,9	7,7-22,5	12,4	5,0-24,3	16,8	7,2-31,2	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	264	15,1	10,7-20,4	13,2	7,8-20,4	17,7	10,9-26,5	
Professions intermédiaires	428	12,2	9,1-16,0	12,8	8,1-18,8	11,7	7,8-16,8	
Employés	438	13,0	9,7-16,8	18,2	9,4-30,4	11,8	8,4-15,9	
Ouvriers	316	13,7	9,9-18,3	14,9	10,5-20,4	9,7	3,6-20,1	
Situation financière perçue								
A l'aise	218	13,0	8,4-18,8	15,1	7,8-25,5	11,2	6,1-18,5	
Ça va	641	11,5	9,0-14,4	12,5	8,8-17,1	10,5	7,4-14,3	
C'est juste	590	13,7	10,8-17,0	15,8	11,3-21,3	11,7	8,3-15,8	
C'est difficile/ endetté	215	17,0	11,6-23,6	15,1	8,3-24,4	18,8	10,9-29,0	
Situation d'activité								
En emploi	879	15,3	12,8-18,2	16,6	12,8-21,0	14,0	10,7-17,9	
En formation	101	18,0	10,7-27,5	25,1	12,9-41,2	11,6	4,5-23,0	
Chômage	100	20,6	12,5-30,9	17,4	6,8-33,8	23,4	12,3-38,0	
Retrait, pré-retraite	452	5,4	3,5- 7,9	5,6	2,9-9,7	5,2	2,8-8,7	
Autres inactifs	132	18,1	11,6-26,2	21,7	10,6-36,9	15,4	8,6-24,8	
Normandie	1664	13,3	11,6-15,2	14,4	11,8-17,4	12,3	10,0-14,8	
France entière	34755	13,8	13,3-14,2	14,6	14,0-15,3	13,0	12,4-13,6	

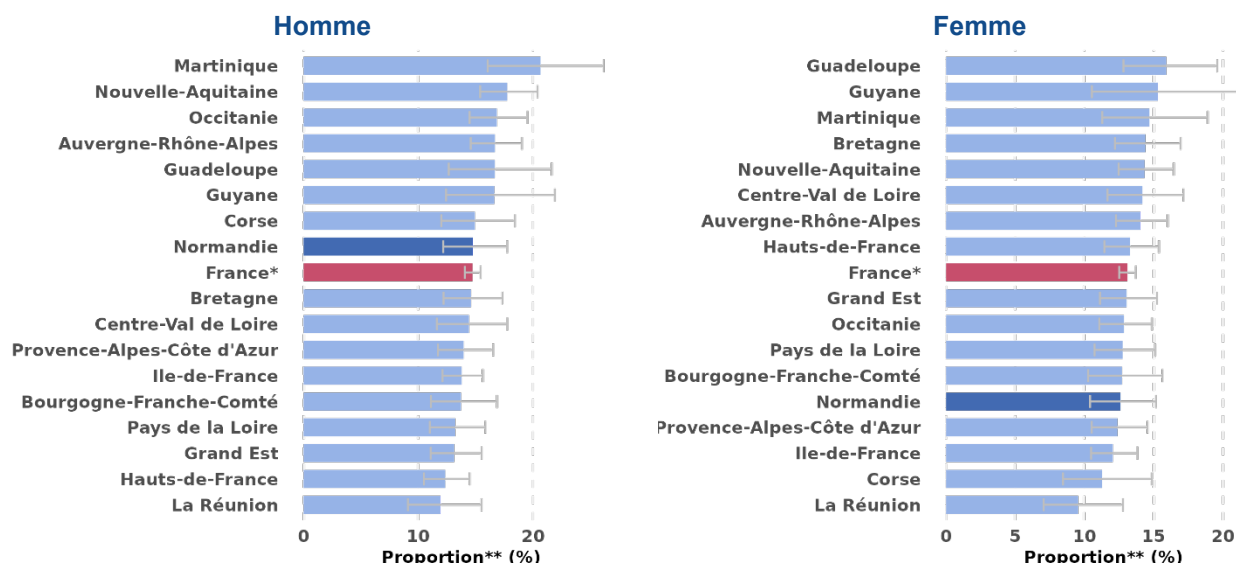
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ; n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note de lecture : 11,2 % des adultes vivant en Normandie sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Bac, déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Figure 4. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois, par région et par sexe, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France 2024

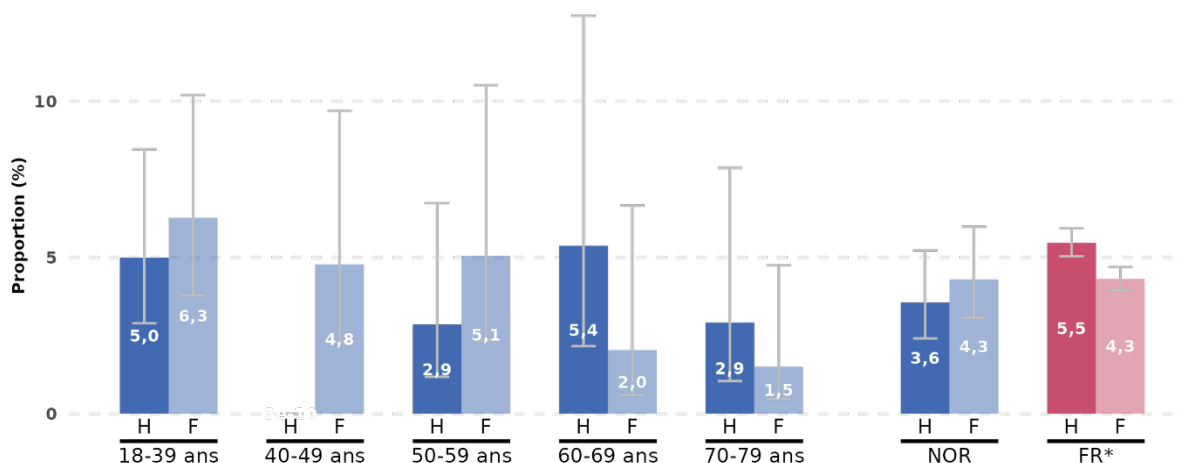
Traumatismes crâniens (TC)

En Normandie, la proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois est de 3,9 %, sans différence marquée par sexe. Par classe d'âge, les proportions varient de 2,1 % chez les 70-79 ans à 5,6% chez les 18-39 ans (Figure 5).

Peu de différences sont également observées en fonction de la catégorie socioprofessionnelle, selon la situation financière perçue, du niveau de diplôme ou de la situation d'activité (Tableau 3).

La Normandie se situe à un niveau similaire de celui observé en moyenne pour la France hexagonale (4,9%), avec une prévalence plus basse chez les hommes (Figure 6).

Figure 5. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un TC au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, France hexagonale



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Intervalles de confiance à 95% ; Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 3. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un traumatisme crânien au cours des 12 derniers mois, Normandie, France*, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95	%	IC95	%	IC95
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	652	3,2	2,0-5,0	2,9	1,3-5,7	3,5	1,8-6,1
Bac	442	5,7	3,5-8,6	6,3	3,4-10,7	4,9	2,1- 9,6
Supérieur au bac	577	3,8	2,3-5,8	2,2	0,8-4,7	5,2	2,9-8,4
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	4,1	1,6-8,4	2,8	0,6- 8,0	6,7	1,8-16,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	3,6	1,6-6,8	2,5	0,7- 6,5	4,9	1,5-11,5
Professions intermédiaires	428	3,7	2,0-6,1	3,2	1,1-6,9	4,2	1,9-8,0
Employés	440	4,8	2,9-7,6	8,4	2,8-18,3	4,1	2,1- 7,0
Ouvriers	318	3,8	2,0-6,6	3,5	1,5- 6,8	4,7	1,2-11,8
Situation financière perçue							
A l'aise	218	2,1	0,7-5,0	0,9	0,0-5,0	3,1	0,8-8,1
Ça va	643	3,9	2,5-5,9	3,2	1,5-5,9	4,7	2,5-7,9
C'est juste	593	4,6	3,0-6,8	4,5	2,3-7,9	4,8	2,6-7,9
C'est difficile/ endetté	217	3,5	1,5-7,1	4,0	1,0-10,2	3,2	0,8- 8,1
Situation d'activité							
En emploi	881	4,6	3,2-6,4	3,5	1,9-5,8	5,8	3,6-8,7
En formation	102	2,3	0,5-6,8	2,0	0,1-10,9	2,6	0,3- 9,3
Chômage	688	3,4	2,1-5,2	3,9	1,9-7,1	2,9	1,5-5,2
Retrait, pré-retraite	881	4,6	3,2- 6,4	3,5	1,9-5,8	5,8	3,6-8,7
Autres inactifs	102	4,9	1,5-11,8	3,5	0,4-12,3	6,3	1,1-18,6
Normandie	1671	3,9	3,0-5,1	3,6	2,3-5,2	4,3	3,0-6,0
France entière	29189	4,9	4,6-5,2	5,5	5,0-5,9	4,3	4,0-4,7

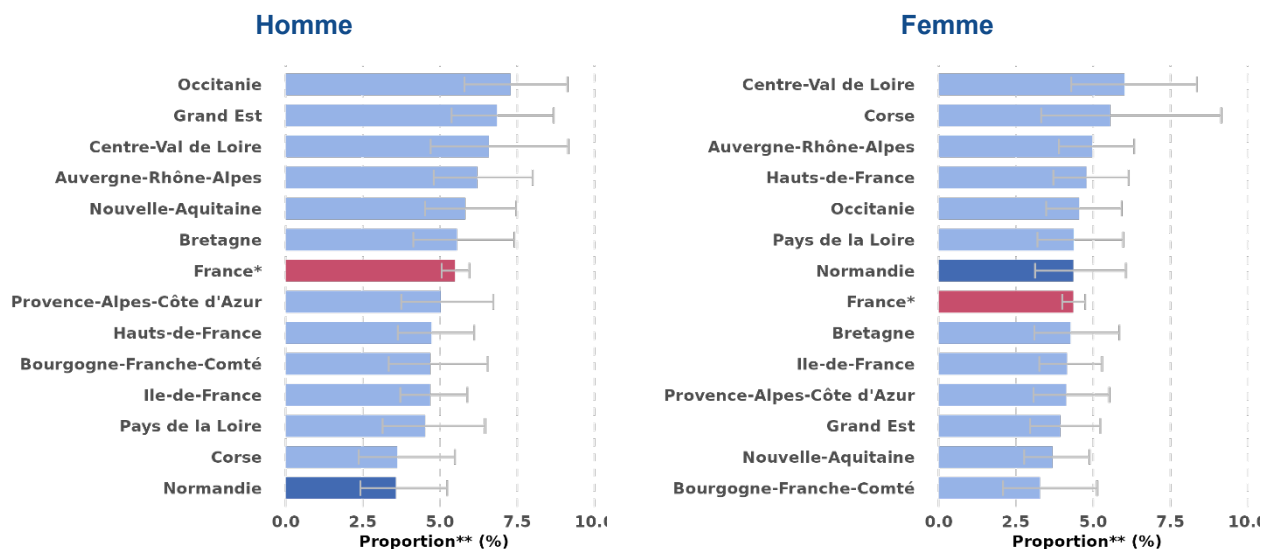
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ; n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note de lecture : 3,2 % des adultes vivant en Normandie sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au Bac, déclarent avoir eu un traumatisme crânien au cours des 12 derniers mois.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Figure 6. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu un traumatisme crânien au cours des 12 derniers mois, par région et par sexe, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
 ** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
 — Intervalle de confiance à 95%
 Source : Baromètre Santé publique France 2024

Conclusion

Ces premiers résultats du Baromètre 2024 de Santé publique France montrent que les chutes, les accidents et les traumatismes crâniens sont des traumatismes fréquents.

Près d'un adulte sur cinq en Normandie déclare avoir chuté au cours des 12 derniers mois, avec une prévalence plus élevée chez les femmes et les jeunes de 18 à 39 ans. Les accidents, toutes catégories confondues, touchent 13,3 % des adultes de 18 à 79 ans, et près de 4% des adultes indiquent avoir eu un traumatisme crânien au cours des 12 derniers mois, des résultats similaires à la moyenne observée pour la France Hexagonale.

Si les personnes âgées sont à risque de chute, d'autres classes d'âge et notamment celle des jeunes adultes sont concernées par des fréquences de chute et d'accident importantes. Un plan antichute pour les personnes âgées vise à réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes mais celui-ci pourrait au regard de ces résultats être décliné à l'ensemble de la population avec des actions de prévention ciblée pour chaque classe d'âge. La fréquence élevée des chutes et accidents chez les 18-39 ans pourrait s'expliquer en partie par une exposition à des situations plus dangereuses et des comportements plus risqués par rapport aux autres adultes, notamment dans le cadre de loisirs et activités sportives considérées à risque ou encore de nouveaux modes de mobilités.

Au vu de leurs conséquences en termes de mortalité, de séquelles, de limitations, de dégradation de la qualité de vie, de coûts pour le système de santé et plus largement pour la société, les traumatismes représentent indéniablement un enjeu de santé publique majeur.

Références

- [1] Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2025;(13):218-43.
https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html.
- [2] Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. Inj Prev. 2016;22(1):3-18.
- [3] Polinder S, Haagsma J, Panneman M, Scholten A, Brugmans M, Van Beeck E. The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. Accid Anal Prev. 2016;93:92-100.

Pour en savoir plus

Chutes, accidents et traumatismes crâniens : analyses descriptives. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Méthode de l'enquête. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

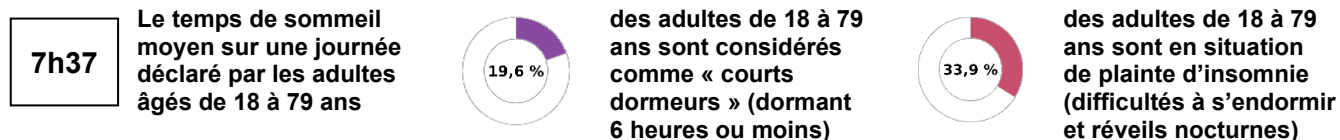
Auteurs

Rédacteur : Valentin Courtillet, Mélanie Martel

Conception : Marie-Prisca Chaffard Luçon, Joël Coste, Emma Eonnet, Franck Golliot, Laurence Guldner, Ali-Mohamed Nassur, Louis-Marie Paget, Marion J Torres

Sommeil : temps moyen sur 24 heures et plaintes d'insomnie

Points clés en Normandie



Contexte

Le sommeil est une fonction biologique essentielle au maintien de la santé physique, psychologique et cognitive [1,2]. En France, les habitudes de sommeil ont connu une évolution importante au cours des dernières décennies [3], notamment en lien avec les évolutions du mode de vie (usage accru des technologies numériques, développement du travail posté de nuit, augmentation du temps de trajet domicile-travail, exposition à la lumière artificielle le soir et la nuit, etc.). Ces transformations ont contribué à une réduction significative du temps moyen de sommeil : en 50 ans, ce temps a diminué d'une heure et demie en France, estimé pour la première fois à moins de sept heures par nuit pour la population adulte en 2017 [4] alors qu'une durée comprise entre sept et neuf heures est recommandée pour les adultes [5].

Parallèlement à cette diminution quantitative, la qualité de sommeil de la population française semble s'être altérée [6], tout particulièrement pendant la crise sanitaire de 2020 avec une dégradation marquée des indicateurs de sommeil [7,8]. L'un des troubles les plus fréquemment rapportés est l'insomnie, définie cliniquement comme une difficulté d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents ou précoces, accompagnés d'un retentissement diurne significatif (fatigue, irritabilité, troubles de la concentration). En France, près de 15 % des adultes souffriraient d'une forme chronique [4]. Ces chiffres traduisent une prévalence préoccupante, en particulier chez certaines populations telles que les femmes ou les personnes vivant des situations de précarité ou des événements de vie difficile [9].

Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent de documenter les habitudes de sommeil et les facteurs associés, et ainsi orienter les politiques de prévention, promouvoir une meilleure hygiène du sommeil et améliorer la prise en charge des troubles associés.

Trois indicateurs sont présentés dans le cadre de ce panorama : le temps de sommeil moyen sur 24 heures (temps de sommeil incluant les temps de sieste), la proportion de courts dormeurs (temps de sommeil nocturne en semaine ne dépassant pas 6 heures) et les plaintes d'insomnie (temps d'endormissement et/ou réveils nocturnes supérieurs à 30 minutes) dont la définition et le mode de calcul sont décrits plus précisément par ailleurs [10, 11].

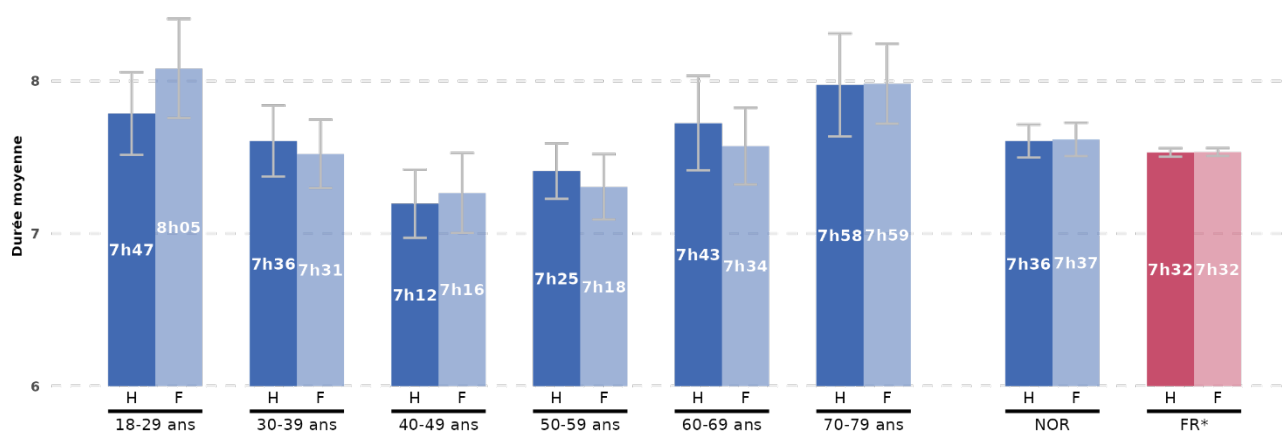
Résultats

Un temps de sommeil moyen de 7 heures et 37 minutes, inégal selon l'âge

En Normandie, le temps moyen de sommeil sur une journée de 24 heures des adultes de 18-79 ans s'élève à 7 heures et 37 minutes, avec un temps moyen comparable chez les femmes et les hommes (Tableau 1).

Les temps moyens de sommeil varient selon l'âge (Figure 1). Ils sont les plus faibles pour les personnes âgées de 40 à 49 ans (7h14) et les plus élevés pour celles âgées de 70 à 79 ans (7h59). Cette dynamique est également observée chez les hommes, alors que pour les femmes, le temps moyen de sommeil le plus élevé est retrouvé chez les 18-29 ans (8h05).

Figure 1. Temps de sommeil moyen sur 24 heures parmi les adultes de 18-79 ans selon le sexe et l'âge, Normandie, France*, 2024



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95% ; Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Le temps moyen de sommeil déclaré varie selon le niveau socio-économique des personnes interrogées. Même si les écarts sont faibles, les personnes les plus diplômées tendent à rapporter en moyenne un temps de sommeil plus court, notamment les hommes et les ouvriers tendent à déclarer des durées de sommeil les plus élevées, et ce, indépendamment du sexe (Tableau 1).

De même, les familles monoparentales déclarent une durée de sommeil inférieure à celle vivant dans les autres types de ménage (Tableau 1).

Plus d'une personne sur 3 déclare des insomnies

En Normandie, la plainte d'insomnie (difficultés à s'endormir et réveils nocturnes) est observée chez plus d'un tiers des adultes (33,9 %), plus fréquemment chez les femmes (38,7 %) que chez les hommes (28,7 %) (Tableau 2). La proportion de personnes se plaignant d'insomnie est d'autant plus élevée que leur situation financière perçue est difficile. Près de la moitié des personnes en situation financière difficile ou d'endettement se plaignent d'insomnie (45,4 % contre 28,6 % pour les personnes déclarant se sentir à l'aise financièrement).

La plainte d'insomnie tend à augmenter avec l'âge aussi pour bien pour les femmes que pour les hommes. Celle-ci diffère selon la catégorie socio-professionnelle et la typologie de ménages parmi lesquelles on observe les taux les plus élevés de plaintes (Tableau 2) :

- Chez les catégories « agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise » et employés (près de 40 %) contre moins d'un quart chez les cadres et profession intellectuelles supérieures ;
- Chez les ménages d'une seule personne (39,6 %) et les couples sans enfants (37,9 %) par rapport aux couples avec enfant(s) (28,4%) ; chez les hommes, la plainte d'insomnie est plus élevée dans les familles monoparentales (42,2 %).

Tableau 1. Temps de sommeil moyen sur 24 heures (heures et minutes) parmi les adultes de 18-79 ans, Normandie, France*, 2024

	n	Ensemble Durée [IC95]		Hommes Durée [IC95]		Femmes Durée [IC95]	
Âge							
18-29 ans	288	7h56	7h43-8h09	7h47	7h31-8h03	8h05	7h45-8h24
30-39 ans	255	7h34	7h24-7h44	7h36	7h22-7h50	7h31	7h18-7h45
40-49 ans	277	7h14	7h04-7h24	7h12	6h58-7h25	7h16	7h00-7h32
50-59 ans	342	7h21	7h13-7h30	7h25	7h14-7h36	7h18	7h06-7h31
60-69 ans	278	7h39	7h27-7h50	7h43	7h25-8h02	7h34	7h19-7h49
70-79 ans	232	7h59	7h46-8h11	7h58	7h38-8h19	7h59	7h43-8h15
Type de ménage							
Ménage d'une seule personne	328	7h35	7h25-7h45	7h26	7h13-7h39	7h43	7h28-7h58
Famille monoparentale	150	7h17	7h01-7h33	7h11	6h39-7h43	7h20	7h03-7h38
Couple sans enfant	567	7h44	7h36-7h51	7h49	7h37-8h01	7h39	7h30-7h49
Couple avec enfant(s)	484	7h30	7h21-7h39	7h29	7h19-7h39	7h30	7h16-7h45
Autres	143	7h59	7h44-8h14	7h56	7h38-8h13	8h04	7h36-8h31
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	652	7h41	7h34-7h49	7h43	7h33-7h54	7h39	7h28-7h50
Bac	442	7h33	7h25-7h42	7h31	7h21-7h41	7h35	7h22-7h49
Supérieur au bac	578	7h31	7h25-7h38	7h28	7h18-7h37	7h35	7h26-7h43
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	7h32	7h16-7h49	7h24	7h02-7h47	7h48	7h26-8h10
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	7h29	7h20-7h39	7h32	7h21-7h42	7h26	7h09-7h42
Professions intermédiaires	429	7h31	7h23-7h39	7h29	7h17-7h41	7h32	7h21-7h43
Employés	440	7h34	7h23-7h44	7h23	7h00-7h45	7h36	7h25-7h47
Ouvriers	318	7h45	7h35-7h55	7h47	7h35-7h58	7h39	7h18-7h59
Situation financière perçue							
A l'aise	219	7h35	7h24-7h46	7h25	7h08-7h41	7h44	7h30-7h58
Ça va	643	7h38	7h31-7h46	7h41	7h31-7h52	7h36	7h26-7h46
C'est juste	593	7h36	7h28-7h44	7h36	7h27-7h46	7h36	7h24-7h48
C'est difficile/ endetté	217	7h35	7h20-7h49	7h33	7h11-7h54	7h37	7h19-7h54
Normandie	1672	7h37	7h32-7h41	7h36	7h30-7h43	7h37	7h30-7h44
France entière	34940	7h32	7h31-7h33	7h32	7h30-7h34	7h32	7h31-7h34

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ; n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Près d'une personne sur 5 ne dort pas plus de 6h par nuit

En 2024, la proportion de courts dormeurs (personnes dont le temps de sommeil nocturne en semaine ne dépasse pas 6 heures) s'élève à 19,6 % parmi les adultes de 18-79 ans (Tableau 2) et tend à être plus élevée chez les 40-49 ans (28,0%) par rapport aux 70-79 ans (10,5 %). Cette proportion est similaire chez les hommes et chez les femmes.

Une proportion plus élevée de courts dormeurs est également retrouvée chez les familles monoparentales (23,7 %) et les ménages d'une seule personne (23,5%) par rapport aux couples sans enfant(s) (14,5 %) (Tableau 2).

Tableau 2. Courts dormeurs et plainte d'insomnie parmi les adultes de 18-79 ans, Normandie, France*, 2024

	n	Courts dormeurs						Plainte d'insomnie					
		Ensemble		Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	[IC95]	%	[IC95]	%	[IC95]	%	[IC95]	%	[IC95]	%	[IC95]
Âge													
18-29 ans	288	19,8	15,1-25,3	21,0	14,1-29,4	18,6	12,4-26,3	23,5	18,1-29,7	23,5	15,5-33,1	23,6	16,6-31,8
30-39 ans	255	17,5	12,7-23,1	17,0	10,3-25,6	18,0	11,6-26,1	30,5	24,2-37,3	26,4	17,7-36,7	34,4	25,8-43,9
40-49 ans	277	28,0	22,4-34,2	29,1	20,7-38,7	27,0	19,6-35,5	31,7	25,9-37,9	26,4	18,7-35,5	36,8	28,4-45,8
50-59 ans	342	23,6	18,9-28,8	24,5	17,8-32,3	22,6	16,4-30,0	36,6	31,0-42,4	28,5	21,4-36,6	44,2	36,1-52,6
60-69 ans	278	17,2	12,4-22,8	15,8	9,3-24,3	18,4	11,9-26,6	40,5	34,1-47,1	30,0	21,3-39,8	49,9	40,9-58,9
70-79 ans	232	10,5	6,7-15,3	10,4	5,4-17,7	10,5	5,5-17,8	40,9	33,9-48,2	40,0	29,6-51,1	41,7	32,2-51,7
Type de ménage													
Ménage d'une seule personne	328	23,5	18,5-29,1	26,1	18,9-34,4	21,0	14,4-29,1	39,6	33,6-45,9	36,3	28,2-45,0	42,8	34,1-52,0
Famille monoparentale	150	23,7	16,5-32,1	27,0	14,6-42,7	21,7	13,4-32,0	37,5	29,0-46,7	42,2	27,7-57,8	34,8	24,5-46,3
Couple sans enfant	567	14,5	11,5-17,9	14,0	9,6-19,4	14,9	11,0-19,6	37,9	33,5-42,4	30,7	24,3-37,7	44,0	38,1-50,1
Couple avec enfant(s)	484	22,6	18,8-26,9	22,3	16,9-28,6	22,9	17,7-28,9	28,4	24,1-33,1	22,6	16,8-29,3	34,7	28,4-41,4
Autres	143	16,2	10,4-23,5	14,8	8,0-24,0	18,3	8,8-31,7	19,1	12,8-26,9	16,8	9,4-26,9	22,5	12,0-36,3
Niveau de diplôme													
Sans diplôme et inférieur au bac	652	18,7	15,7-22,1	19,5	15,1-24,5	17,9	13,8-22,7	39,0	34,9-43,1	34,7	28,9-40,7	43,1	37,4-48,9
Bac	442	21,4	17,4-25,8	19,3	13,9-25,8	23,5	17,8-30,0	31,6	27,1-36,3	23,6	18,0-30,0	40,0	33,2-47,1
Supérieur au bac	578	19,9	16,5-23,6	21,4	16,0-27,7	18,5	14,4-23,3	26,5	22,7-30,6	22,1	16,8-28,2	30,2	25,0-35,9
PCS¹													
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	15,8	9,4-24,4	17,8	9,4-29,2	12,2	3,7-27,3	39,3	29,9-49,3	34,3	23,1-47,0	48,8	32,5-65,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	17,0	12,4-22,3	13,8	8,6-20,5	21,3	13,8-30,6	24,6	19,2-30,6	20,4	13,8-28,5	30,3	21,7-39,9
Professions intermédiaires	429	21,2	17,1-25,7	22,2	16,0-29,4	20,2	15,1-26,0	32,4	27,7-37,3	26,0	19,6-33,4	38,5	32,0-45,3
Employés	440	19,9	16,1-24,1	21,5	12,2-33,6	19,5	15,4-24,2	39,0	34,1-44,2	34,7	22,5-48,5	40,0	34,5-45,6
Ouvriers	318	22,2	17,5-27,5	22,2	17,0-28,2	22,2	12,5-34,9	32,9	27,3-38,9	29,9	23,9-36,6	42,2	29,6-55,5
Situation financière perçue													
A l'aise	219	18,6	13,3-25,0	23,1	14,2-34,2	15,0	9,0-22,8	28,6	22,4-35,6	25,6	16,4-36,8	31,1	22,7-40,5
Ça va	643	16,4	13,4-19,7	17,1	12,8-22,2	15,7	11,7-20,4	32,5	28,6-36,7	28,6	23,0-34,8	36,3	30,8-42,2
C'est juste	593	22,2	18,7-26,0	21,1	16,1-26,8	23,2	18,5-28,5	32,0	27,9-36,2	24,6	19,1-30,7	39,0	33,3-45,0
C'est difficile/ endetté	217	21,9	16,2-28,6	22,1	14,2-31,9	21,7	13,7-31,5	45,4	37,9-53,1	41,1	31,0-51,8	49,5	38,4-60,7
Normandie	1672	19,6	17,6-21,8	20,0	17,0-23,2	19,3	16,6-22,3	33,9	31,4-36,4	28,7	25,2-32,4	38,7	35,2-42,3
France entière	34 940	21,5	20,9-22,0	22,4	21,6-23,2	20,6	19,9-21,4	33,1	32,5-33,7	28,2	27,3-29,0	37,7	36,9-38,6

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ; n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Conclusion

En Normandie, le temps de sommeil moyen (7h37) est proche de la moyenne nationale (7h32). Il en est de même pour les proportions de courts dormeurs (19,6 %) et de plaintes d'insomnie (33,9%) qui sont respectivement de 21,5 % et 33,1% à l'échelle nationale. Des disparités liées à l'âge sont observées : les personnes les plus âgées ont tendance à déclarer un temps de sommeil plus élevé et présenter une proportion de courts dormeurs plus faible. Les plaintes d'insomnie quant à elles tendent à être plus élevées avec l'âge.

Près d'un adulte sur cinq déclare dormir 6 heures ou moins par nuit en semaine. Ces courts dormeurs, surreprésentés chez les personnes âgées de 40-60 ans, ont un surrisque de surpoids, d'obésité, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de maladie cardiovasculaire, de dépression, ou d'accidents [12, 13]. La possibilité de rattraper un déficit de sommeil en dormant plus le week-end est quant à elle discutée [6] et ne peut pallier totalement à la dette qui se crée au cours des journées « normales » la semaine.

Les temps de sommeil évoluent selon les âges de la vie : ils sont plus faibles entre 40 et 59 ans sans doute en lien avec une activité professionnelle plus importante notamment par rapport aux plus âgés. Les plaintes d'insomnie sont par ailleurs plus importantes chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la classe d'âge. Les raisons d'un plus mauvais sommeil chez celles-ci s'avèrent multifactorielles : à la fois biologique (périodes menstruelles, ménopause), psychologique, du fait d'une prévalence plus élevée des troubles anxio-dépressifs, et sociétale, les femmes étant plus impliquées dans les activités domestiques et les prises en charges familiales [14, 15]. Une prévention des troubles du sommeil ciblée pour les femmes est un enjeu de santé publique important [6, 16].

À ces différences de sexe et d'âge, s'ajoutent des disparités socio-économiques particulièrement marquées. Si le statut professionnel influence le sommeil, la situation financière perçue est de loin le facteur (parmi ceux étudiés dans cette étude) qui l'impacte le plus, tant en quantité qu'en qualité. Les situations de plaintes d'insomnie sont quant à elles constatées pour près d'une femme sur deux parmi les plus en difficultés financièrement. La qualité du sommeil étant fortement liée à la santé mentale [17, 18, 19], ce constat d'indicateurs de sommeil dégradés pour les plus précaires (tout particulièrement chez les femmes), pourrait s'expliquer en partie par une santé mentale moins bonne, par ailleurs observée dans le cadre des analyses réalisées pour les thématiques « épisodes dépressifs » et « troubles anxieux généralisés ». Il est également possible d'envisager l'effet délétère des conditions d'environnement du sommeil souvent perturbées chez les personnes aux revenus plus modestes : bruit, manque d'espace tranquille, temps de transport allongé, insécurité.

Une attention toute particulière devra donc être portée à l'ensemble des populations identifiées (population âgées, femmes, populations les plus précaires) afin d'informer et promouvoir le sommeil comme déterminant de la santé globale.

Ce travail constitue une première description régionale des indicateurs de sommeil en Normandie. La réalisation d'analyses complémentaires permettra de mieux comprendre les déterminants et les facteurs associés aux troubles du sommeil.

Références

- [1] Walker MP. The role of sleep in cognition and emotion. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1156:168-97.
- [2] Kryger MH. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6e édition. Philadelphia, PA: Elsevier – Health Sciences Division; 2016. 1784p.
- [3] Léger D & Bourdillon F. Éditorial. Le déclin du temps de sommeil en France n'est pas une fatalité. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019 [I];(8-9):146-8.
- [4] Léger D, Zeghnoun A, Faraut B, Richard JB. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019 [I]; (8-9):149-60.
- [5] Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015 Mar;1(1):40-43.
- [6] Leger D, Richard JB, Collin O, Sauvet F, Faraut B. Napping and weekend catchup sleep do not fully compensate for high rates of sleep debt and short sleep at a population level (in a representative nationwide sample of 12,637 adults). *Sleep Med.* 2020 Oct;74:278-288.
- [7] Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 28 de l'enquête CoviPrev (28 septembre – 5 octobre 2021). Le point sur [En ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2021 [I]. 4 p.
- [8] Institut National du Sommeil et de la Vigilance. *Enquêtes nationales des journées du sommeil [En ligne].* Paris : INSV [consulté le 22/09/2025]. Disponible : <https://institut-sommeil-vigilance.org/archives/>
- [9] Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). *Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France.* *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(44-45):497-501.
- [10] A. Gautier, C. Léon, R. Andler, D. Léger. Sommeil : temps moyen sur 24 heures et plainte d'insomnie. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [11] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [12] Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017 Apr;32:246-256.
- [13] Faraut B, Touchette E, Gamble H, Royant-Parola S, Safar ME, Varsat B, Léger D. Short sleep duration and increased risk of hypertension: a primary care
- [14] Brousse C. La vie quotidienne en France depuis 1974. Les enseignements de l'enquête Emploi du temps, Economie et Statistique, 2015 [consulté le 22/09/2025] ; n° 478-480:79-117. Disponible : https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2015_num_478_1_10559
- [15] Litti E. L'articulation entre vies familiale et professionnelle repose toujours fortement sur les mères.
- [16] Leger D, Ferini-Strambi L, Han F, Poyares D, Uchiyama M, Zee PC. Novel perspective of 'poor sleep' in public health: a narrative review. *BMJ Public Health.* 2024 Sep 4;2(2):e000952.
- [17] Corbo I, Forte G, Favieri F, Casagrande M. Poor Sleep Quality in Aging: The Association with Mental Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 17;20(3):1661.
- [18] Andersen TO, Sejlum C, Jensen AK, Drews HJ, Ritz B, Varga TV, et al. Nighttime smartphone use, sleep quality, and mental health: investigating a complex relationship. *Sleep.* 2023 Dec 11;46(12):zsad256.
- [19] Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2021 Dec;60:101556.

Auteurs

Rédacteur : Maelle Bru, Valentin Courtillet, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

Conception : Raphaël Andler, Pascale Bernillon, Arnaud Gautier, Virginie de Lauzun, Christophe Léon, Ali-Mohamed Nassur

Bien-être : score de satisfaction de vie

Points clés en Normandie



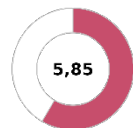
score moyen (sur 10) de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans



7,20



7,25



score moyen (sur 10) de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans se déclarant en difficulté financière ou endettés

Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être mental qui permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle a une valeur en soi et en tant que facteur favorable, et fait partie intégrante de notre bien-être ». Ainsi, la notion de santé mentale ne se limite pas seulement à l'absence de troubles psychiques.

Même si le bien-être relève d'une perception subjective, sa mesure peut être à la fois objective et subjective [1]. La mesure subjective repose sur le jugement qu'un individu porte sur sa vie à travers des questionnaires d'auto-évaluation. Ces derniers mesurent soit le bien-être dans sa globalité soit des composantes plus spécifiques comme les affects positifs ou la satisfaction de vie. Le questionnaire SWLS - Satisfaction with Life Scale - amène le répondant à évaluer globalement sa satisfaction de vie [2]. L'échelle PANAS - Positive and Negative Affect Schedule – mesure, quant à elle, les affects positifs et négatifs [3]. Les réponses à la question « Sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente la pire vie possible et 10 la meilleure vie possible, où vous situez-vous actuellement ? » du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent d'évaluer la satisfaction de vie actuelle.

L'objectif de cette fiche est de donner un aperçu de la satisfaction de vie des adultes de 18 à 79 ans résidant en logement ordinaire (c'est-à-dire hors personnes résidant en collectivité - maisons de retraite, établissements de santé, foyers de travailleurs ou d'étudiants, casernes, centres pénitentiaires, etc. - et sans domicile fixe) en Normandie en 2024.

Résultats

En Normandie, le score de satisfaction de vie moyen déclaré par la population adulte âgée de 18 à 79 ans, noté entre 0 et 10, s'élève à 7,22 (Tableau 1). Ce score régional est proche de celui observé en France et figure parmi les plus élevés observés dans les régions françaises enquêtées (Figure 1). Par ailleurs, 17,7% des habitants de Normandie déclarent un score supérieur à 8, contre 17,1 % à l'échelle nationale [4].

Le score moyen de satisfaction de vie des hommes est comparable à celui des femmes (Tableau 1 et Figure 1).

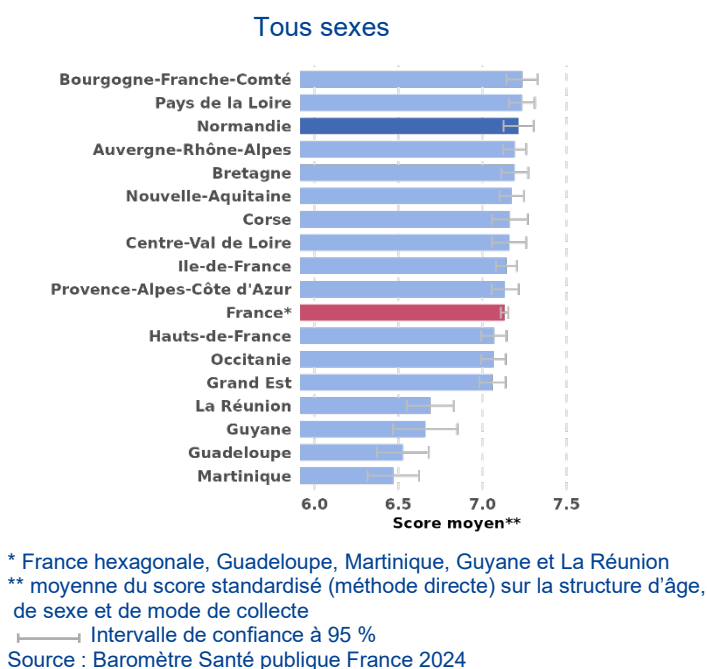
En revanche, des différences apparaissent selon l'âge : les niveaux de satisfaction sont plus faibles chez les 40-49 ans (7,03) et les 30-39 ans (7,09), comparativement aux 60-69 ans (7,48). Chez les femmes, le niveau de satisfaction de vie est le plus élevé dans la tranche des 50-59 ans (7,51).

Concernant les catégories socio-professionnelles, les cadres et professions intellectuelles supérieures affichent le score moyen le plus élevé (7,61), suivis des professions intermédiaires (7,47), tandis que les autres catégories socioprofessionnelles présentent des niveaux de satisfaction plus faibles.

Les personnes vivant en couple – que ce soit avec (7,36) ou sans enfant(s) (7,51), attribuent en moyenne une note plus élevée à leur satisfaction de vie actuelle que les autres personnes, tout comme les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Baccalauréat (7,42).

Les individus en situation de chômage (6,45), les autres inactifs (6,71), ainsi que ceux vivant seuls (6,70) déclarent un score de satisfaction de vie inférieur à la moyenne de l'ensemble de la population (Tableau 1).

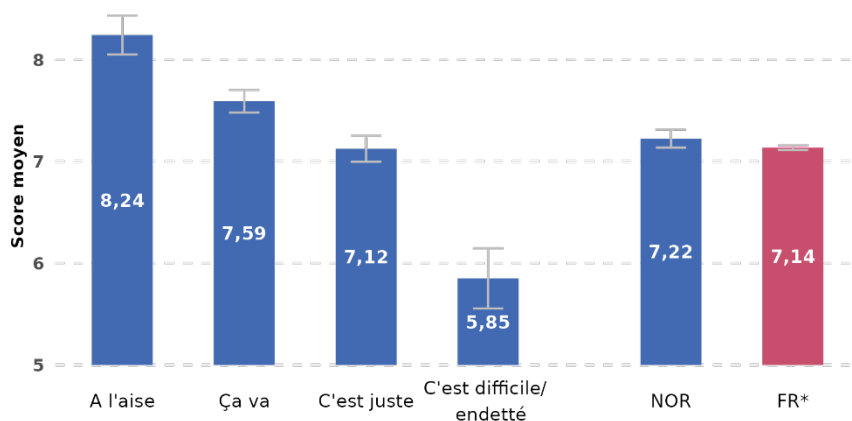
Figure 1. Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans tous sexes, par région, France*, 2024



Un gradient est observé selon la situation financière perçue : le score de satisfaction de vie est d'autant plus élevé que les personnes ont une perception positive de leur situation financière (Figure 2). Ce résultat est observé quel que soit le sexe (Tableau 1).

Les personnes ayant mentionné des troubles psychiques au cours des 12 derniers mois (un épisode dépressif caractérisé (EDC), un trouble anxieux généralisé (TAG) ou des pensées suicidaires (PS)) déclarent une satisfaction de vie inférieure au reste de la population. Ce résultat est également observé pour les personnes ayant déclaré une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie (Figure 3).

Figure 2. Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans selon la situation financière perçue, Normandie (NOR) et France (FR*), 2024

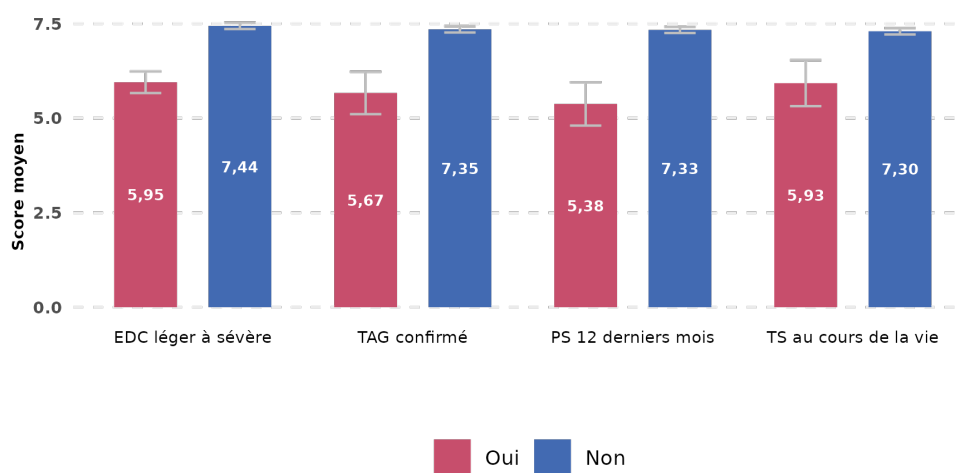


* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

┃ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Figure 3. Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans selon la déclaration d'un épisode dépressif caractérisé, d'un trouble anxieux généralisé, ou de conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide), Normandie, 2024



EDC : « épisode dépressif caractérisé » ; TAG : « trouble anxieux généralisé » ; PS : « pensées suicidaires » ; TS : « tentative de suicide » ;

┃ Intervalle de confiance à 95%.

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 1. Score moyen de satisfaction de vie actuelle des adultes de 18 à 79 ans et caractéristiques socio-démographiques, Normandie, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	Moy.	IC95%	Moy.	IC95%	Moy.	IC95%
Âge							
18-29 ans	288	7,17	6,97-7,37	7,30	7,01-7,59	7,04	6,77-7,31
30-39 ans	255	7,09	6,80-7,37	6,95	6,60-7,31	7,22	6,78-7,66
40-49 ans	277	7,03	6,83-7,23	7,05	6,73-7,37	7,01	6,76-7,26
50-59 ans	342	7,33	7,13-7,52	7,13	6,85-7,41	7,51	7,25-7,77
60-79 ans	278	7,48	7,28-7,68	7,38	7,17-7,59	7,35	7,15-7,55
Niveau étude							
Sans diplôme ou inférieur au Bac	652	7,24	7,10-7,38	7,27	7,08-7,45	7,21	7,00-7,42
Bac	442	6,96	6,78-7,14	6,86	6,59-7,13	7,07	6,84-7,30
Supérieur au Bac	578	7,42	7,29-7,55	7,37	7,16-7,58	7,46	7,31-7,61
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	7,08	6,76-7,39	6,97	6,59-7,35	7,28	6,73-7,83
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	7,61	7,42-7,81	7,62	7,38-7,86	7,60	7,27-7,94
Professions intermédiaires	429	7,47	7,31-7,62	7,37	7,13-7,61	7,56	7,37-7,75
Employés	440	7,08	6,90-7,25	7,00	6,64-7,35	7,10	6,90-7,29
Ouvriers	318	7,03	6,83-7,23	7,06	6,83-7,29	6,93	6,51-7,34
Situation financière perçue							
A l'aise	219	8,24	8,05-8,43	8,17	7,87-8,48	8,30	8,06-8,54
Ça va	643	7,59	7,48-7,70	7,55	7,38-7,72	7,63	7,49-7,78
C'est juste	593	7,12	7,00-7,25	7,12	6,93-7,31	7,13	6,96-7,30
C'est difficile, endetté	217	5,85	5,55-6,15	5,89	5,49-6,28	5,81	5,38-6,25
Situation professionnelle							
En emploi	882	7,32	7,21-7,43	7,21	7,04-7,38	7,43	7,29-7,57
En formation	102	7,37	7,01-7,73	7,47	6,87-8,06	7,28	6,87-7,68
Chômage	102	6,45	5,96-6,93	6,70	6,18-7,23	6,22	5,46-6,99
Retraite, pré-retraite	454	7,39	7,24-7,54	7,39	7,19-7,60	7,39	7,17-7,60
Autre inactif	132	6,71	6,35-7,07	6,62	6,01-7,23	6,79	6,36-7,22
Type de ménage							
Personne seule	328	6,70	6,46-6,94	6,62	6,33-6,90	6,78	6,40-7,17
Famille monoparentale	150	6,92	6,63-7,21	6,69	6,10-7,28	7,05	6,74-7,37
Couple sans enfant	567	7,51	7,38-7,64	7,57	7,38-7,77	7,46	7,28-7,64
Couple avec enfant(s)	484	7,36	7,20-7,51	7,27	7,04-7,50	7,45	7,25-7,66
Autres	143	7,22	6,98-7,46	7,31	6,97-7,65	7,07	6,76-7,39
Région Normandie	1672	7,22	7,14-7,31	7,20	7,07-7,32	7,13	7,10-7,16
France²	34 940	7,14	7,11-7,16	7,14	7,11-7,17	7,13	7,10-7,16

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectif dans l'échantillon, Moy. : Moyenne, IC95% : intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Conclusion

La population adulte âgée de 18 à 79 ans domiciliée en Normandie attribue un score moyen de 7,22 sur 10 à sa satisfaction de vie en 2024. Ce score issu d'une seule question est parmi l'un des plus élevés des régions enquêtées, hommes et femmes confondus. Près de 18 % des personnes situent leur satisfaction de vie actuelle au-dessus de 8.

Les inégalités entre les catégories socioprofessionnelles peuvent refléter en partie des différences de revenus et de conditions de vie [5]. Les disparités observées selon la composition du ménage renforcent le constat déjà établi selon lequel les personnes en couple (avec ou sans enfant(s)) ont une satisfaction de vie plus élevée que celle déclarée par les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale [6].

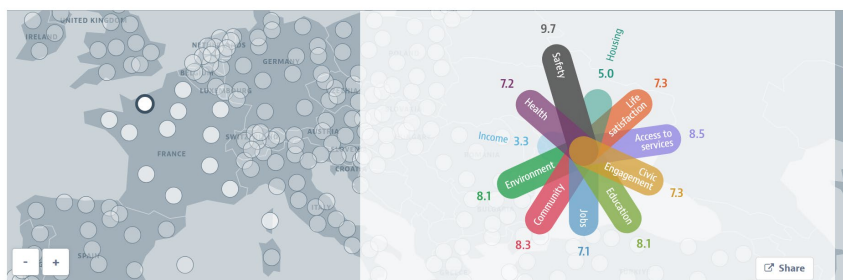
L'état de santé mentale déclaré apparaît comme un déterminant important. La satisfaction de vie des personnes déclarant des troubles psychiques (un état dépressif caractérisé, un trouble anxieux généralisé) ou des conduites suicidaires (pensées ou gestes suicidaires) affichent les scores les plus faibles (scores moyens compris entre 5,38 et 5,95)⁵. Ce résultat, en accord avec des travaux récents [7], souligne la nécessité de politiques visant à réduire les inégalités sociales et renforcer les actions de prévention en santé mentale. Suivre et comprendre les comportements de santé est nécessaire pour mettre en œuvre une politique de santé publique pertinente et efficace.

Pour en savoir plus

Un site de Santé publique France dédié à la santé mentale : [Santementale-info-service.fr](https://santementale-info-service.fr)



Mesure du bien-être en Normandie selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2024



Chaque région est évaluée selon onze dimensions du bien-être (dont la satisfaction de la vie). Chaque critère est noté entre 0 et 10.

Source : <https://www.oecd.org/en/data/tools/oecd-regional-well-being.html>

⁵ Les données présentées dans les fiches dédiées à ces thématiques dans ce panorama et les synthèses au niveau national (disponibles également sur Odissé) mettent en évidence que les plus jeunes adultes sont les plus concernés. Ces facteurs peuvent ainsi contribuer à une moindre satisfaction de vie actuelle.

Références

- [1] Voukelatou V, Gabrielli L, Miliou I. et al. Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. *Int J Data Sci Anal* 11, 279–309 (2021). <https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>
- [2] Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychol Assess.* 1993;5(2):164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- [3] Boiroux F. The Positive and Negative Affect Schedule abbreviated in French: Development, validation and comparison of its psychometric properties with other short versions. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée.* 2024 ; 74(3), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2022.100853>
- [4] Mertens C, Léon C, Gillaizeau I. Bien-être : score de satisfaction de vie. In *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024*
- [5] Insee. Le bien-être subjectif, une question de classes sociales ? Institut national de la statistique et des études économiques; 2023
- [6] Insee. France, portrait social. Satisfaction dans la vie et confiance envers les autres – France, portrait social | Insee. Institut national de la statistique et des études économiques; 2024
- [7] Legleye S. Structure du bien-être et satisfaction dans la vie en général. Documents de travail - Institut national de la statistique et des études économiques ; 2022-13.

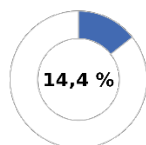
Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteur : Valentin Courtillet, Mélanie Martel

Conception : Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Christophe Léon, Clément Mertens, Sabrina Tessier

Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins

Points clés en Normandie

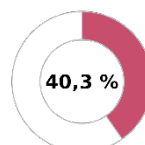


des adultes de 18 à 79 ans ont vécu un EDC au cours des 12 derniers mois



12,9 %

15,9 %



des adultes de 18 à 79 ans ayant vécu un EDC au cours des 12 derniers mois n'ont pas eu de recours aux soins

Contexte

L'épisode dépressif caractérisé (EDC), également désigné sous le terme de dépression, est l'un des troubles psychiques les plus fréquents dans la population. Il se caractérise par un état de tristesse persistante et/ou de perte d'intérêt pour les activités quotidiennes (professionnelles, scolaires, sociales), présent la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant une période d'au moins deux semaines. Il s'accompagne souvent de symptômes somatiques et cognitifs pouvant entraîner une souffrance importante et une altération du fonctionnement quotidien de l'individu.

En 2021, les troubles dépressifs constituaient la deuxième cause mondiale d'années de vie vécues avec une incapacité (*Years Lived with Disability*, YLDs⁶), avec une augmentation de 36,5 % par rapport à 2010 [1]. En France, la prévalence des troubles dépressifs en population générale était déjà préoccupante avant la pandémie de COVID-19, laquelle a entraîné une aggravation significative des symptômes, notamment chez les jeunes [2-4]. Les données issues du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent de fournir cette prévalence⁷ en population générale au niveau régional et national [5,6], et de mieux comprendre les disparités socioéconomiques associées.

Résultats

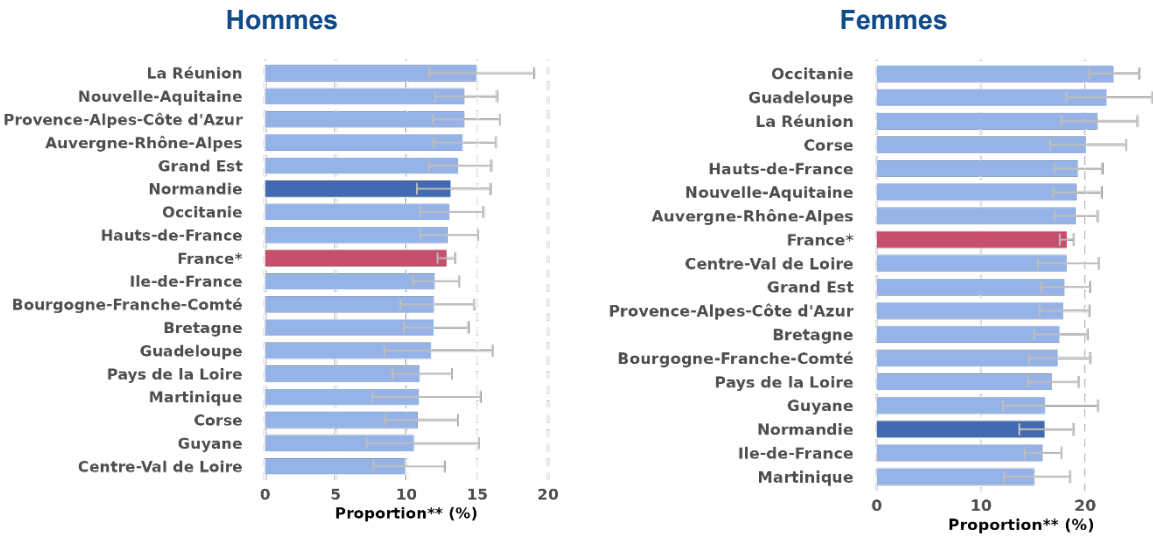
En Normandie, en 2024, 14,4 % des adultes âgés de 18 à 79 ans ont vécu un EDC au cours des 12 derniers mois (proche du taux France entière à 15,6%). Chez les femmes (15,9%), ce taux fait partie des plus faibles enregistrés en France entière (Figure 1, Tableau 1).

Chez les femmes, les proportions les plus élevées sont observées chez les 18-29 ans (23,9 %) et les 40-49 ans (20,3 %), tandis que chez les hommes, elles concernent principalement les 30-39 ans (20,3 %). L'écart le plus prononcé entre les sexes concerne les 18-29 ans, avec 23,9 % de femmes déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, contre 15,8 % des hommes (Tableau 1).

⁶ « Les années de vie vécues avec une incapacité » est un terme traduit de l'anglais « *Years lived with disability* » (YLDs) reflétant l'impact d'une maladie et la gravité des incapacités qu'elle entraîne

⁷ Le Baromètre de Santé publique France 2024 inclut la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) afin de mesurer l'EDC au cours des 12 derniers mois. Un EDC se caractérise par au moins un symptôme principal, accompagné d'au moins trois symptômes secondaires, avec un retentissement sur les activités habituelles, sur une période d'au moins 2 semaines consécutives, pratiquement toute la journée et presque tous les jours [5].

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois par région, par sexe, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
— Intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Un gradient croissant est observé entre les proportions d'EDC et la situation financière perçue, cette proportion étant plus importante chez les personnes se déclarant en difficulté financière (25,0 %) et ce, quel que soit le sexe (Tableau 1).

Les proportions des EDC sont, par ailleurs, plus élevées chez les personnes au chômage (27,9 %), notamment chez les femmes (37,6 %) et chez les familles monoparentales (25,9 %). Celle-ci apparaît légèrement supérieure chez les hommes de « professions intermédiaires » (18,9 %). Enfin, les EDC apparaissent moins fréquemment chez les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au bac ou sans diplôme (9,5%).

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes		
	n	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	
Age								
18-29 ans	287	19,8	15,1-25,2	15,8	9,8-23,5	23,9	17,0-32,1	
30-39 ans	253	18,2	13,1-24,2	20,3	12,7-29,7	16,1	9,6-24,5	
40-49 ans	277	17,6	13,1-22,8	14,7	8,8-22,5	20,3	13,9-28,2	
50-59 ans	342	15,4	11,4-20,2	16,2	10,4-23,6	14,7	9,5-21,4	
60-69 ans	278	9,2	5,9-13,3	5,3	2,1-10,8	12,6	7,6-19,4	
70-79 ans	231	5,7	2,9- 9,8	3,5	0,7- 9,9	7,5	3,4-13,8	
Niveau étude								
Supérieur au bac	577	16,4	13,2-19,9	15,0	10,5-20,6	17,5	13,3-22,4	
Bac	441	22,7	18,6-27,3	20,7	15,0-27,4	24,9	19,1-31,6	
Sans diplôme et inférieur au bac	650	9,5	7,3-12,3	8,1	5,1-12,0	11,0	7,7-15,0	
PCS ¹								
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	11,4	6,2-18,9	9,7	4,0-18,8	14,8	5,3-30,3	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	14,8	10,5-19,9	11,4	6,5-18,3	19,4	12,4-28,2	
Professions intermédiaires	429	16,3	12,6-20,5	18,9	13,1-26,0	13,8	9,5-19,0	
Employés	437	16,6	13,1-20,7	15,5	7,7-26,8	16,9	13,0-21,4	
Ouvriers	318	10,9	7,6-15,0	9,4	5,9-14,1	15,6	8,1-26,0	

Suite Tableau 1

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Situation financière perçue							
A l'aise	219	9,2	5,7-13,9	5,9	2,0-12,8	11,9	6,8-19,0
Ça va	641	9,8	7,5-12,5	7,9	5,0-11,9	11,6	8,4-15,6
C'est juste	591	16,2	13,1-19,6	13,9	9,7-19,0	18,4	14,1-23,4
C'est difficile / endetté	217	25,0	19,0-31,7	27,2	18,8-36,9	22,9	14,7-32,9
Situation professionnelle							
En emploi	881	14,9	12,5-17,6	15,4	11,9-19,5	14,4	11,2-18,2
En formation	101	19,2	11,2-29,5	19,1	7,7-36,2	19,2	9,2-33,3
Chômage	102	27,9	18,7-38,6	16,5	5,9-33,6	37,6	24,0-52,8
Retraite, pré-retraite	453	6,8	4,5- 9,7	3,2	1,1- 6,9	10,0	6,3-14,9
Autres inactifs	131	21,8	15,0-30,0	23,8	13,2-37,5	20,3	11,9-31,2
Type de ménage							
Ménage d'une seule personne	327	15,4	11,0-20,6	16,1	10,0-23,8	14,7	8,8-22,4
Famille monoparentale	150	25,9	18,6-34,2	25,0	13,3-40,1	26,4	17,4-37,0
Couple sans enfant	565	9,8	7,5-12,6	7,1	4,2-11,2	12,1	8,7-16,1
Couple avec enfant(s)	483	14,8	11,7-18,4	14,2	9,8-19,6	15,5	11,2-20,7
Autre situation	143	15,4	9,7-22,8	11,8	5,7-20,9	20,9	10,6-34,8
Normandie	1668	14,4	12,7-16,4	12,9	10,5-15,7	15,9	13,4-18,6
France entière	34795	15,6	15,1-16,0	12,8	12,2-13,4	18,2	17,5-18,9

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé

n : effectif de répondants, IC95 % : intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

En Normandie, 40,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans, déclarant un EDC au cours des 12 derniers mois, n'ont eu aucun recours thérapeutique sur cette même période (ni à un professionnel, ni à une psychothérapie, ni aux médicaments). Cette proportion de non-recours aux soins est plus élevée chez les hommes (55,6 % contre 28,5 % chez les femmes) (Tableau 2). Au cours des 12 derniers mois, 46,3 % des personnes concernées par un EDC déclarent avoir consulté un professionnel. Parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste est la première porte d'entrée en cas d'EDC (jusqu'à 29,2 % pour les femmes). Par ailleurs, 19,9 % ont suivi une ou plusieurs psychothérapie(s) et 48,9 % déclarent avoir pris des médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.), principalement les femmes (59,6%) (Tableau 1).

Tableau 2. Recours aux soins chez les adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois (n = 254) selon le sexe, Normandie, 2024

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Aucun recours ¹	40,3	33,6-47,3	55,6	44,7-66,2	28,5	21,0-37,0
A consulté un professionnel	46,3	39,5-53,2	35,5	25,7-46,2	54,6	45,6-63,5
Un médecin généraliste	26,8	21,1-33,2	23,8	15,5-33,8	29,2	21,5-37,9
Un psychiatre	14,0	9,5-19,5	10,5	5,3-18,1	16,6	10,2-24,9
Un psychologue ou un psychothérapeute	22,8	17,4-28,9	15,8	9,2-24,7	28,1	20,5-36,9
Un autre professionnel	6,0	3,3-9,8	4,1	1,0-10,6	7,4	3,7-13,1
A suivi une ou plusieurs psychothérapie(s)	19,9	15,1-25,4	15,6	9,2-24,2	23,2	16,6-30,9
A pris des médicaments	48,9	42,0-55,9	35,1	25,4-45,8	59,6	50,6-68,1

¹ Aucun recours : n'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).

IC95 % : intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, la prévalence des EDC déclarés par des adultes de 18-79 ans est proche de celle France entière (Hors Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin). Les femmes sont plus touchées par les EDC que les hommes. Une situation financière perçue comme difficile, le fait d'être au chômage ou d'être une famille monoparentale étaient associés à une plus forte prévalence d'EDC dans l'année. Les résultats suggèrent également l'existence de différences selon la catégorie socio-professionnelle, les professions intermédiaires étant la catégorie la plus touchée. La désignation de la santé mentale comme Grande cause nationale en 2025 offre une opportunité majeure de faire

évoluer les connaissances et les représentations, de favoriser l'accès aux soins, de normaliser la prise en charge avec un professionnel pour les personnes ayant un EDC, de renforcer les dispositifs de prévention et de réduire les inégalités sociales de santé. Il est important de maintenir une surveillance adaptée aux régions.

Prévention en France

La prévention repose sur une approche multidisciplinaire et intégrée. Voici quelques dispositifs et conseils pour aider à prévenir et gérer :

- Santé Mentale info service : un site national de référence sur la santé mentale pour informer, prévenir et orienter tous les publics <https://www.santementale-info-service.fr/>
- 3114 : Numéro national de prévention du suicide, professionnel, confidentiel et accessible gratuitement 24h/24 et 7j/7 pour toute personne en souffrance psychique.
- Mon Bilan Prévention : Un dispositif accessible à 4 âges clés pour faire le point notamment sur son bien-être mental et bénéficier de conseils personnalisés.
- Mon Soutien psy : Accompagnement psychologique gratuit pour les personnes de 3 ans et plus présentant des troubles psychiques légers à modérés Recherche de psychologues | CNAM.

Références

[1] Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024;403(10440):2133-61

[2] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2023(2):28-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html

[3] Hazo J. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. Dans: Drees, rédacteur. Etudes et résultats. Paris 2025. p. 8

[4] du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, et al. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. Bull Epidemiol Hebd. 2023(26):570-89. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html

[5] C. Léon, L. Perrin, I. Gillaizeau, A. Papadopoulos. Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

[6] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

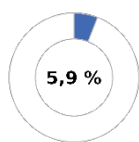
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Mélanie Martel, Elisa de Taevernier

Conception : Thomas Bénet, Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Christophe Léon, Ali-Mohamed Nassur, Marc Ruello, Sabrina Tessier, Jenifer Yai

Trouble anxieux généralisé : prévalence et recours aux soins

Points-clés en Normandie

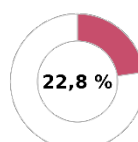


des adultes de 18 à 79 ans concernés par un TAG au cours des 12 derniers mois



4,6 %

7,1 %



des adultes de 18 à 79 ans concernés par un TAG **dans l'année sans recours aux soins**

Contexte

Les troubles psychiques représentent un enjeu majeur de santé publique en France, avec un coût économique de 28 milliards d'euros en 2023, dépassant celui des maladies cardiovasculaires et des cancers [1]. L'anxiété et la dépression sont les troubles psychiques les plus fréquents [2], influencés par de multiples facteurs qui interagissent entre eux. Une personne souffre de troubles anxieux lorsqu'elle ressent une anxiété forte et durable sans lien avec un danger ou une menace réelle, qui perturbe son fonctionnement normal et ses activités quotidiennes [3]. Les troubles anxieux touchaient 4 % de la population mondiale en 2019, et davantage les femmes que les hommes [2]. En France, la dernière estimation du fardeau associé aux troubles anxieux en 2001-2003 montrait que 22,4 % des adultes présentaient un trouble anxieux au cours de leur vie [4].

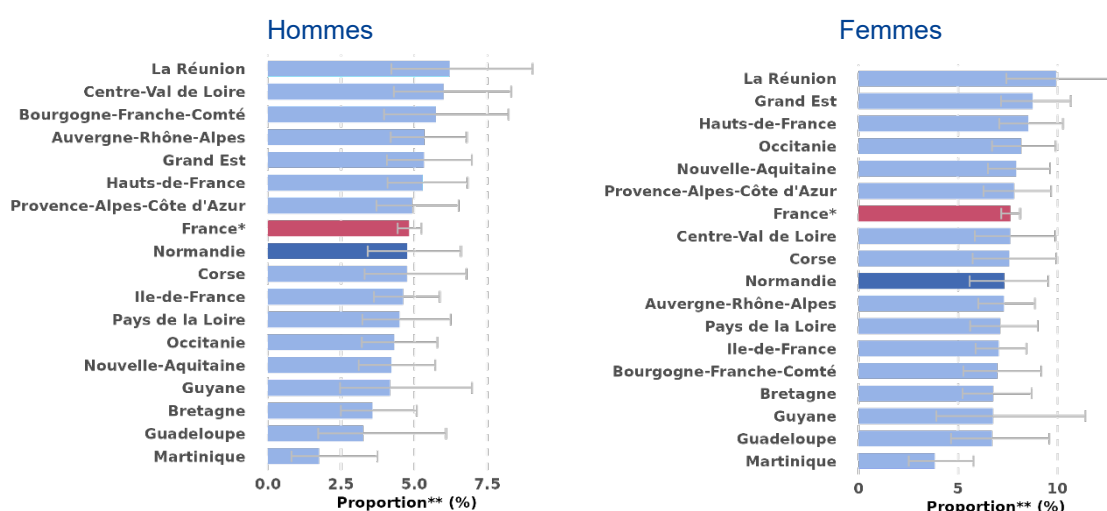
Les troubles anxieux incluent le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale et l'agoraphobie. Le TAG est caractérisé par une période d'au moins 6 mois d'anxiété et de soucis excessifs à propos de deux sujets ou plus [5]. Après la phobie spécifique, le TAG est la deuxième forme de trouble anxieux la plus fréquente parmi les adultes en France avec une prévalence au cours des 12 derniers mois égale à 2,1 % selon l'étude européenne ESEMeD/MHEDEA (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) menée en 2001-2003 [4].

Jusqu'à présent, aucune édition du Baromètre de Santé publique France n'avait évalué la prévalence du TAG. Les éditions 2017 et 2021 avaient évalué les états anxieux à partir de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) [6]. En 2024, il a été fait le choix d'introduire de nouvelles questions pour disposer d'indicateurs sanitaires plus précis en France, à partir de la version courte du CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview - Short Form) [7]. L'objectif principal de cette synthèse régionale en complément de la synthèse nationale [8] est d'estimer la part de personnes présentant un TAG au cours des 12 derniers mois et d'étudier les disparités socioéconomiques (selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle).

Résultats

En Normandie en 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois est de 5,9 % [IC95% : 4,7-7,3]. La proportion de TAG chez les femmes (7,1 %) est plus élevée que chez les hommes (4,6 %). Ces taux sont similaires à la moyenne nationale (Figure 1).

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois par sexe et par région, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Les 30-64 ans présente la prévalence de TAG au cours des 12 derniers mois la plus élevée (7,1 %). Des écarts importants en défaveur des femmes sont observés chez les 18-29 ans (10,5 % contre 2,0 % chez les hommes) (Tableau 1).

En ce qui concerne les catégories socio-professionnelles, les hommes présentent la plus forte proportion de TAG parmi les « employés » (10,1 %), tandis que les femmes sont davantage touchées dans les catégories « ouvriers » (8,8 %) et « cadres » (8,2 %). Des disparités marquées persistent également chez les personnes au chômage, où la prévalence est nettement plus élevée chez les femmes (17,8 %) que chez les hommes (2,2 %) (Tableau 1).

Concernant le statut économique, ce sont les personnes avec des difficultés financières ou endettées dont le taux de TAG est le plus élevé, quel que soit le sexe (13,5 % chez les hommes et 11,8 % chez les femmes). Alors que chez les femmes, vivre seule signifiait un taux de TAG plus élevé (10,8 %), chez les hommes, le taux le plus élevé se retrouvait dans les familles monoparentales (7,8 %) (Tableau 1).

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-29 ans	275	6,2	3,7-9,8	2,0	0,4- 5,8	10,5	5,9-17,0
30-64 ans	991	7,1	5,4-9,1	6,7	4,5- 9,6	7,4	5,0-10,5
65-79 ans	363	2,6	1,2-4,9	1,1	0,2-3,2	3,9	1,6-7,8
Niveau étude							
Supérieur au bac	562	6,5	4,5- 9,1	4,5	2,3- 7,8	8,3	5,2-12,4
Bac	428	8,8	6,3-12,0	7,4	4,3-11,8	10,3	6,4-15,3
Sans diplôme et inférieur au bac	639	4,2	2,6- 6,3	3,4	1,5-6,4	5,0	2,7-8,4
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	4,2	1,5- 9,0	4,4	1,1-11,1	3,8	0,4-13,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	258	6,2	3,6- 9,9	4,8	2,1- 9,0	8,2	3,6-15,5
Professions intermédiaires	417	4,1	2,4- 6,5	4,4	1,9-8,5	3,8	1,8-6,9
Employés	433	8,4	5,7-11,9	10,1	3,5-21,6	8,1	5,2-11,9
Ouvriers	307	4,9	2,8- 7,9	3,6	1,8- 6,4	8,8	3,2-18,5
Situation financière perçue							
A l'aise	214	3,6	1,6- 7,0	0,7	0,0- 4,0	6,0	2,5-11,8
Ça va	632	4,4	2,9- 6,3	3,3	1,7-5,9	5,5	3,2-8,6
C'est juste	574	5,3	3,5- 7,7	3,4	1,4- 6,8	7,1	4,3-10,9
C'est difficile/ endetté	209	12,6	8,2-18,2	13,5	7,8-21,2	11,8	5,7-20,9
Situation professionnelle							
En emploi	858	6,4	4,7- 8,5	5,8	3,6- 8,8	7,0	4,6-10,1
En formation	96	4,6	1,5-10,6	Nd	–	8,8	2,8-19,8
Chômage	98	10,6	4,9-19,3	2,2	0,1-11,8	17,8	8,0-32,2
Retraite, pré-retraite	450	3,1	1,6- 5,3	1,4	0,4-3,3	4,6	2,1-8,6
Autres inactifs	127	8,9	4,9-14,4	14,8	7,1-26,0	4,3	1,4-10,0
Type de ménage							
Ménage d'une seule personne	315	7,9	4,7-12,4	4,9	2,3- 9,1	10,8	5,4-18,9
Famille monoparentale	143	7,8	4,1-13,2	7,8	2,5-17,7	7,9	3,3-15,2
Couple sans enfant	558	3,9	2,4- 5,9	2,6	1,0-5,5	4,9	2,8-8,0
Couple avec enfant(s)	476	7,1	4,9-10,0	6,6	3,5-11,2	7,7	4,8-11,6
Autre situation	137	2,9	0,9- 6,7	2,3	0,4- 6,8	3,7	0,4-12,9
Normandie	1629	5,9	4,7-7,3	4,6	3,2-6,4	7,1	5,3-9,2
France entière	33739	6,3	4,4-5,2	4,8	4,4-5,2	7,6	7,2-8,1

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé

n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Nd : non déterminé

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

En Normandie, 22,8 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois n'ont eu aucun recours thérapeutique (ni à un professionnel, ni à une psychothérapie, ni aux médicaments). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (26,9 % des hommes contre 20,3 % des femmes) (Tableau 2).

Un professionnel a été consulté pour 69,0 % des personnes déclarant un TAG au sujet de leur santé mentale au cours de l'année. Les femmes ont davantage recours à un professionnel que les hommes (Tableau 2). Le médecin généraliste est la première porte d'entrée chez les femmes (38,3 %) et chez les hommes (41,0 %). En 2024, la consommation déclarée de médicaments « pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs » au cours des 12 derniers mois est de 62,2 % en Normandie. Ce taux est l'un des plus élevé parmi les régions, la moyenne nationale étant de 54,1 % [IC95% : 51,5-56,6].

Tableau 2. Recours aux soins chez les adultes de 18 à 79 ans déclarant un TAG au cours des 12 derniers mois selon le sexe, Normandie, 2024

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aucun recours ¹	22,8	14,7-32,8	26,9	13,3-44,7	20,3	10,8-33,1
A consulté un professionnel	69,0	58,3-78,4	60,6	42,5-76,7	74,1	60,5-85,0
Un médecin généraliste	39,4	28,8-50,7	41,0	24,2-59,6	38,3	25,1-53,0
Un psychiatre	19,6	11,5-30,2	15,8	6,2-30,7	22,0	10,8-37,2
Un psychologue ou un psychothérapeute	30,5	20,9-41,5	23,8	11,8-39,9	34,5	21,4-49,6
Un autre professionnel	11,6	6,2-19,3	7,5	1,4-21,1	14,1	6,8-24,8
A suivi une ou plusieurs psychothérapie(s)	31,4	22,1-42,0	24,0	12,0-40,1	35,9	23,3-50,2
A pris des médicaments	62,2	51,3-72,3	56,5	38,6-73,3	65,7	51,7-77,9

¹ Aucun recours : n'a ni consulté de professionnel, ni suivi de psychothérapie, ni pris de médicaments (comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc.).
IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Conclusion

La santé mentale a été désignée Grande Cause nationale pour 2025. Cette enquête en population générale menée en 2024 montre que la prévalence des TAG est similaire au taux national (aussi bien chez les hommes et les femmes)⁸. La prédominance féminine de ces troubles est observée.

Ces prévalences peuvent être sous-estimées, du fait que certains groupes d'individus à haut risque ne sont pas inclus dans l'enquête. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [9], les personnes sans domicile présentent un état de santé psychique dégradé par rapport à la population générale (prévalence d'au moins un trouble psychique dans la population sans domicile évaluée à 75 % dans la littérature internationale).

Parmi les facteurs associés, communs aux deux sexes, figurent la précarité financière, l'absence d'emploi, le fait de vivre seul.

Ces résultats soulignent le besoin d'une bonne information des populations, d'adapter les actions de prévention, de repérer et de prendre en charge les personnes concernées et renforcer la connaissance des freins au recours aux soins [10] et des dispositifs existants) *via* une information fiable et accessible. En santé mentale, chaque situation nécessite une réponse adaptée : proposer le bon soin, au bon moment, par le bon interlocuteur.

⁸ Hors Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

Prévention des troubles anxieux en France

La prévention des troubles anxieux en France repose sur une approche multidisciplinaire et intégrée. Voici quelques dispositifs et conseils pour aider à prévenir et gérer les troubles anxieux :

- **3114** : Numéro national de prévention du suicide, professionnel, confidentiel et accessible gratuitement 24h/24 et 7j/7 pour toute personne en souffrance psychique.
- **Santé Mentale info service** : un site national de référence sur la santé mentale pour informer, prévenir et orienter tous les publics <https://www.santementale-info-service.fr/>
- **Mon Bilan Prévention** : Un dispositif accessible à 4 âges clés pour faire le point notamment sur son bien-être mental et bénéficier de conseils personnalisés.
- **Mon Soutien psy** : Accompagnement psychologique gratuit pour les personnes de 3 ans et plus présentant des troubles psychiques légers à modérés.

Références

- [1] Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 [Internet]. 2025 juill [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. Genève: OMS; 2022 [cité 16 févr 2024]. 296 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
- [3] Pelissolo A. Troubles anxieux (dossier). Rev Prat. 2019;69(9):969-92.
- [4] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: Résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). L'Encéphale ;2005 ; 31, 182-194.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [6] Léon C, Gillaizeau I, du Roscoät E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021). Bull Epidemiol Hebd. 2025;(14):246-55. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_1.html
- [7] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). Int J Methods Psychiatr Res. 1998;7(4):171-85.
- [8] J. Roux, L. Perrin, C. Léon. Trouble anxieux généralisé : prévalence et recours aux soins. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [9] Grande Précarité et troubles psychiques – Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, HAS, 18 janvier 2024
- [10] Mertens C, Gillaizeau I, Léon C, du Roscoät E. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021 - septembre 2022). Saint-Maurice: Santé publique France; 2023 oct p. 21. (Le Point sur).

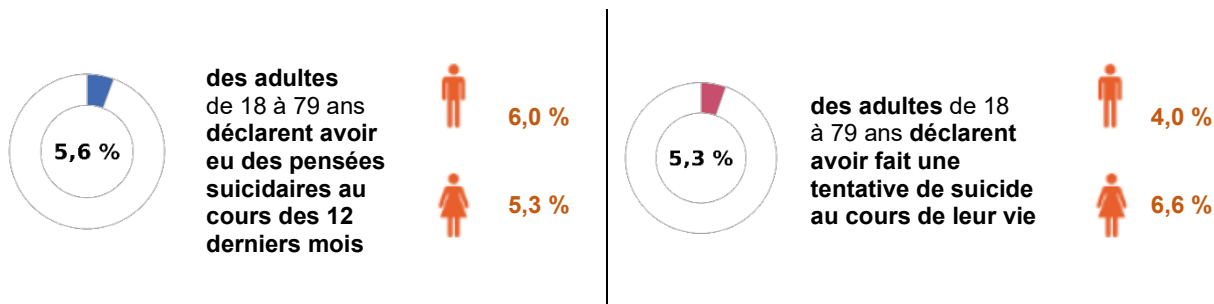
Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteur : Mélanie Martel, Elisa de Taevernier

Conception : Thomas Bénet, Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Christophe Léon, Ali-Mohamed Nassur, Jonathan Roux

Conduites suicidaires : prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide

Points clés en Normandie



Contexte

Malgré la stabilité observée du taux de suicide depuis 2017 [1], la France figure parmi les pays européens présentant les niveaux les plus élevés [2]. Au niveau des tentatives de suicide, les adolescentes de 11 à 17 ans et les jeunes femmes de 18 à 24 ans apparaissent particulièrement concernées, avec une augmentation des hospitalisations pour geste auto-infligé. Depuis le premier confinement en 2020, lié à la pandémie de Covid-19, cette tendance à l'augmentation se poursuit au cours de ces dernières années [3].

Les conduites suicidaires, englobant entre autres les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, sont analysées depuis plusieurs années à partir de trois sources de données complémentaires, couvrant les échelles nationales et infra-nationales :

- Baromètre de Santé publique France pour l'estimation de la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide⁹ des personnes résidant en France¹⁰ (18-79 ans) ;
- Oscour® pour les passages aux urgences pour geste auto-infligé, incluant les tentatives de suicide et les automutilations (tous âges) ;
- Système national des données de santé (SNDS) pour les hospitalisations pour geste auto-infligé (tous âges) et pour les décès par suicide (tous âges).

Cette combinaison de sources permet une vision assez complète du phénomène, avec des indicateurs qui sont régulièrement actualisés et publiés (Dernière publication - 10 octobre 2025 [1,4]). La surveillance des conduites suicidaires constitue un élément essentiel dans les stratégies de prévention du suicide. Cette synthèse régionale est complémentaire à celle du niveau national [5]. La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois apparaît stable en France hexagonale [5] depuis 2017 et la prévalence régionale (tous sexes, tous âges) étant très faible (<0,5 %) [4] elle ne sera pas déclinée dans ce document.

Résultats

Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

En 2024, 5,6 % des adultes normands de 18 à 79 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête. La prévalence observée chez les hommes est la plus

⁹ Une part de ces tentatives de suicide déclarées ne donne pas lieu à une prise en charge médicale

¹⁰ Hors Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

élevée parmi les régions (6 %), mais l'écart reste modéré. Chez les femmes (5,3 %), la prévalence se situe parmi les plus faibles de France¹¹ (Tableau 1, Figure 1).

Il existe des disparités selon l'âge et le profil socio-économique : les 18-29 ans sont les plus touchés (11,7 %), avec un taux à 13,1 % chez les jeunes femmes et 10,3 % chez les jeunes hommes (Tableau 1 et Figure 2). Le taux de pensées suicidaires chez les hommes est plus élevé que celui des femmes pour les plus de 30 ans.

Pour les hommes comme pour les femmes, la prévalence de pensées suicidaires est plus élevée chez les personnes ayant un niveau d'étude égal au bac (12,1 %), au chômage (12,2 %), étant en difficulté financière (10,2 %) et les familles monoparentales (16,7 %), notamment chez les hommes (25,4 %) (Tableau 1).

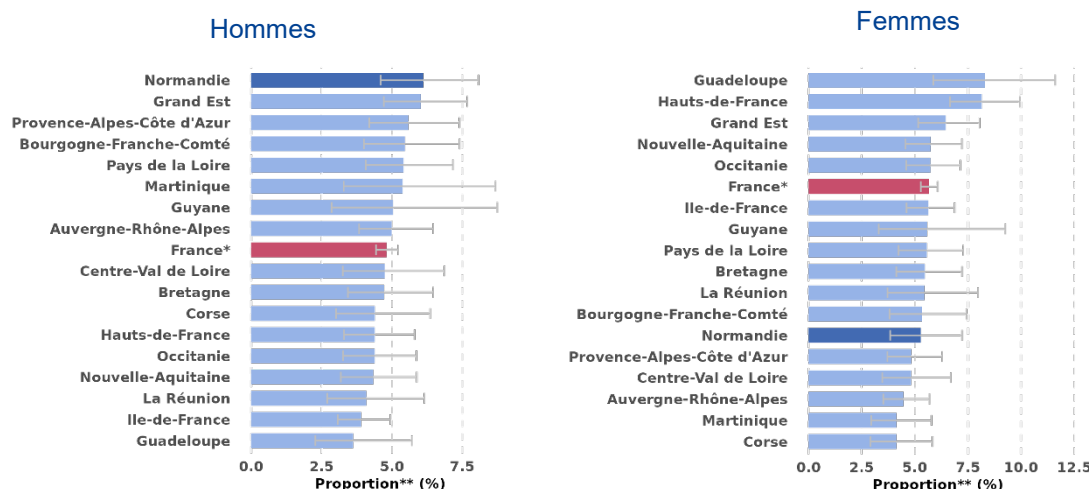
Tableau 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, en Normandie, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-29 ans	288	11,7	8,0-16,3	10,3	5,5-17,1	13,1	7,8-20,1
30-39 ans	255	6,6	3,5-11,1	7,1	3,3-12,9	6,1	1,8-14,5
40-49 ans	277	6,3	3,7- 9,9	7,9	3,9-13,9	4,8	1,9- 9,7
50-59 ans	342	3,3	1,8- 5,6	4,1	1,9-7,9	2,5	0,8-5,8
60-69 ans	278	2,7	1,1- 5,4	3,0	0,8-7,7	2,4	0,6-6,2
70-79 ans	232	3,0	1,0- 6,7	2,9	0,5-8,9	3,1	0,6-9,2
Situation financière perçue							
A l'aise	219	4,7	2,2- 8,9	5,2	1,5-12,6	4,4	1,4-10,1
Ça va	643	2,4	1,3- 3,8	2,4	1,0-4,7	2,3	1,0-4,5
C'est juste	593	7,2	5,2- 9,7	6,3	3,7-10,0	8,1	5,2-11,9
C'est difficile, endetté	217	10,2	6,4-15,4	14,4	8,7-22,0	6,2	1,7-15,0
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	652	2,1	1,0- 3,7	1,3	0,4-2,9	2,8	1,1-5,9
Bac	442	12,1	9,1-15,8	13,7	9,3-19,2	10,4	6,5-15,7
Supérieur au bac	578	6,6	4,4- 9,5	7,8	4,3-12,9	5,6	3,1- 9,2
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	3,2	0,8- 8,2	1,9	0,2- 6,8	5,5	0,6-19,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	4,8	2,2- 8,9	4,8	1,6-10,7	4,8	1,2-12,1
Professions intermédiaires	429	3,6	2,1- 5,7	5,0	2,5-8,9	2,2	0,8-4,8
Employés	440	7,4	4,9-10,7	8,8	2,9-19,4	7,1	4,5-10,7
Ouvriers	318	5,7	3,6- 8,6	6,5	4,0-10,0	3,3	0,6- 9,4
Situation professionnelle							
En emploi	882	5,5	4,0- 7,2	5,3	3,4-7,9	5,7	3,6-8,4
En formation	102	9,9	4,5-18,1	10,3	2,9-24,3	9,4	3,0-21,1
Chômage	102	12,2	5,9-21,6	13,8	5,1-27,8	10,9	3,0-25,8
Retraite, pré-retraite	454	2,9	1,5- 5,0	2,5	0,8-5,5	3,2	1,2-6,8
Autre inactif	132	6,8	3,4-12,1	13,5	6,1-24,6	1,8	0,2- 6,7
Ménage							
Ménage d'une seule personne	328	8,1	5,1-12,1	9,5	5,6-15,0	6,7	2,6-13,6
Famille monoparentale	150	16,7	10,7-24,3	25,4	13,9-40,1	11,7	5,6-20,8
Couple sans enfant	567	2,7	1,5- 4,4	2,6	1,0-5,4	2,8	1,3-5,2
Couple avec enfant(s)	484	3,2	1,9- 5,2	2,3	0,8-5,0	4,3	2,1-7,5
Autres	143	6,2	3,0-11,0	6,0	2,3-12,4	6,4	1,7-15,9
Normandie	1672	5,6	4,5-6,9	6,0	4,4-7,9	5,3	3,7-7,2
France²	34 940	5,2	5,0-5,5	4,8	4,4-5,2	5,6	5,2-6,0

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectif dans l'échantillon, IC95% : intervalle de confiance à 95% - Source : Baromètre Santé publique France, 2024

¹¹ Hors Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

Figure 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois par sexe et par région, France*, 2024



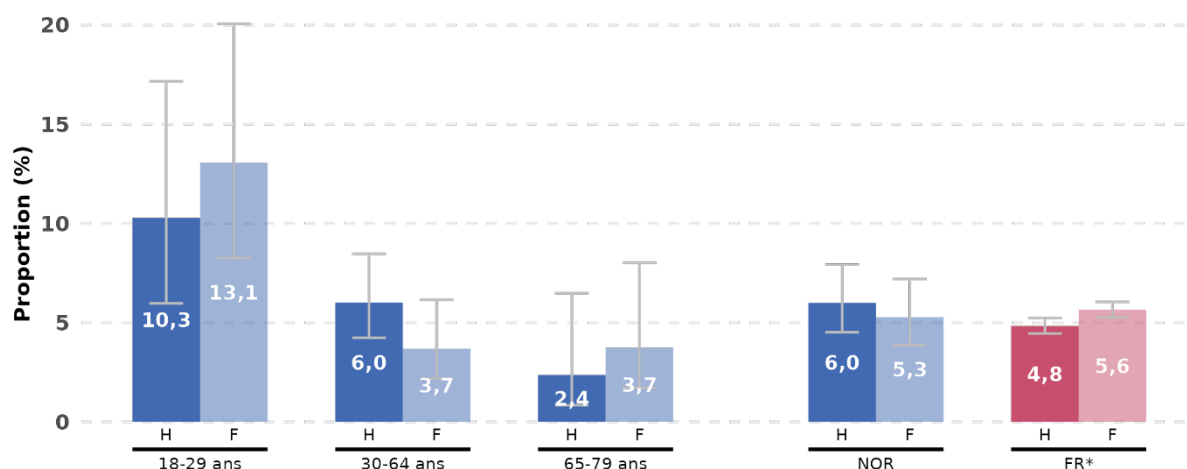
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

Intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois par classe d'âge et par sexe en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tentatives de suicide déclarées vie entière

En Normandie, 5,3 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au moins une fois dans leur vie, un taux similaire à la moyenne nationale (5,4 %) (Tableau 2). Le taux de tentatives de suicides chez les hommes (4,0 %) et chez les femmes (6,6 %) est également similaire au taux observé à l'échelle nationale (Figure 3).

Les tranches d'âge les plus concernées diffèrent selon le sexe : chez les hommes, les 40-49 ans sont ceux qui déclarent le plus de tentatives de suicide (5,0 %), tandis que chez les femmes, ce sont les 18-29 ans qui présentent la prévalence la plus élevée (10 %) (Tableau 2). Chez les femmes, la prévalence des tentatives de suicide diminue avec l'avancée en âge, une évolution qui n'est pas observée chez les hommes (Figure 4).

Le gradient croissant entre la prévalence des tentatives de suicides au cours de la vie et la perception de difficultés financières personnelles décrit au niveau national est également observé dans la région avec un taux de 9,3 % pour la catégorie « c'est difficile / endetté ». Ce gradient est plus marqué chez les femmes dans la région (Tableau 2).

Les estimations des prévalences sont plus élevées chez les personnes vivant seules (10,1 %) ou en famille monoparentale (8,4 %), notamment chez les femmes (respectivement 13,5 % et 10,6 %), ainsi que celles chez les « employés » (7,7%), chez les personnes ayant un niveau d'étude égal au bac (8,1 %) et les étudiants/en formation (10,3 %), surtout les femmes (14,8 % contre 5,5 % chez les hommes).

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des tentatives de suicide au cours de la vie en Normandie, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-29 ans	288	6,9	4,2-10,5	3,9	1,4- 8,4	10,0	5,5-16,4
30-39 ans	255	6,5	3,3-11,3	3,8	1,2- 8,8	9,1	3,8-17,8
40-49 ans	277	6,2	3,5-10,1	5,0	1,7-11,0	7,4	3,5-13,6
50-59 ans	342	4,8	2,9- 7,5	4,9	2,3-8,9	4,8	2,2-9,1
60-69 ans	278	4,0	1,6- 8,0	2,2	0,4- 6,4	5,6	1,7-12,9
70-79 ans	232	3,6	1,4- 7,2	4,3	1,3-9,9	3,0	0,5-9,1
Situation financière perçue							
A l'aise	219	2,5	0,8- 5,9	4,3	1,1-11,2	1,1	0,0- 5,6
Ça va	643	2,9	1,7- 4,5	1,9	0,7-4,0	3,9	2,0-6,6
C'est juste	593	7,0	4,9- 9,5	4,4	2,4- 7,6	9,4	6,1-13,5
C'est difficile, endetté	217	9,3	5,3-14,9	7,6	3,6-13,8	11,0	4,6-21,0
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	652	5,1	3,4- 7,3	3,1	1,6- 5,4	7,0	4,1-10,9
Bac	442	8,1	5,5-11,3	7,0	3,8-11,8	9,2	5,5-14,3
Supérieur au bac	578	3,5	2,1- 5,5	2,8	1,1-5,6	4,2	2,1-7,2
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	Nd	–	Nd	–	Nd	–
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	4,6	2,1- 8,4	3,2	1,0- 7,6	6,5	2,1-14,5
Professions intermédiaires	429	3,2	1,8- 5,2	2,8	1,1-5,8	3,6	1,7-6,7
Employés	440	7,7	5,2-10,9	7,3	2,6-15,5	7,7	5,0-11,4
Ouvriers	318	6,2	3,6- 9,9	4,9	2,6- 8,2	10,4	3,4-23,0
Situation professionnelle							
En emploi	882	5,7	4,1- 7,7	4,6	2,7- 7,1	6,9	4,5-10,1
En formation	102	10,3	4,8-18,6	5,5	1,0-15,8	14,8	5,8-28,9
Chômage	102	4,1	0,6-13,1	1,6	0,0- 8,6	6,4	0,6-22,7
Retraite, pré-retraite	454	3,4	1,8- 5,8	2,4	0,8-5,2	4,4	1,9-8,7
Autre inactif	132	7,5	3,6-13,4	7,6	2,4-17,3	7,4	2,6-16,1
Ménage							
Ménage d'une seule personne	328	10,1	6,5-15,0	6,7	3,4-11,6	13,5	7,4-22,1
Famille monoparentale	150	8,4	4,4-14,4	4,7	0,9-13,5	10,6	4,9-19,3
Couple sans enfant	567	2,8	1,6- 4,4	2,8	1,3-5,4	2,7	1,2-5,1
Couple avec enfant(s)	484	4,1	2,4- 6,4	3,2	1,2-6,7	5,0	2,6-8,6
Autres	143	5,0	2,1- 9,8	4,2	1,1-10,5	6,3	1,7-15,6
Normandie	1672	5,3	4,2-6,7	4,0	2,7-5,6	6,6	4,8-8,8
France²	34 940	5,4	5,1-5,7	3,6	3,2-4,0	7,1	6,7-7,6

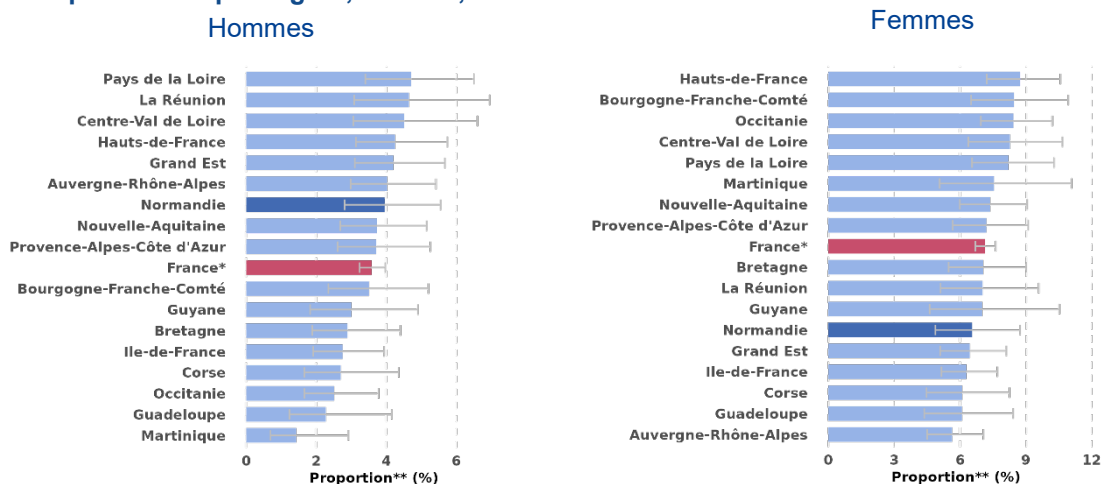
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif dans l'échantillon, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Nd : non déterminé

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 3. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant des tentatives de suicide au cours de la vie par sexe et par région, France*, 2024



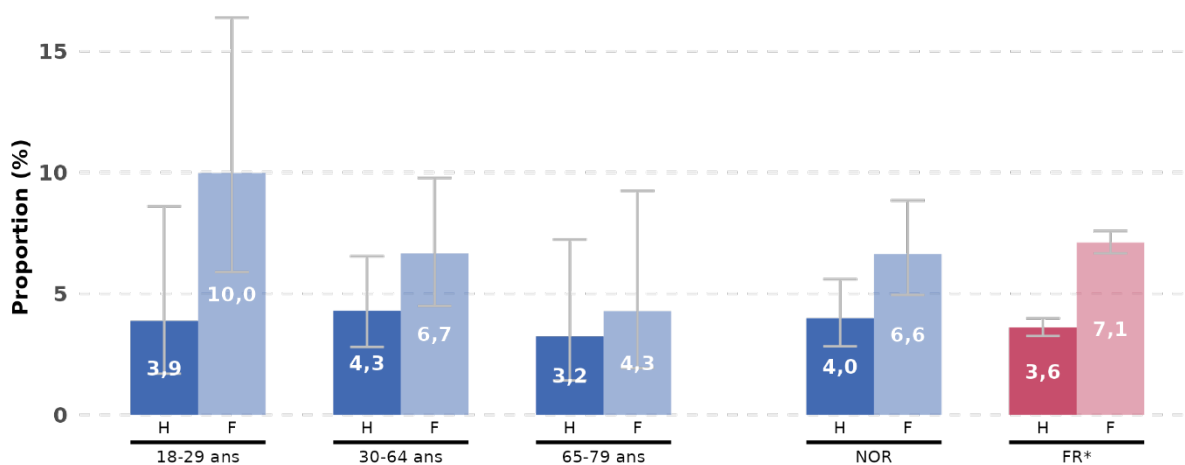
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 4. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant des tentatives de suicide au cours de la vie par classe d'âge et par sexe en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, bien que l'écart reste modéré avec les autres régions, la prévalence déclarée des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les hommes figure la plus élevée. En revanche, la prévalence déclarée d'au moins une tentative de suicide au cours de la vie chez les hommes comme chez les femmes est proche de la moyenne nationale.

Les femmes et les hommes de 18 à 29 ans affichent les prévalences estimées des pensées suicidaires les plus élevées (respectivement, 13,1 % et 10,3 %) alors que les catégories déclarant le plus de tentatives de suicide sont les 40-49 ans chez les hommes (5,0 %) et les 18-29 ans chez les femmes (10,0 %). Les populations les plus vulnérables sur le plan socio-économique semblent être les plus concernées. Ces disparités doivent malgré tout être interprétées avec prudence en raison des faibles effectifs.

La surveillance globale de ces indicateurs demeure essentielle pour prévenir la mortalité par suicide. Il convient également de noter que certains décès par suicide surviennent sans tentative préalable, mettant en évidence la nécessité d'adopter une approche de prévention globale et multidimensionnelle. Un panel des dispositifs de prévention est présenté succinctement ci-dessous.

Pour en savoir plus

Les dispositifs pour prévenir le suicide

La santé mentale a été désignée Grande cause nationale en 2025. Lever les tabous, améliorer l'accès aux soins, à l'information et renforcer la prévention sont au cœur des actions portées par l'Etat et ses partenaires.

Le numéro 3114 : Gratuit, confidentiel, professionnel et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur l'ensemble du territoire (Hexagone et outre-mer). Si vous êtes en détresse et/ou avez des pensées suicidaires, si vous voulez aider une personne en souffrance, vous pouvez contacter le numéro national de prévention du suicide, le 3114. Un professionnel du soin, spécifiquement formé à la prévention du suicide, sera à votre écoute. Sur le [site](#), vous trouverez également des ressources pour mieux comprendre la crise suicidaire et des conseils pour la surmonter.

En complémentarité du 3114, de nombreuses associations proposent une aide et un soutien selon les problématiques spécifiques rencontrées. Santé publique France a créé un espace dédié à la santé mentale sur son [site internet](#), permettant de recenser tous les dispositifs d'aide à distance, classés selon les populations (enfants, étudiants, personnes âgées...) ou thématiques (détresse psychologique, violence, deuil, addictions, parentalité...).

Dispositif Vigilans : un dispositif efficace face au risque de la réitération suicidaire

Le dispositif Vigilans permet un maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide. Créé en 2015, le dispositif est un système de recontact et d'alerte qui organise autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé pour garder le contact avec elle.

Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>

Santé Mentale info service : un site national de référence sur la santé mentale pour informer, prévenir et orienter tous les publics <https://www.santementale-info-service.fr>

Références

- [1] Roux J, Pirard P, Moulin A, Vernay M. Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2024. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 24 p., 10 octobre 2025. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/bulletin-national/conduites-suicidaires-en-france.-bilan-2024>
- [2] santé Dgdl. Stratégie nationale de prévention du suicide 2025 ; :12. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide_02092025.pdf
- [3] Pirard P, Chin F, Khiréddine I, Tebeka S, Regnault N. Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à Covid-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(12-13):230-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_4.html
- [4] Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2024. Bulletin. Édition régionale. Normandie : Santé publique France, 19 p., 10 octobre 2025. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2025/conduites-suicidaires-en-normandie.-bilan-2024>
- [5] P. Pirard, C. Léon, L. Perrin. Conduites suicidaires : prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

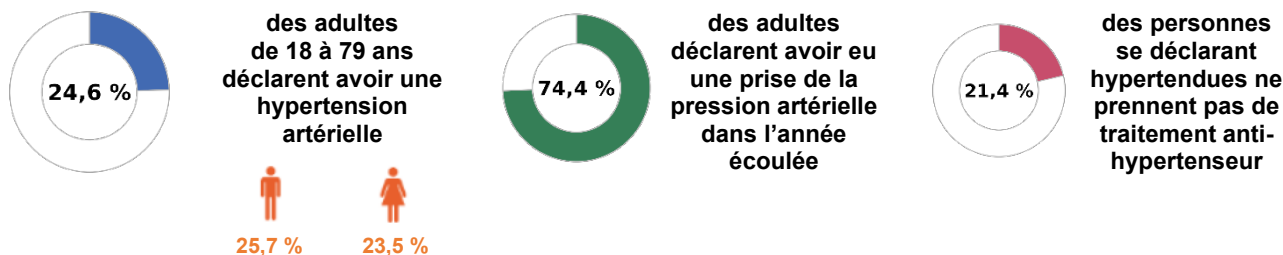
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Mélanie Martel, Elisa de Taevernier

Conception : Thomas Bénet, Pascale Bernillon, Virginie de Lauzun, Christophe Léon, Ali-Mohamed Nassur, Philippe Pirard, Jonathan Roux, Marc Ruello

Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement

Points clés en Normandie



Contexte

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France touchant un adulte sur trois, soit 17 millions de personnes [1]. Définie par une élévation chronique de la pression artérielle au-delà des seuils de 140/90 mmHg, l'HTA représente un facteur de risque cardiovasculaire majeur.

En l'absence de dépistage, de prise en charge et de contrôle des pressions artérielles, l'HTA entraîne des lésions irréversibles des organes cibles (artères, cœur, rein, cerveau, etc.), conduisant à des événements graves tels que les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque mais aussi à des atteintes rénales chroniques et des démences. Elle est ainsi responsable de plus de 55 000 décès et de près de 400 000 hospitalisations chaque année en France [2]. Malgré l'existence de stratégies thérapeutiques efficaces, incluant les adaptations du mode de vie (réduction de la consommation de sel, régime alimentaire adapté, activité physique, perte de poids, diminution de la consommation d'alcool, etc.) et des traitements médicamenteux, une part importante de la population hypertendue reste non diagnostiquée ou insuffisamment prise en charge.

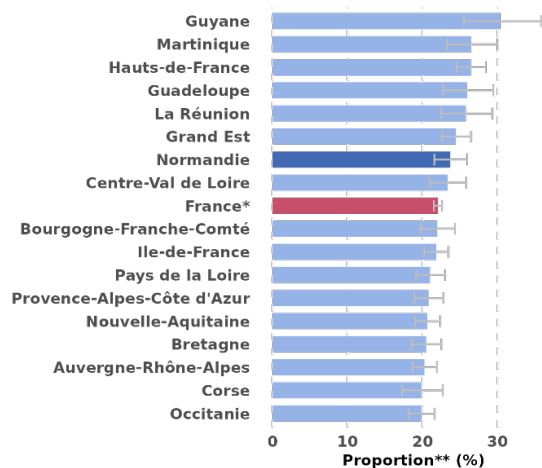
Les données issues du Baromètre 2024 de Santé publique France, permettent d'estimer la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarant hypertendus, le taux de dépistage et de traitement médicamenteux de l'HTA [3].

Résultats

En Normandie, 24,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir une HTA en 2024, proportion proche du niveau national¹² (22,0 %) (Figure 1). A l'image de ce qui est observé au niveau national¹, les hommes (25,7 %) et les femmes (23,5 %) présentent des proportions comparables (Tableau 1). Celle-ci augmente avec l'âge, allant de 2,9 % chez les 18-29 ans à 54,3 % chez les 70-79 ans. Elle est également marquée par un fort gradient socio-économique : les personnes les moins diplômées déclarent deux fois plus souvent avoir une HTA que les personnes les plus diplômées (30,4 % chez les adultes sans diplôme ou inférieur au bac vs 16,6 % chez les adultes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat). De même, les adultes en situation financière difficile, vivant dans des communes rurales autonomes ou encore issue de la catégorie « agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise » déclarent un peu plus souvent une HTA, sans que l'écart soit marqué (Tableau 1).

¹² Hexagone, Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion

Figure 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir une hypertension artérielle selon la région, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant une hypertension artérielle selon l'âge, le sexe et les caractéristiques socio-économiques, Normandie, France*, 2024

	Proportion d'adultes déclarant une hypertension						
	Ensemble			Hommes		Femmes	
	N	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Âge							
18-29 ans	288	2,9	1,1- 6,1	3,5	0,9-9,0	2,3	0,4-7,0
30-39 ans	255	11,1	7,3-16,1	12,3	6,9-19,8	10,0	4,9-17,6
40-49 ans	277	13,7	9,8-18,6	13,9	8,5-21,0	13,6	8,1-20,8
50-59 ans	342	29,6	24,5-35,1	33,3	25,7-41,5	26,1	19,4-33,7
60-69 ans	278	38,4	32,2-44,9	38,1	29,0-47,8	38,6	30,1-47,6
70-79 ans	232	54,3	47,0-61,5	60,0	48,9-70,4	49,6	39,7-59,5
Situation financière perçue							
A l'aise	219	22,6	16,8-29,2	22,7	14,4-33,0	22,5	14,8-31,8
Ça va	643	25,2	21,6-29,0	25,9	20,7-31,7	24,4	19,6-29,8
C'est juste	593	22,9	19,3-26,8	24,7	19,4-30,7	21,2	16,5-26,5
C'est difficile, endetté	217	28,7	22,3-35,9	29,6	20,9-39,5	27,9	18,6-38,9
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au BAC	652	30,4	26,7-34,3	29,2	24,0-34,9	31,5	26,3-37,1
BAC	442	21,6	17,7-25,9	25,1	19,2-31,7	17,9	13,0-23,6
Supérieur au BAC	578	16,6	13,6-20,0	19,6	14,8-25,2	14,1	10,4-18,6
PCS ^b							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	34,2	25,5-43,9	33,9	23,2-46,0	34,9	20,3-51,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	27,9	22,3-34,0	32,8	25,0-41,3	21,2	13,7-30,4
Professions intermédiaires	429	23,3	19,2-27,9	26,9	20,4-34,1	20,0	14,9-25,9
Employés	440	23,7	19,6-28,2	14,6	7,2-25,2	25,7	21,0-30,8
Ouvriers	318	26,7	21,4-32,4	25,7	20,0-32,2	29,5	18,1-43,1
Typologie urbaine/rurale							
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	732	23,4	20,0-27,0	25,4	20,5-30,8	21,5	17,0-26,5
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle	475	23,3	19,3-27,6	23,6	18,0-30,0	23,0	17,5-29,2
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	367	28,9	23,9-34,2	31,7	24,3-40,0	26,2	19,8-33,4
Normandie	1 672	24,6	22,4-26,9	21,7	19,2-24,3	22,6	20,2-25,3
France ²	34 940	22,0	21,5-22,6	22,7	21,9-23,5	21,5	20,7-22,2

^b Parmi les personnes ayant déjà travaillé

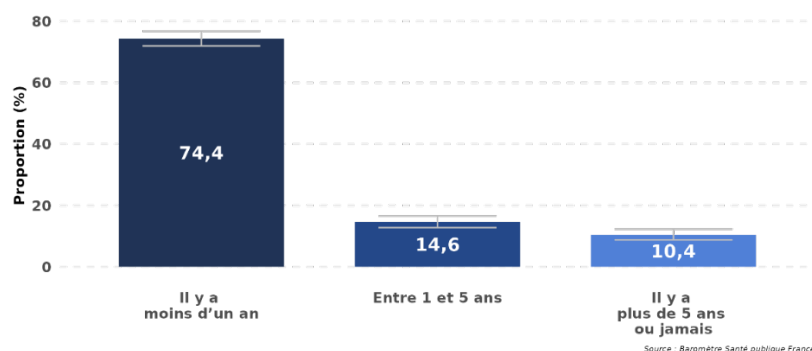
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

En 2024, en Normandie, 74,4 % des adultes déclarent avoir eu une mesure de la pression artérielle dans l'année précédant l'enquête, similaire au taux France entière¹ (74,3 %) (Figure 2). Cette proportion est plus élevée chez les femmes (77,1 % [IC95% : 73,8-80,1]) que chez les hommes (71,6 % [IC95% : 67,8-75,1]). A noter que 2,8 % des personnes déclarent avoir eu une mesure de pression artérielle il y a plus 5 ans, et 7,7 % déclarent n'en avoir jamais eu.

Parmi les adultes déclarant avoir une HTA, 78,6 % déclarent avoir pris un traitement anti-hypertenseur dans les 12 derniers mois (76,5 % en France entière¹) (Figure 3). Cette proportion varie selon l'âge, allant de 19,2 % chez les 18-39 ans à 91,3 % chez les 60-79 ans et dans une moindre mesure selon le sexe : 81,7 % [IC95% : 75,1-87,2] chez les femmes et 75,6 % [IC95% : 69,0-81,5] chez les hommes.

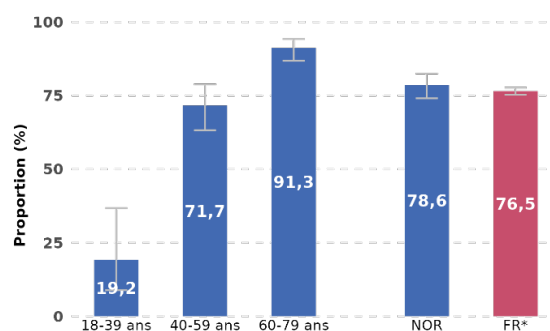
Figure 2. Proportion des adultes de 18 à 79 ans selon l'ancienneté de leur dernière prise de la pression artérielle déclarée, en Normandie, 2024



Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 3. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir pris un traitement hypertenseur dans les 12 derniers mois parmi les personnes se déclarant hypertendues, par classe d'âge, en Normandie (NOR) et France (FR), 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, comme au niveau national [4], **un adulte sur quatre déclare avoir une HTA**. Il convient toutefois de rappeler que le caractère déclaratif de cette étude ne permet d'évaluer que la part dépistée, connue et déclarée de l'HTA. En effet, en 2015, l'enquête ESTEBAN a estimé que la prévalence de l'HTA était de 31 % dans la population française des 18-74 ans [5].

La proportion d'HTA est très dépendante de l'âge et de facteurs socio-économiques : elle augmente avec l'âge et est plus importante chez les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat ou ayant une situation financière difficile. Ces inégalités sociales sont également retrouvées dans l'incidence des maladies cardiovasculaires liées à l'HTA [6]. Elles s'expliquent à la

fois par des facteurs comportementaux (alimentation, activité physique, etc.), environnementaux et d'accès aux soins. Les actions de prévention et de dépistage doivent donc cibler prioritairement les personnes issues des catégories sociales défavorisées.

En Normandie, près de 75 % des adultes déclarent avoir bénéficié d'une mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé au cours de l'année, avec une proportion plus élevée chez les femmes. Le dépistage précoce de l'HTA constitue le premier maillon de la prise en charge des personnes hypertendues et permet ainsi de limiter les complications. Il est donc important de renforcer le lien entre le dépistage opportuniste de l'HTA et le parcours de soins. Dans le cadre du projet européen **JACARDI**, Santé publique France mènera une initiative pilote dans deux régions de l'Hexagone, dont l'objectif est de dépister l'HTA en pharmacie et de sensibiliser le grand public aux chiffres de la tension artérielle par le biais d'une campagne de communication.

Enfin, en Normandie, 79 % des adultes déclarant une HTA disent avoir pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, avec une proportion très faible chez les jeunes. Une marge d'amélioration en matière de recours ou d'adhésion aux traitements persiste donc, notamment chez les jeunes.

Ces différents constats encouragent à la mise en place d'actions de dépistage et de diagnostic ciblés prioritairement sur les populations les plus à risque.

Pour en savoir plus

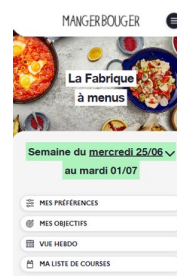
Dossier **[hypertension artérielle](#)** sur les sites de Santé publique France

<http://www.mangerbouger.fr>

<https://www.tabac-info-service.fr/>

<http://www.alcool-info-service.fr/>

Plus de données sur la plateforme **[Odissé](#)**



Références

- [1] Olié V, Chatignoux E, Bonaldi C, Grave C, Gabet A, Blacher J. How to avoid overestimating the burden of hypertension in epidemiological studies? A new methodology to account for within-person variability of blood pressure. *Int J Epidemiol*. 2022;51(6):1824-34
- [2] Grave C, Bonaldi C, Carcaillon-Bentata L, Gabet A, Halimi JM, Tzourio C, et al. Burden of Cardio-Cerebrovascular and Renal Diseases Attributable to Systolic Hypertension in France in 2021. *Hypertension*. 2025;82(2):357-69.
- [3] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024*
- [4] G. Lailler, C. Grave. Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement. In *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024*
- [5] Perrine A, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd*. (2018;(10)):170-9
- [6] Grave C, Gabet A, Danchin N, Iliou MC, Lailler G, Tuppin P, et al. Epidemiology of ischaemic heart disease in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2024;117(12):725-37.

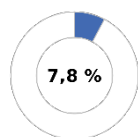
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Myriam Blanchard, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Christine Castor, Clémence Grave, Grégory Lailler

Diabète : prévalence et place des mesures hygiéno-diététiques dans son traitement

Points clés en Normandie

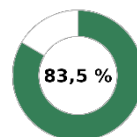


des adultes déclarent être atteints d'un diabète



10,3 %

5,4 %



des personnes atteintes d'un diabète déclarent être traitées pharmacologiquement

Contexte

Le diabète est une maladie chronique en forte expansion, principalement due au vieillissement de la population et à l'évolution des modes de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée). Cette augmentation rapide couplée à la fréquence et la gravité de ses complications en fait un défi sanitaire et économique majeur pour notre société.

En France, la surveillance du diabète s'appuie principalement sur le Système national des données de santé (SNDS), qui permet de mesurer le fardeau du diabète traité pharmacologiquement, son évolution temporelle et ses disparités territoriales [1]. En France, en 2023, plus de 5,6 % de la population, tous âges confondus, était traitée pharmacologiquement pour un diabète [2]. Il s'agit dans la majorité des cas d'un diabète de type 2 (non insulino-dépendant).

Le traitement de première intention du diabète de type 2 reste les mesures hygiéno-diététiques (régime alimentaire, activité physique), non identifiables à partir du SNDS. Seules des enquêtes en population générale permettent d'estimer la prévalence du diabète non traité pharmacologiquement. En 2016, l'étude Esteban a mis en évidence que 21 % des adultes atteints d'un diabète en France hexagonale étaient non traités pharmacologiquement [2]. Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent d'actualiser l'estimation de la prévalence du diabète déclaré, tenant compte de la part non traitée pharmacologiquement [3].

Résultats

La Normandie ne se distingue pas des autres régions en présentant une prévalence de diabète déclaré similaire à celle observée au niveau national¹³ (7,8 % vs 7,1 % des 18-79 ans) (Figure 1, Tableau 1).

Des écarts marqués de prévalence du diabète selon les caractéristiques socio-démographiques

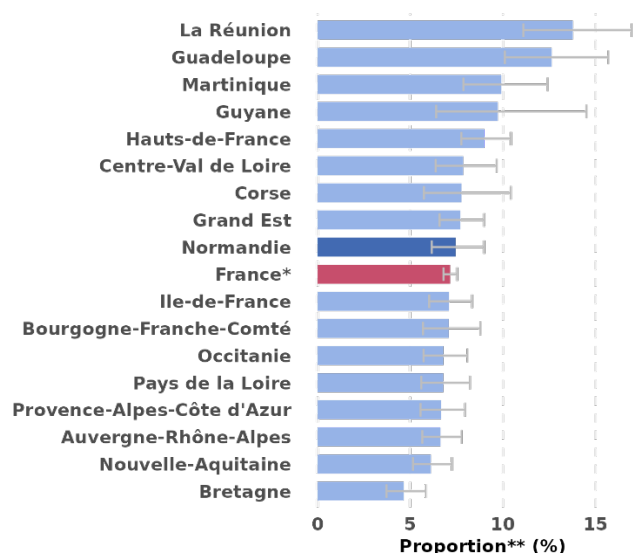
La prévalence du diabète déclaré est près de deux fois plus élevée chez les hommes (10,3 %) que chez les femmes (5,4 %) (Figure 2, Tableau 1). Elle augmente avec l'âge, variant de 1,3 % chez les 18-49 ans à 16,7 % chez les 70-79 ans. Chez les hommes, la prévalence du diabète augmente principalement après 50 ans, tandis que chez les femmes, elle croît après 60 ans. Ces tendances sont également retrouvées au niveau de la France entière¹.

La prévalence du diabète est également marquée par un fort gradient socio-économique avec des proportions plus élevées chez les personnes les moins diplômées (10,9 % chez les adultes sans diplôme ou inférieur au bac contre 4,8 % chez ceux ayant un diplôme supérieur au bac) et chez

¹³ Hexagone, Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion

celles ayant des difficultés financières (12,6 %). Chez les adultes ayant un emploi ou ayant déjà travaillé, la prévalence du diabète apparaît plus élevée dans les catégories « agriculteurs, artisans commerçants, chefs d'entreprise » et « ouvriers ». Par ailleurs, les personnes au chômage déclarent plus souvent avoir un diabète que celles en activité (8,5 % vs 3,8 %).

Figure 1. Prévalence du diabète déclaré par les adultes de 18 à 79 ans, par région, France*, 2024



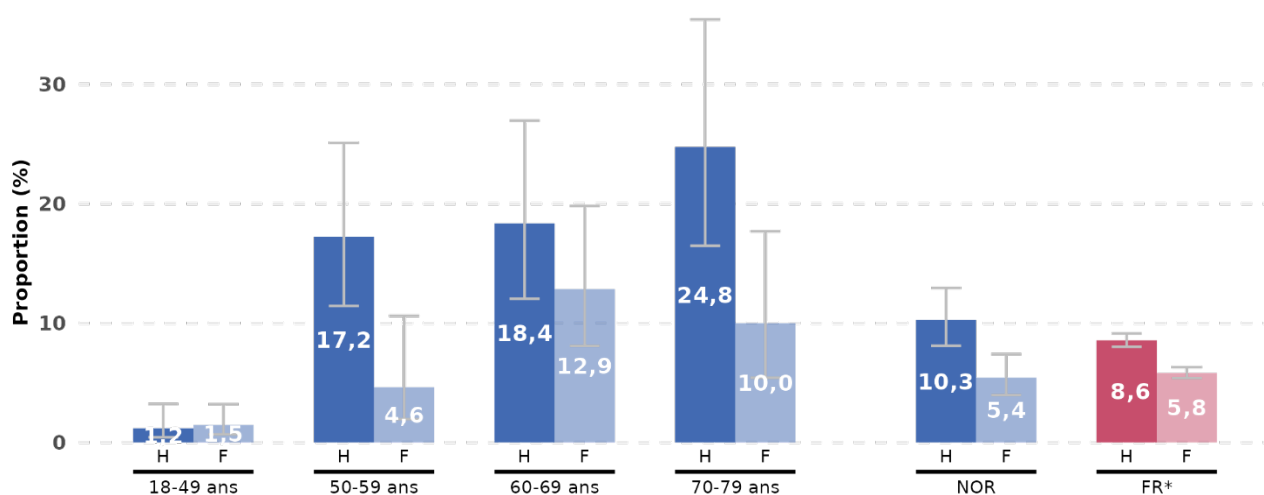
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Figure 2. Prévalence du diabète déclaré parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe et par tranches d'âge, Normandie (NOR), France* (FR), 2024



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Tableau 1. Prévalence du diabète déclaré parmi les adultes de 18 à 79 ans, Normandie, France*, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Âge							
18-49 ans	820	1,3	0,6- 2,4	1,2	0,3-3,1	1,5	0,5-3,1
50-59 ans	342	10,8	7,1-15,5	17,2	10,9-25,2	4,6	1,5-10,4
60-69 ans	278	15,5	11,1-20,7	18,4	11,5-27,0	12,9	7,6-19,8
70-79 ans	232	16,7	11,5-23,0	24,8	15,8-35,6	10,0	4,9-17,6
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	652	10,9	8,4-13,8	14,8	10,8-19,6	7,2	4,5-10,8
Bac	442	4,6	2,8- 7,1	5,6	3,0-9,5	3,5	1,5-7,1
Supérieur au bac	578	4,8	3,1- 7,0	5,9	3,2-9,8	3,9	2,0-6,7
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	13,0	6,9-21,6	16,3	7,9-28,4	6,7	1,4-18,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	7,3	4,4-11,4	7,6	4,0-13,0	6,9	2,7-14,2
Professions intermédiaires	429	6,7	4,3- 9,9	8,8	4,9-14,4	4,6	2,1- 8,5
Employés	440	6,0	3,9- 8,9	10,6	4,5-20,2	5,0	2,9- 8,1
Ouvriers	318	11,2	7,6-15,7	11,6	7,6-16,9	9,8	3,5-20,6
Situation financière perçue							
A l'aise	219	5,6	2,6-10,3	4,3	1,3-10,2	6,6	2,3-14,5
Ça va	643	5,5	3,7- 7,8	8,1	5,1-12,2	3,0	1,4- 5,6
C'est juste	593	8,7	6,3-11,6	11,0	7,2-15,9	6,5	3,9- 9,9
C'est difficile / endetté	217	12,6	7,9-18,7	17,5	10,1-27,3	7,9	2,9-16,3
Statut d'activité professionnelle							
Travail	882	3,8	2,6- 5,4	5,3	3,3-8,1	2,3	1,1-4,3
Chômage	102	8,5	3,1-17,9	16,8	5,7-34,8	1,3	0,0- 7,0
Retraité ou autre inactif	688	12,5	9,9-15,6	15,6	11,3-20,6	9,9	6,7-14,0
Normandie	1672	7,8	6,4-9,4	10,3	8,0-13,0	5,4	3,9- 7,4
France entière	34940	7,1	6,8-7,5	8,6	8,0-9,1	5,8	5,4-6,3

¹ PCS : profession et catégorie socio-professionnelle. Parmi les personnes ayant déjà travaillé ;
n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

*Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

La majorité des personnes atteintes d'un diabète déclare être traitée pharmacologiquement

Parmi les personnes atteintes d'un diabète en Normandie, 83,5 % [IC95% : 74,9-90,1] déclarent avoir recours à un traitement pharmacologique (80,8 % [IC95% : 78,7-82,9] au niveau national).

En raison des faibles effectifs pour les autres modalités de réponses concernant le traitement du diabète, les résultats nationaux du Baromètre 2024 sont privilégiés. Ceux-ci montrent que 10,6 % [IC95% : 9,0-12,3] des adultes déclarant un diabète ont recours exclusivement à des mesures hygiéno-diététiques et que cette proportion est plus importante chez les personnes ayant été diagnostiquées depuis moins de 5 ans (près d'une personne sur cinq). De plus, un adulte sur dix diagnostiqué depuis moins de 5 ans déclare n'avoir recours à aucun traitement.

Conclusion

Le Baromètre 2024 de Santé publique France permet d'estimer la prévalence du diabète déclaré et de la décliner selon certaines caractéristiques socio-démographiques non disponibles dans le SNDS. Ces résultats confirment que le diabète reste fréquent en Normandie (près de 8 % des adultes), comme en France et plus particulièrement chez les personnes les plus âgées et les hommes. Ils mettent également en évidence des écarts importants selon le statut socio-économique des personnes, celles moins diplômées et en difficulté financière étant plus touchées.

Concernant le mode de traitement du diabète, on observe que plus de 10 % des personnes se déclarant atteintes d'un diabète au niveau national déclarent être traitées exclusivement par des mesures hygiéno-diététiques et plus de 80 % par traitements médicamenteux. Le recours exclusif aux mesures hygiéno-diététiques diminue avec l'ancienneté du diabète, en cohérence avec les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé [4] qui préconisent une prise en charge par mesures hygiéno-diététiques en première intention.

Les résultats du Baromètre 2024 de Santé publique France soulignent un double enjeu majeur dans la prévention du diabète de type 2 : renforcer les mesures de prévention primaire pour prévenir son apparition, en ciblant notamment les populations les plus vulnérables, et intervenir très précocement par des actions de prévention secondaire et tertiaire pour en limiter les conséquences.

Dans cette perspective, si le dépistage précoce demeure une priorité, l'instauration rapide, dès le diagnostic, d'une prise en charge adaptée, par des mesures hygiéno-diététiques voire pharmacologiques, s'avère déterminante pour limiter la survenue des complications graves associées. Cette prise en charge rapide permet de réduire le fardeau individuel ainsi que les coûts sociétaux liés aux formes graves de la maladie.

Santé publique France met à disposition des professionnels de santé et du grand public **plusieurs sites** rappelant les mesures hygiéno-diététiques à suivre pour prévenir les maladies cardio-métaboliques, dont le diabète. Ces sites font la promotion d'une alimentation variée et équilibrée, de la pratique d'une activité physique et de la réduction de la sédentarité et apportent des conseils pour améliorer son alimentation. En France, en 2025, le Nutri-Score a évolué pour aider les consommateurs à mieux décrypter la qualité nutritionnelle des produits. Le nouveau Nutri-Score permet notamment de mieux repérer les aliments riches en fibres et note plus sévèrement les aliments sucrés et salés.

Pour en savoir plus

Dossier [diabète](#) sur le site de <http://www.mangerbouger.fr>

Retrouvez toutes les informations sur le Nutri-Score : [ici](#)

Plus de données sur la plateforme [Odissé](#)



Références

- [1] Fosse-Edorh S, Guion M, Gorla S, Mandereau-Bruno L, Cosson E. Dynamics of diabetes prevalence, incidence and mortality in France: A nationwide study, 2013-2021. *Diabetes Metab* 2025;51(2). doi: 10.1016/j.diabet.2025.101615
- [2] Lailler G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016. *Diabetes Res Clin Pract* 2020;165:108252.
- [3] P. Dupire, C. Piffaretti, S. Fosse-Edorh. Diabète : prévalence et place des mesures hygiéno-diététiques dans son traitement. In Panorama des premiers résultats du Baromètre de Santé publique France 2024
- [4] Haute autorité de santé. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3191108/fr/strategie-therapeutique-du-patient-vivant-avec-un-diabete-de-type-2

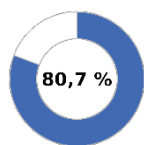
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Myriam Blanchard, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

Conception : Pascale Bernillon, Christine Castor, Virginie De Lauzun, Paul Dupire, Sandrine Fosse-Edorh, Lucie Léon, Ali-Mohamed Nassur, Clara Piffaretti

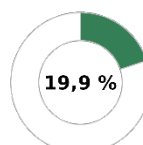
Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences

Points clés en Normandie



des adultes de 18 à 79 ans déclarent être favorables à la vaccination

Stabilité du niveau d'adhésion à la vaccination par rapport à 2021



des adultes de 65 ans et plus sont réticents à la vaccination Covid-19

Contexte

L'adhésion à la vaccination en France, suivie depuis plus de 20 ans par le Baromètre de Santé publique France, était globalement en hausse depuis 2020 mais n'a plus atteint le niveau observé avant la pandémie grippale H1N1_{pdm2009} en 2010. En 2024, au niveau national, l'adhésion amorce une légère diminution avec environ 8 adultes sur 10 se déclarant favorables à la vaccination [1]. Cette adhésion reste marquée par la persistance d'un gradient en fonction des niveaux sociaux-économiques et des disparités régionales perdurent. Les données du Baromètre de Santé publique France permettent de suivre le niveau d'adhésion à la vaccination et d'estimer la proportion de personnes réticentes à certaines vaccinations en particulier. Elles permettent également de décrire les disparités socio-économiques qui y sont associées. L'édition 2024 du Baromètre permet de disposer de ces indicateurs au niveau régional.

Résultats

Adhésion à la vaccination

Avec 80,7 % des adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarant être très ou plutôt favorables à la vaccination, la Normandie se situe parmi les régions présentant des taux d'adhésion au-dessus du niveau national (Figure 1). Cette proportion élevée de personnes favorables à la vaccination est cohérente avec le gradient observé sur les couvertures vaccinales, avec des taux plus importants dans les régions de l'ouest et plus faibles dans le sud-est de la France [2,3] bien qu'il n'y ait pas de disparités marquées entre les régions de France hexagonale.

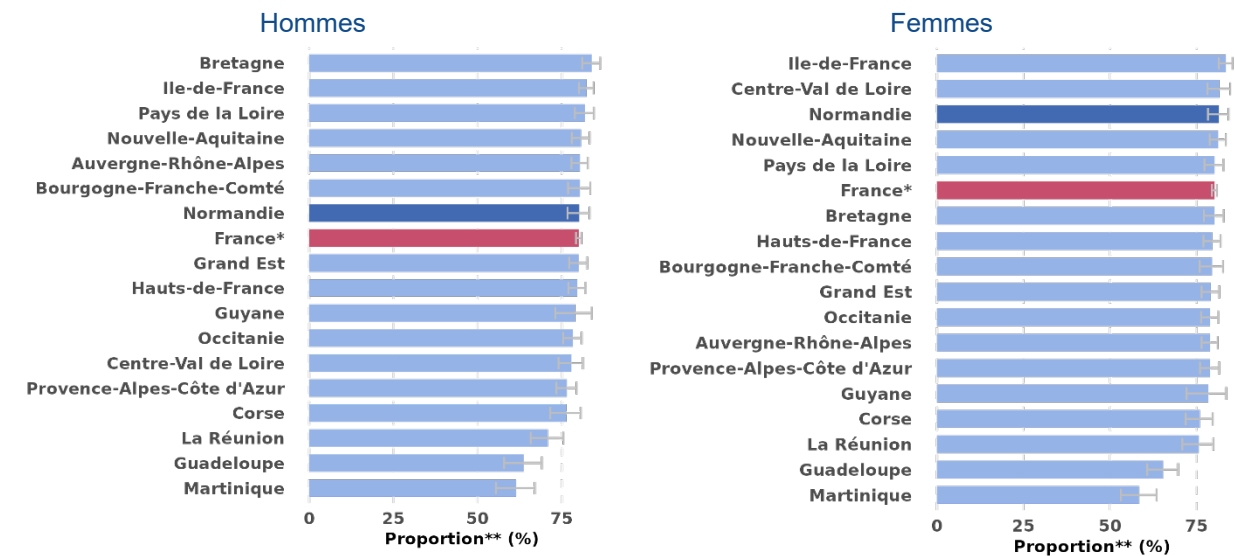
L'adhésion à la vaccination est très proche chez les femmes (81 %) et les hommes (80,4 %) et ne varie pas selon la classe d'âge (Tableau 1).

Évolution

Par rapport à l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France, le niveau d'adhésion à la vaccination en général a peu changé en Normandie (82 % [IC95% : 78,5-85,2] en 2021 comparé à 80,7 % [IC95% : 78,4-82,9] en 2024).

Cet indicateur ne semble pas présenter d'effets liés au nouveau mode de collecte réalisé en partie par internet en 2024 [4]. Par conséquent, l'évolution depuis l'édition 2021 est présentée, mais son interprétation doit être faite avec prudence du fait d'autres différences méthodologiques entre les deux éditions.

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans favorables à la vaccination en général par sexe et par région de résidence, France*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
** proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte
Intervalles de confiance à 95 %
Source : Baromètre Santé publique France, 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans favorables à la vaccination en général ou défavorables à certaines vaccinations en particulier par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Bretagne, France, 2024

	Proportion d'adultes favorables à la vaccination en général (%)			Proportion d'adultes défavorables à certaines vaccinations (%)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexe						
hommes	784	80,4	77,0-83,6	784	32,6	29,0-36,4
femmes	888	81,0	77,8-84,0	888	33,5	30,0-37,0
Âge						
18-29 ans	288	82,5	76,4-87,5	288	28,7	22,9-35,1
30-44 ans	404	79,5	74,5-83,8	404	39,6	34,3-45,1
45-64 ans	614	81,3	77,4-84,8	614	33,0	28,9-37,2
65-79 ans	366	79,9	74,5-84,5	366	29,7	24,6-35,2
Situation financière perçue						
à l'aise	219	89,9	83,7-94,3	219	24,3	18,0-31,4
ça va	643	81,3	77,4-84,8	643	27,1	23,4-30,9
c'est juste	593	80,6	76,7-84,1	593	36,7	32,4-41,1
c'est difficile, endetté	217	73,2	65,9-79,7	217	45,0	37,5-52,6
Niveau étude						
sans diplôme et inférieur au BAC	652	76,5	72,6-80,0	652	35,8	31,9-40,0
BAC	442	79,6	75,1-83,6	442	34,0	29,3-38,9
supérieur au BAC	578	89,4	85,9-92,3	578	27,3	23,4-31,4
PCS¹						
agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	79,2	70,1-86,6	126	29,8	21,6-39,0
cadres et professions intellectuelles supérieures	265	91,8	87,4-95,0	265	21,6	16,5-27,4
professions intermédiaires	429	85,2	80,8-88,9	429	34,8	30,0-39,9
employés	440	78,9	74,2-83,1	440	34,8	30,0-39,9
ouvriers	318	74,4	68,6-79,6	318	38,7	32,9-44,9
Normandie	1672	80,7	78,4-82,9	1672	33,1	30,6-35,6
France²	34940	80,1	79,5-80,6	34940	36,7	36,1-37,3

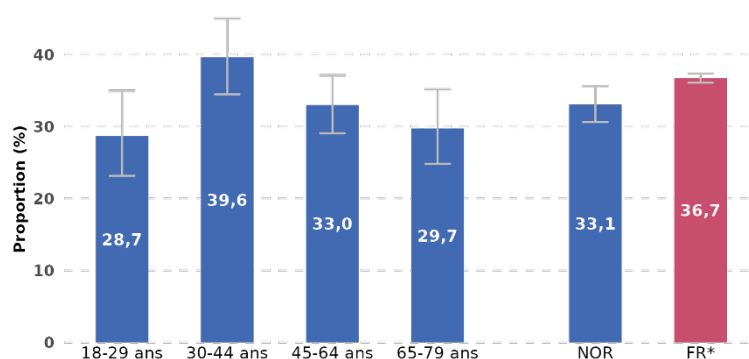
¹ parmi les personnes ayant déjà travaillé ; ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectifs de répondants
IC95% : intervalle de confiance à 95 %
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

L'écart selon le niveau de diplôme et la situation financière est important : 89,4 % des adultes diplômés du supérieur ont déclaré être favorables à la vaccination contre 76,5 % des adultes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ou sans aucun diplôme. De même, 89,9 % des adultes ayant une situation financière perçue comme « à l'aise » ont déclaré être favorables à la vaccination contre 73,2 % des adultes percevant leur situation financière comme « difficile ». Par ailleurs, les professions « ouvriers » présentent des niveaux d'adhésion inférieurs aux autres catégories professionnelles (Tableau 1).

Réticences à certaines vaccinations

En Normandie, 33,1 % des personnes de 18 à 79 ans interrogées se déclaraient défavorables à certaines vaccinations. Cette proportion était moins importante chez les personnes âgées de 18-29 ans et plus élevée chez les personnes âgées de 30-44 ans (Figure 2).

Figure 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant être défavorables à certaines vaccinations par âge, Normandie, France, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

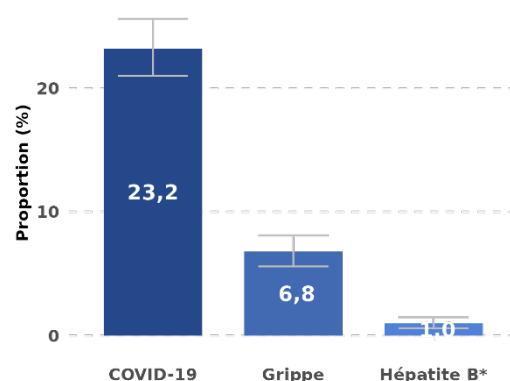
┌ Intervalle de confiance à 95 % ;

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

La vaccination contre la Covid-19 recueillait le plus d'avis défavorables (23,2 %), suivie de la grippe (6,8 %), et de la vaccination contre l'hépatite B* (1,0 %) (Figure 3).

Chez les personnes âgées de 65 à 79 ans, pour lesquelles les vaccinations Covid-19 et grippe sont recommandées, la proportion de réticences était de 19,9 % pour la Covid-19 et 8,3 % pour la grippe, sans différence par rapport aux 18-64 ans.

Figure 3. Vaccinations recueillant le plus d'avis défavorables parmi les adultes de 18 à 79 ans, Normandie, 2024



┌ Intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

* La question sur les réticences aux vaccinations a été posée de façon globale sur les hépatites, or, comme la vaccination contre l'hépatite B est recommandée en population générale alors que celle contre l'hépatite A n'est proposée qu'à une population particulière, nous avons considéré que les réticences pour la vaccination hépatite reflétait celle contre la vaccination contre l'hépatite B.

Conclusion

En Normandie, comme au niveau national, plus de huit adultes sur dix de 18-79 ans se déclarent favorables à la vaccination. Cette adhésion à la vaccination est plutôt stable par rapport au niveau estimé en 2021. Des différences selon les catégories socio-professionnelles, la situation financière et les niveaux d'études sont observées avec une adhésion supérieure pour les personnes avec les niveaux de revenus et d'éducation les plus hauts, ainsi que pour celles ayant des professions de cadres ou supérieures.

La vaccination contre la Covid-19, et dans une moindre mesure, celle contre la grippe, rassemblent le plus de réticences chez les adultes de 18 à 79 ans. Les personnes âgées de 65 à 79 ans, ciblées par ces vaccinations ne sont pas moins réticentes que les personnes les plus jeunes.

L'enjeu est désormais de maintenir, voire d'augmenter, le niveau d'adhésion vaccinale en réduisant les inégalités sociales de santé. Le développement des actions de promotion de la vaccination prenant en compte les différences socio-démographiques identifiées doit être ainsi priorisé.

Pour en savoir plus

- Vaccination Info Service : [lien](#)
- Vaccination Info Service – Professionnels de santé : [lien](#)
- Outils (vidéos, spots TV, spots radio) et documents de prévention mis à la disposition des professionnels de santé et du grand public : [lien](#)



- Odissé. Données de couvertures vaccinales : [lien](#)

Références

- [1] O. Nassany, S. Randriamampianina. Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024
- [2] Vaccination en Normandie. Bilan de la couverture vaccinale en 2024. Édition régionale. 28 avril 2025 : [lien](#)
- [3] Vaccination en France. Bilan de la couverture vaccinale en 2024. Édition nationale. 28 avril : [lien](#)
- [4] N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

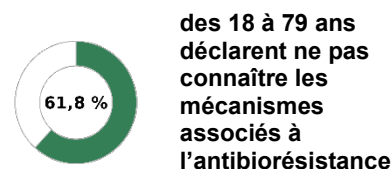
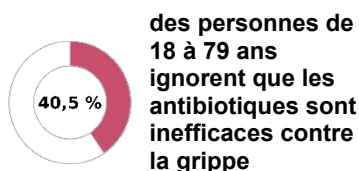
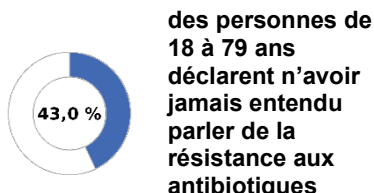
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

Conception : Bertrand Gagnière, Gaëlle Gault, Guillaume Heuzé, Virginie de Lauzun, Lucie Léon, Oriane Nassany

Résistance aux antibiotiques : représentations et connaissances générales

Points clés en Normandie



Contexte

La découverte des antibiotiques a été un progrès majeur, qui, associé au renforcement des mesures d'hygiène, a permis de lutter contre de nombreuses maladies bactériennes. Toutefois, l'utilisation non contrôlée des antibiotiques favorise la sélection et le développement de certaines bactéries capables de résister à ces molécules, les rendant inefficaces pour traiter les infections. Ce phénomène, naturel mais accentué par la prise d'antibiotiques, est appelé résistance aux antibiotiques ou antibiorésistance.

Lorsqu'une infection est due à des bactéries résistantes, elle devient plus difficile à traiter, prolongeant la durée de traitement, augmentant le risque de complications, et entraînant parfois le décès. L'antibiorésistance est un problème de santé majeur à l'échelle nationale et internationale. En 2020, il a été estimé qu'en Europe entre 700 000 et 950 000 infections étaient dues à une bactérie résistante, entraînant plus de 35 000 décès [1]. En France, ces bactéries résistantes causeraient près de 150 000 infections à l'hôpital par an [2, 3].

Depuis plus de 20 ans, plusieurs campagnes de prévention contre l'antibiorésistance ont été organisées en France, contribuant à populariser des messages comme « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* », ou « *bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser* ». La *Stratégie nationale de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance* mise en place en France depuis 2022 [4] a pour objectif de réduire l'antibiorésistance par un meilleur usage des antibiotiques, la France étant le deuxième pays le plus consommateur d'antibiotiques en Europe en 2024 [5].

Les données de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 permettent de décrire les connaissances sur la résistance aux antibiotiques des adultes de 18 à 79 ans résidant en Normandie et d'analyser les facteurs associés à cette connaissance.

Résultats

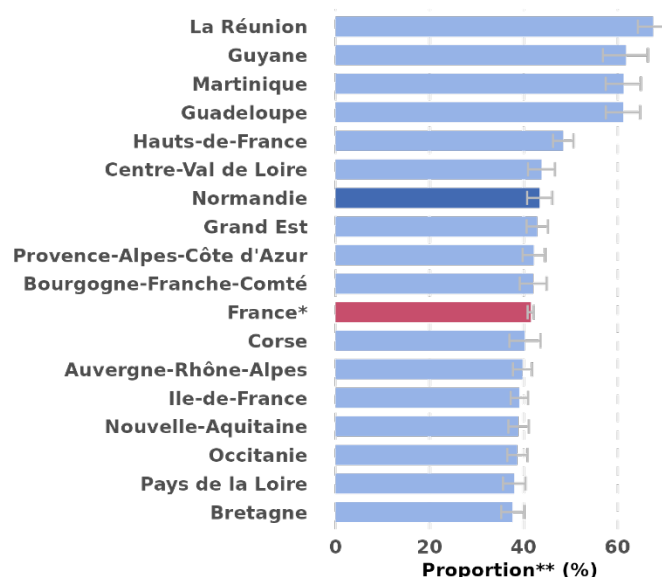
Connaissance de la notion d'antibiorésistance

En région Normandie, plus de 4 personnes sur 10 de 18-79 ans déclarent ne pas avoir entendu parler de l'antibiorésistance (43 %). Cette proportion est légèrement plus élevée chez les hommes (45,8 %) que chez les femmes (40,4 %). Elle est similaire à la plupart des autres régions hexagonales et inférieure à celles observées dans les DROM (Figure 1).

Un peu moins de la moitié des 18-29 ans (49,5 %) déclare ne pas connaître le terme d'antibiorésistance, contre 37,4 % des 60-69 ans. Des écarts sont observés suggérant un lien avec les conditions socio-économiques : les personnes en difficulté financière déclarent plus souvent ne pas en avoir entendu parler que les personnes à l'aise financièrement (49,9 % versus 29,9 %), comme les personnes sans diplôme vis-à-vis de celles ayant un diplôme supérieur au BAC (55 % versus 24,1 %). Une tendance similaire est observée selon la profession et catégorie socio-professionnelle (PCS), avec plus de la moitié des ouvriers déclarant ne pas en avoir entendu parler.

contre un peu moins d'un quart des cadres et professions intellectuelles supérieures (56,6 % versus 21,2 %) (Tableau 1).

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant ne pas avoir entendu parler d'antibiorésistance par région, France, 2024



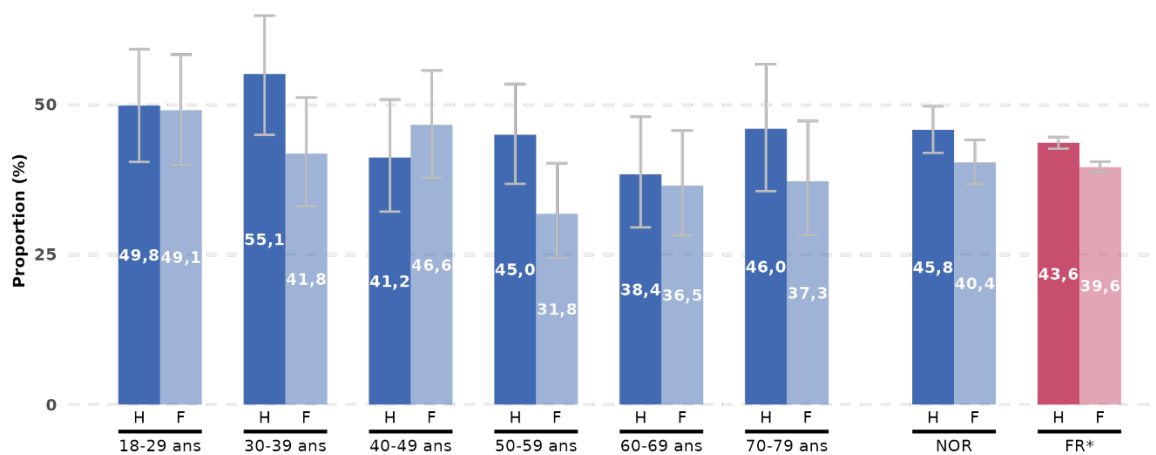
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France

Figure 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant ne pas avoir entendu parler d'antibiorésistance par classe d'âge et par sexe, en Normandie (NOR) et France (FR), 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant ne pas avoir entendu parler d'antibiorésistance en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Proportion d'adultes déclarant n'avoir pas entendu parler d'antibiorésistance						
	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-29 ans	283	49,5	42,7-56,3	49,8	40,1-59,6	49,1	39,5-58,7
30-39 ans	251	48,2	41,3-55,2	55,1	44,6-65,3	41,8	32,6-51,5
40-49 ans	268	44,0	37,4-50,8	41,2	31,7-51,1	46,6	37,4-56,0
50-59 ans	334	38,3	32,5-44,4	45,0	36,5-53,7	31,8	24,0-40,4
60-69 ans	274	37,4	31,0-44,1	38,4	29,1-48,3	36,5	27,8-45,9
70-79 ans	229	41,3	34,0-48,7	46,0	35,1-57,2	37,3	27,8-47,5
Situation financière perçue							
A l'aise	218	29,9	23,0-37,5	27,2	17,5-38,7	32,1	22,6-42,8
Ça va	634	41,4	37,1-45,8	47,2	40,8-53,6	36,0	30,2-42,2
C'est juste	577	45,7	41,2-50,3	48,1	41,4-54,9	43,4	37,3-49,7
C'est difficile, endetté	210	49,9	42,2-57,7	49,5	38,9-60,2	50,4	39,1-61,6
Niveau étude							
Sans diplôme et inférieur au BAC	634	55,0	50,8-59,2	58,2	52,0-64,2	52,1	46,1-58,0
BAC	435	40,1	35,2-45,2	43,6	36,5-50,9	36,4	29,5-43,7
Supérieur au BAC	570	24,1	20,3-28,2	24,4	18,8-30,8	23,8	18,7-29,5
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	122	41,1	31,3-51,3	44,7	32,4-57,6	34,1	18,8-52,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	263	21,2	15,8-27,4	21,7	15,0-29,8	20,5	12,2-31,2
Professions intermédiaires	420	37,0	32,1-42,2	40,9	33,2-48,9	33,5	27,1-40,4
Employés	429	43,7	38,5-49,1	46,2	33,2-59,6	43,2	37,4-49,1
Ouvriers	314	56,6	50,5-62,6	57,8	50,8-64,6	52,6	39,5-65,5
Région Normandie	1639	43,0	40,3-45,7	45,8	41,9-49,8	40,4	36,7-44,2
France ²	34241	41,5	40,9-42,2	43,6	42,7-44,6	39,6	38,7-40,5

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif des répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Connaissance de l'efficacité des antibiotiques contre la grippe

En ce qui concerne leur efficacité contre la grippe, en Normandie, plus de 4 personnes sur 10 des personnes de 18 à 79 ans (40,5 % [IC95% : 37,9–43,2]) ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe, cette réponse étant plus souvent observée chez les hommes que chez les femmes (43,1 % [39,1–47,0] et 38,2 % [34,6–41,9] respectivement). De même, les jeunes l'ignorent plus souvent que les personnes plus âgées (57,5 % [50,7–64,0] chez les 18-29 ans, vs 28,7 % [22,2–36,0] chez les 70-79 ans). Là encore, un gradient socio-économique est observé :

- 51,4 % [42,7–59,1] des personnes en difficulté financière ignorent que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe contre 36,4 % [29,2–44,0] chez les personnes se déclarant à l'aise financièrement ;
- 44,3 % [40,0–48,6] des personnes sans diplôme/diplôme inférieur au bac contre 32,5 % [28,3–36,9] chez ceux ayant un diplôme supérieur au bac ;
- et 47,8 % [41,6–54,0] des ouvriers contre 28,2 % [22,4–34,5] des cadres et professions intellectuelles supérieures.

La proportion de personnes ignorant que les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe dans la région est égale à la proportion en France entière (40,5 % versus 40,7 % [40,1–41,4]).

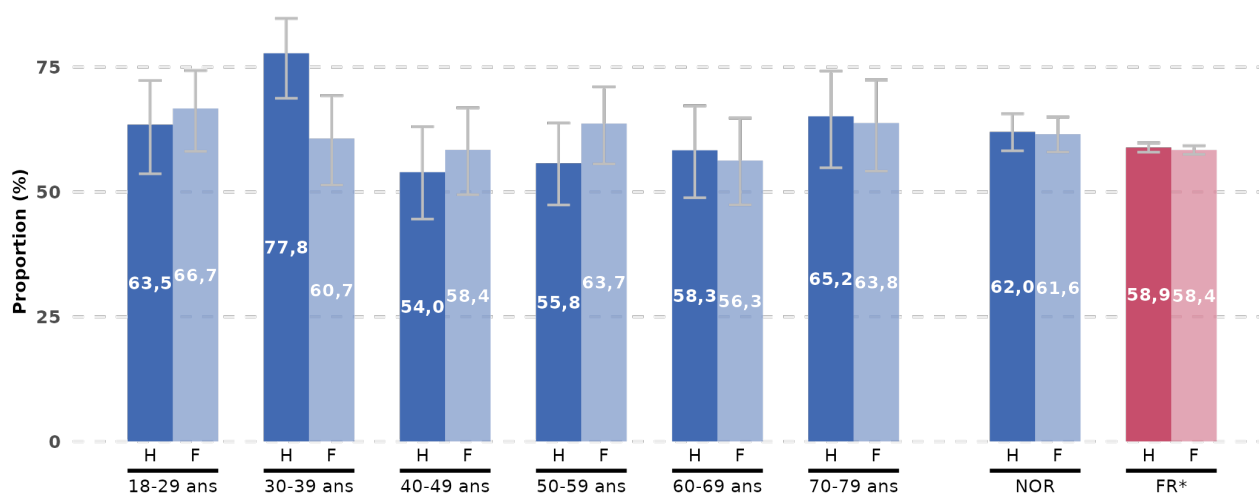
Connaissance sur le mécanisme d'apparition de l'antibiorésistance

Dans la région, 61,8 % [59,2-64,4] des personnes de 18 à 79 ans ne connaissent pas les mécanismes de la résistance aux antibiotiques, pensant que c'est l'organisme de la personne qui devient résistant ou bien ne sachant pas répondre à la question. Cette proportion ne diffère pas selon le sexe, cependant des variations existent selon l'âge. Ainsi, les plus jeunes (moins de 40 ans) présentent des proportions de méconnaissance plus importantes, notamment les hommes de 30-39 ans (77,8%) (Figure 3).

Des écarts sont également observés selon le niveau socio-économique :

- les personnes en difficulté financières déclarent plus souvent ne pas connaître les mécanismes d'action de la résistance aux antibiotiques (69,9 % [62,4-76,7]), que les personnes à l'aise financièrement (51,5% [44,1-58,9]) ;
- 68,3 % [64,2-72,2] des personnes sans diplôme/diplôme inférieur au bac contre 50,0 % [45,5-54,4] chez celles présentant un diplôme supérieur au bac ;
- et 73,2 % [67,5-78,5] des ouvriers contre 50,3 % [43,6-56,9] des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Figure 3. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans ne connaissant pas les mécanismes d'apparition de l'antibiorésistance par classe d'âge et par sexe, en Normandie (NOR) et France (FR), 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France

Conclusion

En Normandie comme au niveau national, plus de 4 adultes sur 10 déclarent n'avoir jamais entendu parler d'antibiorésistance. Cette proportion est particulièrement élevée chez les jeunes de 18-29 ans et les catégories socioéconomiques les moins favorisées, ceci alors que des campagnes ont été mises en place depuis 20 ans pour sensibiliser la population. De même, la cible des antibiotiques ou les mécanismes de survenue des résistances sont mal connus des personnes interrogées. Ces disparités soulignent l'importance de cibler les actions de sensibilisation et d'éducation vers certains groupes spécifiques pour renforcer encore le bon usage des antibiotiques et réduire les risques liés à l'antibiorésistance.

Pour en savoir plus



Page du site de Santé publique France sur l'antiorésistance

La résistance aux antibiotiques rend inefficace un ou plusieurs antibiotique(s) contre une infection bactérienne. Ce phénomène peut conduire à la difficulté, voir l'impossibilité de traiter certaines infections.

Pour en savoir plus : [Lien](#)

Comprendre les antibiotiques et l'antibiorésistance

L'essentiel à connaître : [Lien](#)

Consommation d'antibiotiques et prévention de l'antibiorésistance en France en 2021 : où en sommes-nous ?

L'essentiel à connaître : [Lien](#)

Vers une approche « One health » de la surveillance de l'antibiorésistance en France

Les bactéries résistantes, et les gènes qu'elles portent, ne connaissent pas de frontières, et se disséminent facilement entre les trois secteurs humain, animal, et environnemental :

Pour en savoir plus : [Lien](#)

Antibiorésistance en 2023 : de la surveillance en santé humaine vers une approche « une seule santé » :

Pour en savoir plus : [Lien](#)

Baromètre Santé publique France

Résistance aux antibiotiques : représentations et connaissances générales. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Pour en savoir plus : [Lien](#)

Méthode de l'enquête. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Pour en savoir plus : [Lien](#)

Références

1. ECDC. Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. 2021.
2. Opatowski M, Tuppin P, Cosker K, Touat M, De Lagasnerie G, Guillemot D, Salomon J, Brun-Buisson C and Watier L. Hospitalisations with infections related to antimicrobial-resistant bacteria from the French nationwide hospital discharge database, 2016. Epidemiology and Infection. 2019.
3. Colomb-Cotinat M, Lacoste J, Brun-Buisson M, Jarlier V, Coignard B, Vaux S. Estimating the morbidity and mortality associated with infections due to multidrug-resistant bacteria (MDRB), France, 2012. Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2016.
4. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, santé humaine. 2022.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025.

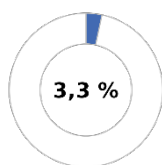
Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteur : Stéphane Erouart, Mélanie Martel, Zélie Oger

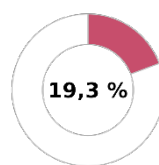
Conception : Pascale Bernillon, Franck Golliot, Virginie de Lauzun, Marion Opatowski

Piqûres de tiques et Borréliose de Lyme : connaissances, attitudes et pratiques

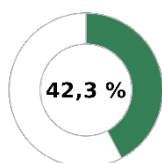
Points clés en Normandie



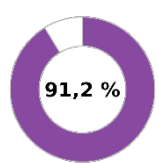
des adultes déclarent au moins une piqûre de tiques lors des 12 derniers mois



des adultes se sentent très ou plutôt exposés aux piqûres de tiques



des adultes se considèrent bien informés sur la maladie de Lyme



des adultes se sentant exposés mettent en place au moins une mesure de protection

79,9 % port de vêtements longs
63,4 % recherche et retrait de tiques sur le corps
20,7 % utilisation de répulsif

Contexte

Les piqûres de tiques sont des événements fréquents en France hexagonale et peuvent parfois être à l'origine de la transmission d'agents pathogènes et *in fine* de maladies. Parmi elles, la maladie de Lyme est la plus fréquente [1] mais il en existe d'autres dont l'encéphalite à tique, l'anaplasmose granulocytaire humaine, certaines rickettsioses et la tularémie.

La tique majoritairement à l'origine de piqûres chez l'humain est *Ixodes ricinus*, que l'on retrouve dans toutes les régions hexagonales, principalement en zones humides où les précipitations sont modérées à élevées et dans les zones abritées par une végétation dense (hors zones de climat chaud et sec méditerranéen). Cette tique est généralement plus active au printemps et en automne lorsque les conditions lui sont les plus favorables.

La Normandie fait partie des régions françaises les moins touchées par les piqûres de tiques et la maladie de Lyme. Au sein de la région, le risque est globalement considéré comme modéré [2]. **D'après les données d'incidence par anciennes régions du Réseaux Sentinelles [3], les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime présentent une incidence moyenne** de la maladie de Lyme, tandis que le Calvados, la Manche et l'Orne ont une incidence faible (Figure 1). Par ailleurs, aucune zone de la région n'a pour l'heure été identifiée comme lieu de contamination d'encéphalite à tiques chez l'Homme [4].

Les conséquences du changement climatique pourraient également poser de nouveaux défis à l'avenir concernant les maladies véhiculées par les tiques notamment avec l'extension des zones de diffusion de certains vecteurs comme la tique *Hyalomma marginatum*, présente actuellement sur le pourtour méditerranéen. Cette tique peut être vectrice de la Fièvre de Crimée-Congo même si, à ce jour, aucun cas humain contaminé en France n'a été identifié [5].

La prévention des maladies vectorielles à tiques repose essentiellement sur la protection contre les piqûres de tiques du fait de l'absence de vaccin ou de chimioprophylaxie efficace, à l'exception de la vaccination contre l'encéphalite à tique. L'ensemble des recommandations, synthétisées à la fin de ce document, est disponible sur le site de Santé publique France [6].

Ce volet « Tiques et Maladie de Lyme » permet de dresser un état des lieux en région sur la connaissance et le niveau d'information sur les risques liés à ces maladies ainsi que l'application des mesures de prévention individuelles.

Résultats

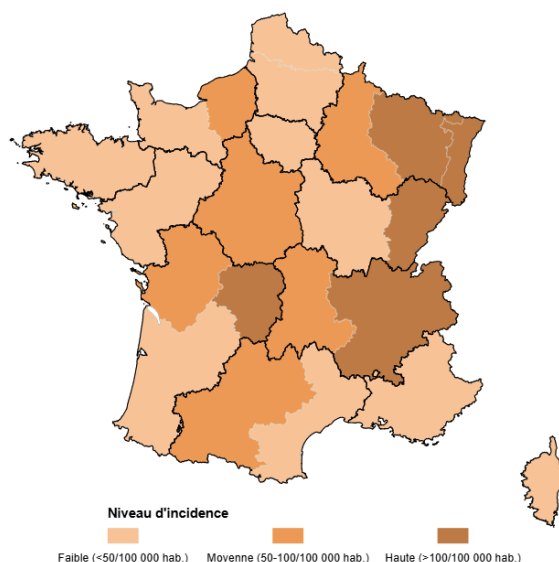
Environ 3 % des 18-79 ans piqués par une tique lors des 12 derniers mois

En 2024 en Normandie, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant avoir été piqués par une tique au cours de 12 derniers mois est de 3,3 % soit inférieure à la proportion en France hexagonale (4,9 %).

Cette part est de 3,4 % pour les personnes résidant en zone de moyenne incidence et de 3,3 % pour les personnes résidant en zone de faible incidence (Figure 2, Tableau 1).

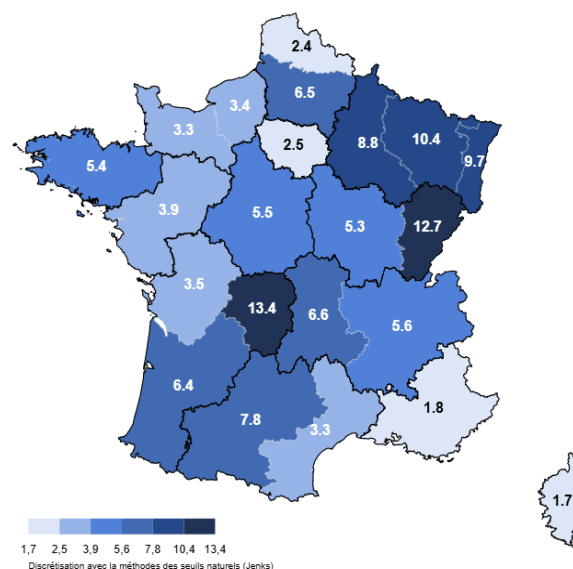
La proportion de personnes déclarant avoir été piquées augmente avec le niveau d'étude (5,8 % pour les personnes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat). La proportion de piqûres de tique atteint 4,8 % chez les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Chez les personnes résidant en zone urbaine, 2,6 % rapportent des piqûres, tandis que cette proportion est de 4,8 % chez les personnes résidant en zone rurale autonome (Tableau 1).

Figure 1. Niveaux d'incidence moyen annuel de la maladie de Lyme en France hexagonale selon les anciennes régions administratives, 2009-2024



Source : Réseau Sentinelles®

Figure 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans* ayant eu au moins une piqûre de tiques dans les 12 derniers mois en France hexagonale selon les anciennes régions administratives, 2024



Source : Baromètre Santé publique France 2024

Une personne sur cinq des 18-79 ans a le sentiment d'être exposée aux piqûres de tiques

En Normandie, une personne sur cinq (19,3 %) déclare se sentir exposée aux tiques, une proportion moins élevée qu'en France hexagonale (22,7 %).

Cette part est moins importante chez les personnes résidant en zone urbaine (15,1 %). Ce sentiment d'exposition diffère également selon le niveau d'étude (22,7 % pour les personnes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat) (Tableau 1).

Moins de la moitié des 18-79 ans se déclarent bien informés sur la maladie de Lyme

Dans la région, moins de la moitié des personnes de 18-79 ans se déclarent bien informées sur la maladie de Lyme (42,3 %), un niveau proche de celui de la France hexagonale (39,6 %).

Cette proportion est moins importante chez les adultes se déclarant en difficulté financière (32,7 %), exerçant comme « ouvriers » (36,4 %) et chez les 18-29 ans (35,9 %) (Tableau 1).

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant des piqûres de tiques dans les 12 derniers mois, ayant le sentiment d'exposition aux tiques et ayant le sentiment d'être bien informé sur la Maladie de Lyme en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, 2024

	Piqûres de tiques dans les 12 derniers mois			Sentiment d'exposition aux tiques			Sentiment d'être bien informé sur la maladie de Lyme		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexe									
Homme	784	3,5	2,2-5,2	784	19,5	16,6-22,6	774	42,3	38,4-46,2
Femme	888	3,2	2,2-4,6	888	19,2	16,5-22,1	878	42,3	38,8-46,0
Âge									
18-29 ans	288	4,8	2,5-8,4	288	19,9	15,1-25,4	281	35,9	29,5-42,7
30-44 ans	404	4,5	2,5-7,3	404	22,8	18,5-27,5	400	39,3	34,0-44,7
45-59 ans	470	2,6	1,4-4,6	470	18,0	14,6-21,8	464	40,9	36,1-45,9
60-79 ans	510	2,3	1,2-3,8	510	17,5	14,0-21,4	507	49,1	44,2-53,9
Niveau étude									
Sans diplôme ou inférieur au BAC	652	2,1	1,1-3,5	652	16,2	13,4-19,4	641	41,0	36,9-45,2
BAC	442	3,1	1,5-5,7	442	22,0	18,0-26,4	442	42,6	37,6-47,7
Supérieur au BAC	578	5,8	3,9-8,2	578	22,7	19,1-26,5	569	44,4	40,0-48,9
PCS¹									
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	4,8	1,4-11,5	126	22,9	15,6-31,6	123	49,4	39,5-59,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	4,9	2,6- 8,1	265	22,5	17,4-28,2	261	47,8	41,2-54,4
Professions intermédiaires	429	4,0	2,3- 6,3	429	20,8	16,9-25,1	426	49,3	44,1-54,4
Employés	440	2,7	1,4- 4,7	440	19,1	15,3-23,3	435	39,7	34,7-44,9
Ouvriers	318	2,2	0,8- 4,8	318	16,2	12,2-21,0	315	36,4	30,7-42,5
Situation financière perçue									
A l'aise	219	2,4	1,0-5,0	219	18,9	13,7-25,1	219	47,0	39,6-54,4
Ça va	643	4,5	2,9-6,6	643	20,8	17,6-24,3	635	46,1	41,8-50,4
C'est juste	593	2,7	1,5-4,4	593	17,6	14,5-21,0	586	41,2	36,8-45,7
C'est difficile, endetté	217	2,9	1,2-6,0	217	20,3	14,8-26,9	212	32,7	25,8-40,0
Typologie urbaine/rurale									
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	732	2,6	1,5-4,1	732	15,1	12,4-18,1	723	37,5	33,7-41,4
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle	475	3,6	2,0-5,8	475	22,4	18,7-26,6	473	46,0	41,1-50,9
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	367	4,8	2,8-7,6	367	25,2	20,6-30,3	364	47,4	41,6-53,2
Niveau d'incidence									
Moyenne incidence	905	3,4	2,3-4,9	905	19,2	16,4-22,1	893	39,0	35,5-42,7
Faible incidence	767	3,3	2,1-4,9	767	19,5	16,7-22,6	759	46,2	42,3-50,2
Normandie	1672	3,3	2,5-4,4	1672	19,3	17,3-21,4	1652	42,3	39,7-45,0
France hexagonale	29219	4,9	4,6-5,1	29219	22,7	22,2-23,3	28948	39,6	38,9-40,2

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé
n : effectif de répondants, IC95% : intervalle de confiance à 95%
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

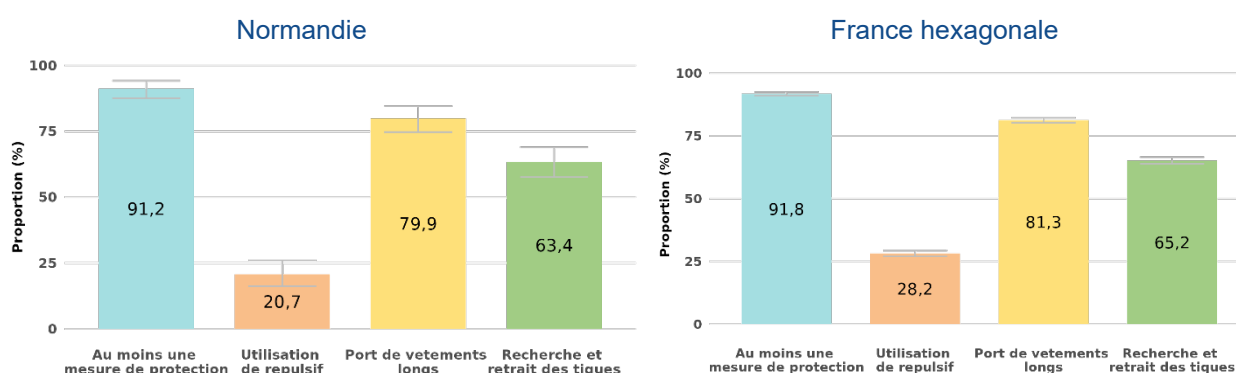
Des mesures de prévention complémentaires

Parmi les personnes se sentant exposées aux piqûres de tiques dans la région, 91,2 % déclarent mettre en place au moins une mesure de protection adaptée, une proportion équivalente à la moyenne nationale (91,8 %).

Les mesures prises correspondent au port de vêtements longs pour 79,9 % des répondants, à la recherche et le retrait de tiques sur le corps pour 63,4 % des répondants et à l'utilisation de répulsif pour 20,7 % des répondants.

Ces proportions sont inférieures à celles observées en France hexagonale, en particulier l'utilisation de répulsif (Figure 3).

Figure 3. Proportion d'adultes déclarant utiliser au moins une mesure de prévention, l'application de répulsifs sur la peau, le port de vêtements longs ou la recherche et le retrait des tiques après exposition, parmi les personnes se sentant exposées aux piqûres de tiques, Normandie et France hexagonale, Source : Baromètre Santé publique France 2024



I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En 2024, environ 3 % des adultes de 18-79 ans résidant en Normandie déclarent avoir été piqués par une tique dans les douze derniers mois. Ce taux est inférieur à celui rapporté sur l'ensemble de la France hexagonale et en cohérence avec un risque modéré de piqûre de tique [2] et les niveaux d'incidence de la maladie de Lyme sur la région [3].

Près d'un cinquième des répondants (proportion moins élevée que dans l'Hexagone) déclarent se sentir exposés aux tiques. Ce taux est plus élevé notamment chez les personnes vivant en zone rurale. Ces résultats pourraient éventuellement s'expliquer par des pratiques à risque plus fréquentes (randonnées, jardins privés) ou une meilleure sensibilisation aux risques mais des analyses approfondies sont nécessaires pour mieux préciser les facteurs déterminants de cette perception et leurs liens avec les comportements et l'environnement.

Bien que la majorité des personnes se sentant exposées adoptent au moins une mesure préventive, l'application de chacune des mesures reste inégale selon les profils alors que leur utilisation combinée et systématique est nécessaire pour se protéger efficacement.

Par ailleurs, moins de la moitié des répondants estiment être bien informés sur la maladie de Lyme, révélant un besoin d'information ciblée et accessible. Il apparaît donc essentiel de promouvoir une communication non anxiogène sur les mesures de prévention, adaptée à tout type de population.

Pour en savoir plus

Se protéger des piqûres de tiques et prévenir le risque d'infection [6]

- Lorsque l'on se promène en forêt, dans des prés ou lorsque l'on jardine, quelques conseils à suivre permettent de se protéger des piqûres :
 - se couvrir, en portant des vêtements longs qui recouvrent les bras et les jambes, un chapeau et rentrer le bas du pantalon dans les chaussettes ;
 - rester sur les chemins et éviter les broussailles, les fougères et hautes herbes ;
 - utiliser des répulsifs cutanés.
- En rentrant chez soi après une balade en forêt ou après avoir jardiné, il est conseillé de :
 - s'examiner et vérifier soigneusement l'ensemble de son corps ;
 - en cas de piqûre, retirer le plus rapidement possible la ou les tiques avec un tire-tique ou à défaut une pince fine.
- Il est ensuite important de surveiller pendant 4 semaines, l'apparition de symptômes généraux (tels que fièvre, douleurs, etc.), ou d'une rougeur d'extension progressive centrifuge ou d'une croûte noire au niveau de la zone de piqûre.
- En cas de symptômes, il convient de consulter son médecin traitant.



Références

- [1] Santé publique France. Dossier Borréliose de Lyme
- [2] INRAE, VetAgro Sup, Anses. Vers des cartes météo des tiques en France métropolitaine
- [3] Réseau Sentinelles. Bilan d'activité du Réseau Sentinelles 2024. Rapport, 147 p.
- [4] Santé publique France. Dossier Encéphalite à tiques
- [5] Santé publique France. Dossier Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo
- [6] Santé publique France. Maladies vectorielles à tique : bien se protéger pendant la saison d'activité des tiques

J. Figoni, A. Bernadou, P. Bernillon, S. Raguet, E. Vaissière, N. Vincent, A. Septfons. Piqûres de tiques et borréliose de Lyme : connaissances, attitudes et pratiques. In Panorama des premiers résultats du Baromètre de Santé publique France 2024

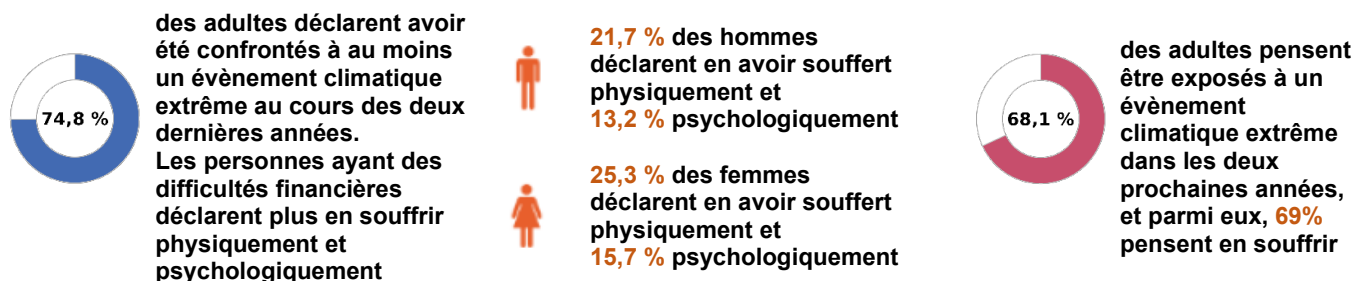
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Stéphane Erouart, Mélanie Martel

Conception : Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Julie Figoni, Sophie Raguet, Alexandra Septfons, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent

Changement climatique : impact des événements climatiques extrêmes sur la santé

Points clés en Normandie



Contexte

Le Baromètre de Santé publique France apporte pour la première fois une information sur les effets des événements climatiques extrêmes déclarés par la population. Cinq types d'événements sont étudiés (inondation, tempête, canicule, sécheresse, feux de forêt). Les questions posées portent sur les deux dernières années (2022-2023), et sur les effets ressentis de ces événements sur la santé physique et psychologique. L'enquête renseigne également la perception de la population quant aux effets de ces événements sur la santé au cours des deux prochaines années.

Le changement climatique en région Normandie ¹⁴

La Normandie bénéficie d'un climat océanique et tempéré dont les excès restent encore « modérés » par rapport à d'autres régions. Le changement climatique y est cependant déjà visible et variable selon la distance à la mer. Les températures moyennes ont augmenté de 1,8°C entre 1970 et 2023 mais les précipitations n'ont pas présenté pas de tendance particulière.

Cependant, à l'horizon 2100, selon le scénario pessimiste, la température moyenne de la Normandie augmenterait de 3,5°C avec une augmentation des jours de 30°C et plus (actuellement très peu fréquents) en été dans l'intérieur des terres. Les espaces littoraux seraient moins impactés. La quantité annuelle de précipitation augmenterait avec une multiplication des jours de sécheresse et des jours de forte pluie avec des risques d'inondation et d'érosion importants. L'élévation du niveau de la mer présentera également un risque important.

Les effets du changement climatique auront des répercussions notables sur le territoire normand et notamment sur la santé et le bien-être de la population. Les activités humaines et la population restent encore insuffisamment préparées à y faire face et les populations les plus défavorisées socio-économiquement sont les plus vulnérables.

¹⁴ GIEC Normand – Phase 2. Changement climatique et Aléas météorologiques en Normandie. 5 avril 2025. 100 p.

<https://www.normandie.fr/giec-normand>

DREAL Normandie. Profil environnemental - Le climat en Normandie - Edition 2024 - Version du 29 novembre 2024.

200 p. <https://www.normandie.developpement-durable.gouv.fr/le-profil-climat-a6000.html>

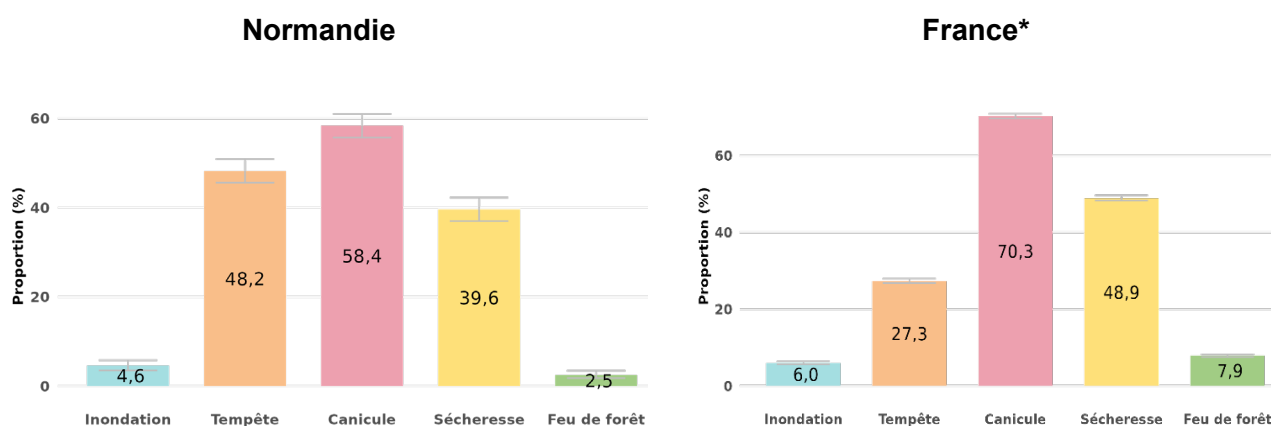
Résultats

Une grande partie de la population déclare avoir été confrontée à au moins un évènement climatique extrême

Parmi les adultes, 74,8 % [IC95% : 72,3-77,1] déclarent avoir été confrontés à au moins un évènement climatique extrême au cours des dernières années, et 50,3% [IC95% : 47,6-53,0] à au moins deux évènements. Les canicules sont les évènements les plus fréquemment mentionnés (58,4%), suivies par les tempêtes (48,2 %), les sécheresses (39,6 %), les inondations (4,6 %) et les feux de forêt (2,5 %) (figure 1).

En Normandie, la population déclare moins souvent avoir été confrontée à des évènements climatiques extrêmes que la population de l'ensemble de la France*, à l'exception des tempêtes (48,2 % en Normandie contre 27,3 % en France).

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans ayant été confrontés à un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années selon le type d'évènement climatique. Région Normandie et France*, 2024



* Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

▮ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Être confronté à un ou plusieurs évènements climatiques extrêmes a des effets sur la santé

Parmi les adultes ayant été confrontés à au moins un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années, 23,5 % déclarent en avoir souffert physiquement, 14,5 % psychologiquement, et 8,4 % à la fois physiquement et psychologiquement (tableau 1 et 2). Ces proportions sont nettement inférieures aux valeurs nationales, respectivement de 37,2 % et 22,5 % et 16,6 % (Figure 2 et 3).

Une proportion un peu plus élevée de personnes âgées de 40 à 59 ans déclare avoir souffert physiquement d'un évènement climatique extrême. Bien que les femmes déclarent plus souvent que les hommes en avoir souffert physiquement ou psychologiquement au niveau national, ce constat apparaît moins marqué en Normandie (Figure 2 et 3).

Les personnes indiquant des difficultés financières sont plus nombreuses à déclarer une souffrance physique ou psychologique et les proportions diminuent lorsque la situation financière perçue augmente. Les employés déclarent plus fréquemment avoir souffert physiquement de phénomènes climatiques extrêmes. Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont quant à eux les plus nombreux à déclarer une souffrance psychologique (Tableau 1 et 2).

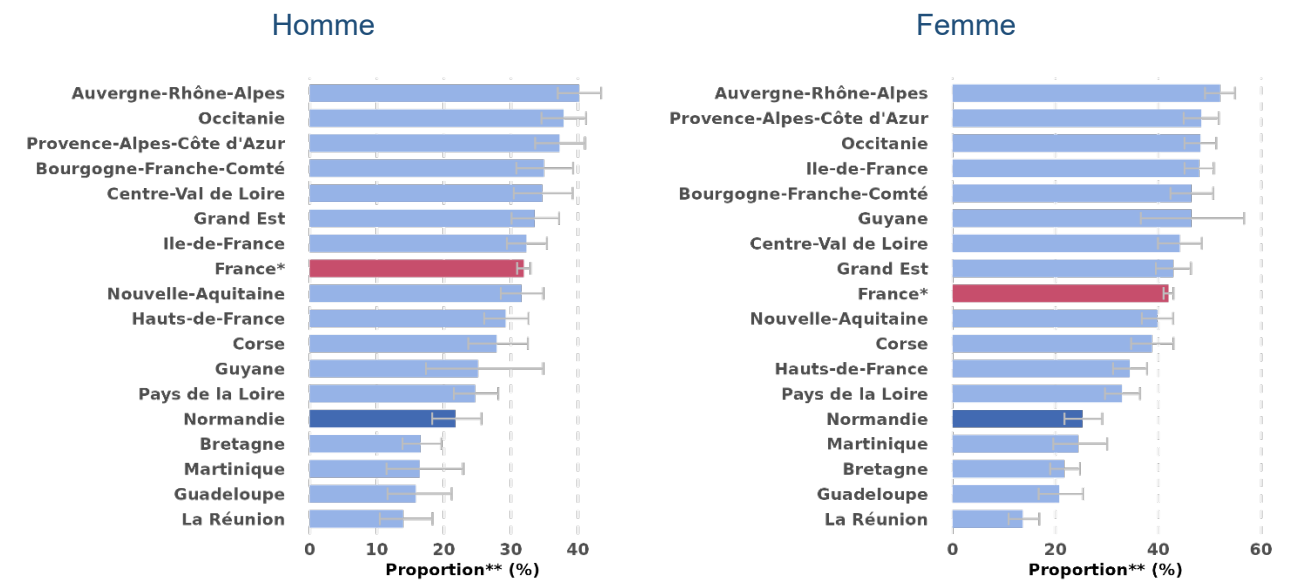
Les résultats varient peu selon la typologie de zone de résidence (Tableau 1 et 2). Cependant, les personnes de l'ex-Haute-Normandie déclarent une souffrance physique plus importante (28,0% [IC95% : 24,2-31,9]) que ceux de l'ex-Basse-Normandie (18,5% [IC95% : 15,2-22,2]).

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert physiquement d'un évènement extrême au cours des deux dernières années, Normandie

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-39 ans	437	21,2	17,1-25,9	20,2	14,3-27,2	22,2	16,5-28,8
40-59 ans	475	27,5	23,1-32,3	26,9	20,7-33,9	28,2	22,0-35,1
60-79 ans	376	21,8	17,3-27,0	17,1	11,3-24,4	25,9	19,3-33,3
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	461	24,8	20,6-29,3	22,4	16,7-29,0	27,0	21,0-33,7
Bac	340	24,9	20,0-30,4	21,3	15,0-28,9	29,1	21,6-37,5
Supérieur au bac	487	20,7	16,8-25,0	20,7	14,9-27,5	20,6	15,6-26,5
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	91	18,8	10,8-29,3	15,6	6,6-29,1	23,6	10,2-42,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	216	17,4	12,3-23,5	18,2	11,3-26,9	16,4	9,4-25,8
Professions intermédiaires	339	19,4	15,1-24,3	17,5	11,5-24,8	21,2	15,3-28,2
Employés	337	30,4	25,0-36,3	27,5	15,2-43,0	31,1	25,2-37,6
Ouvriers	238	26,6	20,6-33,2	26,5	20,0-34,0	26,6	13,5-43,6
Situation financière perçue							
A l'aise	174	10,7	5,8-17,7	10,9	4,2-21,9	10,6	4,3-21,0
Ça va	497	20,1	16,2-24,4	19,8	14,1-26,6	20,3	15,3-26,2
C'est juste	453	26,1	21,8-30,7	23,4	17,5-30,2	28,5	22,5-35,1
C'est difficile, endetté	164	35,7	27,6-44,5	29,1	19,3-40,6	42,8	30,1-56,3
Classification urbain/rural (Insee)							
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	564	25,4	21,5-29,6	23,2	17,8-29,3	27,5	22,0-33,6
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle d'emploi	363	19,6	15,5-24,4	18,1	12,5-25,0	21,1	15,2-28,0
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	297	23,7	18,3-29,8	24,1	16,1-33,8	23,3	16,2-31,7
Normandie	1 288	23,5	21,0-26,3	21,7	18,1-25,6	25,3	21,7-29,2
France ²	27 798	37,2	36,5-37,9	31,8	30,8-32,9	42,0	41,0-43,0

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.
Note de lecture : 21,8 % des adultes âgés de 60 à 79 ans déclarent avoir souffert physiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années.
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert physiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années selon les régions, France*, 2024



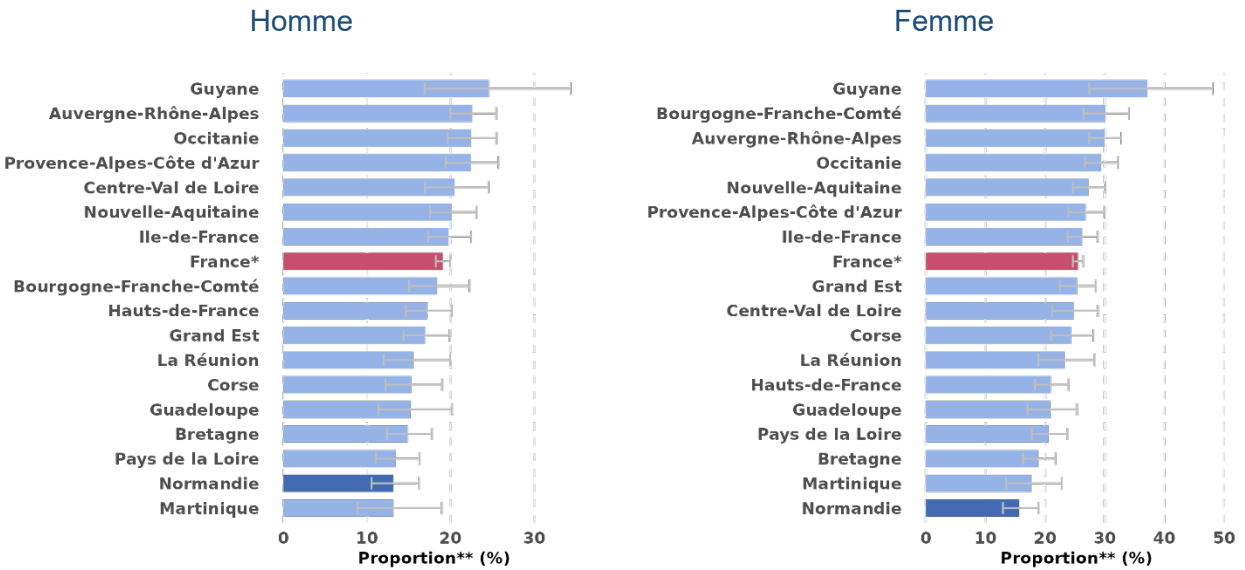
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion ;
** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte ;
Intervalle de confiance à 95%

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert psychologiquement d'un évènement extrême au cours des deux dernières années, Normandie

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Age							
18-39 ans	437	13,8	10,4-17,6	13,6	8,7-19,9	13,9	9,6-19,1
40-59 ans	475	13,8	10,7-17,3	14,0	9,9-19,0	13,5	9,2-18,9
60-79 ans	376	16,0	12,1-20,5	11,7	7,2-17,8	19,6	13,9-26,4
Niveau de diplôme							
Sans diplôme et inférieur au bac	461	14,3	11,0-18,1	12,5	8,3-17,9	16,0	11,3-21,7
Bac	340	16,0	12,2-20,5	13,5	8,7-19,7	18,9	13,0-26,0
Supérieur au bac	487	13,5	10,6-16,9	14,0	9,6-19,5	13,1	9,3-17,7
PCS¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	91	13,6	7,4-22,4	9,9	3,8-20,2	19,2	7,8-36,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	216	19,9	14,3-26,5	17,0	10,6-25,1	23,5	14,3-34,9
Professions intermédiaires	339	13,0	9,6-17,1	11,7	7,3-17,6	14,3	9,5-20,4
Employés	337	15,3	11,3-20,0	15,1	5,9-29,6	15,3	11,1-20,5
Ouvriers	238	12,6	8,5-17,8	12,9	8,3-18,8	11,5	3,6-25,6
Situation financière perçue							
A l'aise	174	11,0	6,8-16,6	11,4	5,2-20,9	10,6	5,4-18,3
Ça va	497	12,4	9,4-15,9	11,8	7,7-17,1	12,9	8,8-18,1
C'est juste	453	15,9	12,6-19,8	14,5	9,8-20,3	17,3	12,7-22,8
C'est difficile, endetté	164	18,6	12,5-26,1	14,7	8,1-23,9	22,8	13,0-35,4
Classification urbain/rural (Insee)							
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	564	13,8	10,9-17,2	14,3	10,1-19,4	13,4	9,5-18,1
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle d'emploi	363	14,9	11,1-19,2	12,4	7,9-18,4	17,2	11,6-24,0
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	297	16,0	11,8-21,1	12,9	7,7-19,9	18,9	12,6-26,5
Normandie	1 288	14,5	12,5-16,7	13,2	10,5-16,3	15,7	12,8-18,9
France²	27 797	22,5	21,9-23,1	19,1	18,2-19,9	25,5	24,7-26,4

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion
n : effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.
Note de lecture : 16,0% des adultes âgés de 60 à 79 ans déclarent avoir souffert psychologiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années.
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 3. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir souffert psychologiquement d'un évènement climatique extrême au cours des deux dernières années selon les régions, France*, 2024

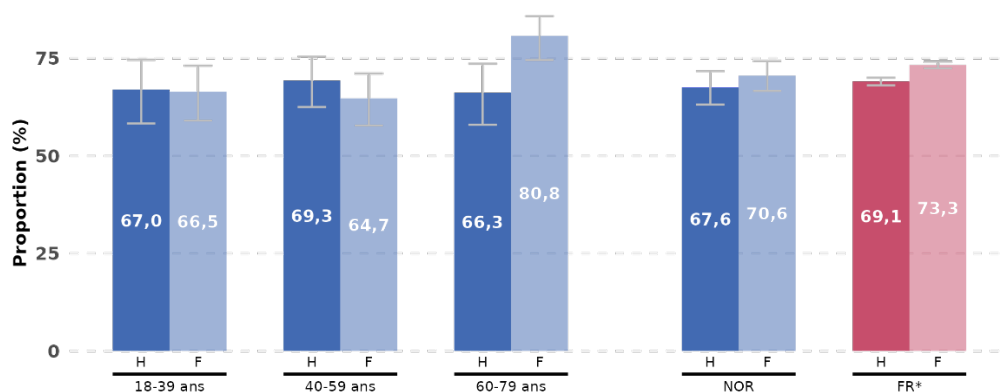


* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion ;
** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte ;
Intervalles de confiance à 95%

Une inquiétude pour les prochaines années

Parmi les adultes, 68,1% [IC95% : 65,6-70,6] estiment qu'ils seront confrontés à un des cinq événements climatiques extrêmes dans les deux prochaines années. Parmi eux, 69,2 % [IC95% : 66,2-72,0] pensent que ces événements pourront les impacter physiquement ou psychologiquement. Ces résultats sont comparables aux moyennes nationales. Les différences selon le sexe ou l'âge sont peu marquées, à l'exception des femmes de plus de 60 ans, qui se déclarent plus inquiètes quant aux effets sur leur santé que ce soit physiquement ou psychologiquement (Figure 4). Cette part est plus importante pour les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac (76,3 % [IC95 % : 71,5-80,7] contre respectivement 66,5 % [IC95% : 60,7-72,0] et 60,2 % [IC95% : 55,1-65,1] pour celles ayant le Bac et celles ayant un diplôme supérieur au Bac). Un résultat similaire est observé pour les personnes déclarant une situation financière difficile (81,0 % [IC95% : 73,6-87,1]).

Figure 4. Proportions d'adultes de 18-79 ans pensant souffrir physiquement ou psychologiquement s'ils sont confrontés à un événement climatique extrême au cours des deux prochaines années, répartition selon le sexe et l'âge en région Normandie (NOR) et en France* (FR)



Intervalle de confiance à 95% ; * France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En région Normandie, les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 montrent que la région fait partie de celles les moins touchées par des événements climatiques extrêmes et leurs conséquences sur la santé. Cependant, ils montrent qu'une part importante de la population exprime des inquiétudes pour l'avenir. Ce sont les personnes ayant le plus de difficultés financières et les moins diplômées qui sont les plus impactées et inquiètes pour le futur.

Ce constat souligne la nécessité de mettre en œuvre des politiques adaptées au contexte local, visant à atténuer les effets du changement climatique, adapter les environnements de vie et en réduire les effets sur la santé. Si ces actions doivent concerner toute la population, elles doivent prioritairement protéger les publics les plus vulnérables socialement en intégrant dans leur définition locale les déterminants sociaux de la santé.

Pour en savoir plus

M. Pascal, A. Mathieu, K. Laaidi, A. D'Arco. Changement climatique : impact des événements climatiques extrêmes sur la santé. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

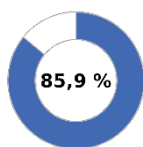
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Myriam Blanchard, Valentin Courtillet, Mélanie Martel

Conception : Virginie de Lauzun, Franck Golliot, Lucie Léon

Prévention « canicule » : exposition aux messages de prévention et connaissances

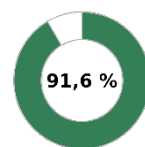
Points clés en Normandie



Plus de 8 adultes sur dix déclarent avoir vu, lu ou entendu des messages de prévention « canicule » au cours de l'été



Les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation pouvant entraîner un risque vital comme les propos incohérents ou la fièvre sont insuffisamment connus



Plus de 9 adultes sur dix déclarent limiter leur activité physique en période de canicule

Contexte

Depuis la canicule de 2003, la France s'est dotée d'un plan canicule¹⁵ pour anticiper et prévenir les risques sanitaires d'une exposition aux fortes chaleurs. Ce plan, appliqué aux régions de l'Hexagone, comprend des mesures de gestion et des actions auprès de la population pour favoriser l'adoption de gestes protecteurs individuels et reconnaître les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation.

L'édition 2024 du Baromètre Santé publique France intègre pour la première fois des questions destinées à mesurer le niveau d'exposition (avoir lu, vu ou entendu) de la population à ces messages de prévention, ainsi que le niveau de connaissance des symptômes caractérisant un coup de chaleur ou une déshydratation. Les principaux résultats sont présentés ici pour la Normandie.

Résultats

En Normandie, les messages de prévention « canicule » sont « vu, lu ou entendu » par plus de 80 % de la population des adultes

En 2024, plus de 8 adultes sur 10 résidant en Normandie déclarent avoir «vu, lu ou entendu » au cours de l'été, des messages concernant la prévention des risques sanitaires liés à la canicule (Tableau 1). Ils sont même 88,2 % parmi les personnes âgées de 60 ans et plus. Des différences apparaissent selon certaines caractéristiques sociodémographiques : les « Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise » déclarent moins souvent (80,2 %) avoir « vu, lu ou entendu » les messages de prévention que les autres catégories socio-professionnelles. Il en est de même pour les personnes les moins diplômées (82,2 %). Enfin, les personnes rencontrant des difficultés financières (81,1 %) déclarent un peu moins fréquemment avoir « vu, lu ou entendu » ces messages.

Une personne sur deux ayant été exposées aux messages de prévention « canicule » déclarent que ceux-ci ont eu un impact sur leur comportement. Cet effet est particulièrement marqué chez les femmes (60,4 %). Des proportions plus élevées sont également observées chez les personnes âgées (57,9 %), les professions intermédiaires (59,0 %) et les moins diplômés (57,6 %) (Tableau 1). La Normandie a la proportion d'adulte qui déclare une modification de comportement la plus faible de France hexagonale (54,9 %) quel que soit le sexe (Figure 1).

¹⁵ Devenu instruction interministérielle relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France métropolitaine en 2021

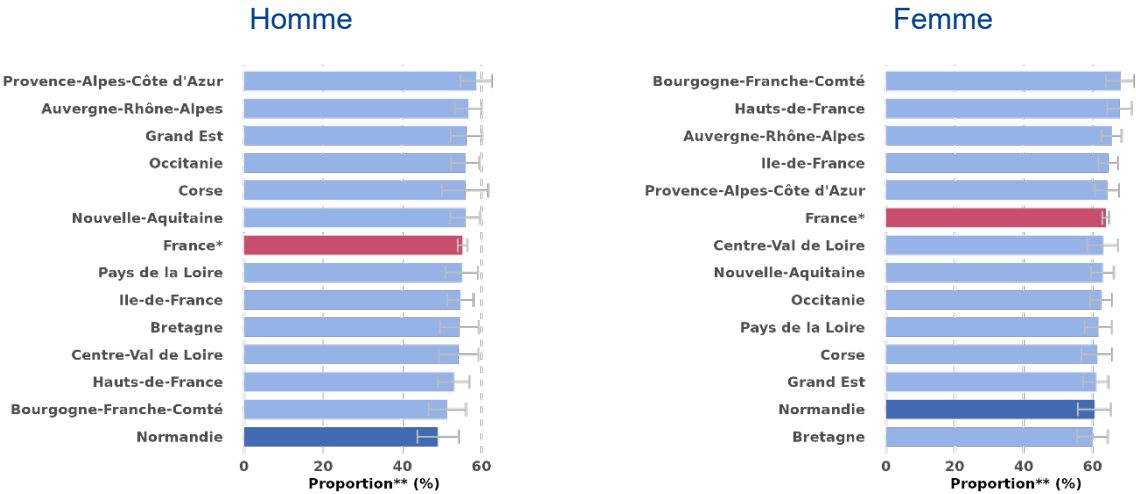
Tableau 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant (1) avoir lu, vu ou entendu des messages de prévention canicule et (2) proportion déclarant que ces messages ont eu un impact sur leur comportement, Normandie.

	« Avoir lu, vu ou entendu » des messages canicule			Impact des messages sur le comportement		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexe						
Hommes	783	87,2	84,3-89,8	421	49,0	43,7-54,3
Femmes	887	84,7	81,7-87,4	481	60,4	55,4-65,2
Age						
18-39 ans	542	82,9*	78,6-86,5	320	52,0	45,8-58,1
40-59 ans	618	86,8	83,5-89,7	323	55,2	49,1-61,1
60-79 ans	510	88,2	84,7-91,1	259	57,9	51,0-64,5
Situation financière perçue						
A l'aise	219	84,2	77,7-89,5	118	53,3	43,0-63,4
Ça va	643	87,7	84,2-90,6	349	55,1	49,3-60,8
C'est juste	591	86,7	83,3-89,6	317	54,8	48,6-60,9
C'est difficile/ endetté	217	81,1	74,4-86,7	118	55,5	45,0-65,6
Niveau de diplôme						
Sans diplôme et inférieur au bac	652	82,2	78,6-85,3	310	57,6	51,5-63,6
Bac	441	88,8	85,3-91,6	233	53,7	46,6-60,7
Supérieur au bac	577	90,4	87,2-93,1	359	51,9	46,3-57,6
PCS¹						
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	80,2	71,5-87,3	52	48,0	32,8-63,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	92,9	89,1-95,7	156	46,8	38,3-55,4
Professions intermédiaires	428	87,0	82,8-90,4	239	59,9	52,9-66,5
Employés	439	85,7	81,6-89,3	237	57,1	49,9-64,0
Ouvriers	318	84,7	79,7-88,9	160	55,0	46,3-63,5
Classification urbain/rural (Insee)						
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	731	86,1	82,9-88,9	420	54,0	48,6-59,3
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle d'emploi	475	86,4	82,6-89,7	242	53,4	46,5-60,1
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	367	86,5	81,7-90,4	201	59,6	51,8-67,1
Normandie	1 670	85,9	83,9-87,8	902	54,9	51,2-58,5
France²	29 167	89,0	88,5-89,4	19 720	59,8	59,0-60,6

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale, n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

* Note de lecture : 82,9 % des adultes âgés de 18 à 39 ans déclarent avoir lu, vu ou entendu les messages de prévention « canicule ».
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 1. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant que ces messages ont eu un impact sur leur comportement selon le sexe et la région de résidence, France*, 2024



* France hexagonale;

** Proportion standardisée sur le sexe, l'âge et le mode de collecte ;

— Intervalles de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Une connaissance variable des symptômes liés à un coup de chaleur ou une déshydratation

Sept adultes sur dix résidant en Normandie reconnaissent les signes des premiers symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation que sont les maux de tête ou les vertiges/nausées (Tableau 2). En revanche, les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation pouvant entraîner un risque vital comme des propos incohérents ou la fièvre sont identifiés par moins d'un adulte sur deux.

Quel que soit le symptôme, le niveau de connaissance paraît plus élevé chez les femmes et diminue avec l'augmentation de l'âge. Le niveau de diplôme influence également le niveau de connaissance avec une moins bonne connaissance, pour les personnes sans diplôme ou inférieur au bac. Globalement, les « cadres et professions intellectuelles supérieures » rapportent une meilleure connaissance des symptômes, tandis que la situation financière perçue n'a pas d'impact sur cette connaissance.

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant connaître les symptômes d'un coup de chaleur ou d'une déshydratation, Normandie

	Fatigue inhabituelle		Maux de tête		Vertiges ou nausées		Crampes musculaires		Propos incohérents		Fièvre	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Sexe												
Hommes	82,4	79,2-85,4	76,2	72,6-79,5	65,4	61,6-69,2	51,6	47,7-55,5	43,7	39,9-47,7	40,0	36,2-43,9
Femmes	86,0	83,1-88,7	80,0	76,8-83,0	71,0	67,4-74,4	53,0	49,3-56,7	45,3	41,6-48,9	43,0	39,4-46,6
Age												
18-39 ans	89,2	85,7-92,0	90,3	86,8-93,1	82,7	78,6-86,2	55,9	51,0-60,7	57,5*	52,7-62,3	50,6	45,7-55,4
40-59 ans	85,1	81,5-88,3	81,6	77,9-85,0	72,0	67,9-75,9	57,4	53,0-61,7	47,9	43,6-52,3	41,5	37,3-45,9
60-79 ans	78,5	74,0-82,5	62,2	57,3-66,9	49,8	44,9-54,6	43,3	38,5-48,2	27,7	23,6-32,1	32,4	28,0-37,1
Situation financière perçue												
A l'aise	81,8	74,8-87,6	76,4	69,3-82,6	69,8	62,4-76,5	53,6	46,1-61,0	47,6	40,3-55,0	45,8	38,5-53,2
Ça va	86,8	83,4-89,7	78,5	74,7-82,0	69,2	65,0-73,2	53,9	49,5-58,2	45,8	41,6-50,1	41,2	37,0-45,4
C'est juste	83,7	80,0-87,0	78,1	74,0-81,7	67,9	63,5-72,0	51,5	47,0-56,0	43,7	39,3-48,2	40,9	36,5-45,3
C'est difficile/ endetté	81,7	74,9-87,4	78,8	71,7-84,9	66,1	58,3-73,3	49,8	42,1-57,4	41,2	33,9-48,8	41,0	33,7-48,6
Niveau de diplôme												
Sans diplôme et inférieur au Bac	78,0	74,2-81,4	67,3	63,3-71,2	56,7	52,4-60,9	44,9	40,7-49,2	32,0	28,1-36,0	34,7	30,8-38,8
Bac	88,2	84,5-91,3	86,6	82,8-89,8	77,5	73,1-81,5	55,1	50,1-60,1	53,5	48,4-58,5	48,1	43,0-53,1
Supérieur au Bac	92,4	89,7-94,5	90,5	87,7-92,8	81,4	77,7-84,7	63,1	58,7-67,4	59,5	55,0-63,8	48,3	43,9-52,8
PCS												
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	81,3	72,3-88,4	68,3	58,5-77,0	54,1	44,1-63,9	46,6	36,8-56,6	38,9	29,4-49,2	33,0	24,2-42,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	94,7	89,9-97,6	86,8	81,9-90,8	75,1	68,9-80,6	61,1	54,4-67,4	51,1	44,5-57,7	44,6	38,1-51,3
Professions intermédiaires	86,6	82,6-90,0	82,2	77,8-86,1	72,7	67,8-77,2	55,5	50,3-60,6	51,3	46,2-56,5	43,5	38,4-48,6
Employés	85,0	80,8-88,6	79,1	74,5-83,2	70,5	65,6-75,2	54,5	49,2-59,7	47,1	41,9-52,3	42,9	37,8-48,1
Ouvriers	78,3	72,8-83,2	71,6	65,7-77,0	62,1	55,8-68,0	48,0	41,9-54,2	34,2	28,6-40,1	38,5	32,7-44,6
Classification urbain/rural (Insee)												
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	84,6	81,1-87,6	77,7	74,0-81,1	69,5	65,6-73,3	51,7	47,6-55,7	42,6	38,7-46,6	44,0	40,0-48,0
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle d'emploi	83,0	78,9-86,6	82,2	78,1-85,8	69,3	64,4-73,8	52,2	47,2-57,2	44,4	39,6-49,3	41,1	36,3-46,0
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	86,1	81,5-89,9	75,0	69,5-79,9	65,0	59,3-70,4	54,6	48,7-60,4	47,0	41,2-52,9	37,8	32,3-43,5
Normandie	84,3	82,1-86,3	78,2	75,8-80,4	68,3	65,7-70,8	52,3	49,6-55,0	44,5	41,9-47,2	41,5	38,9-44,2
France²	86,4	85,9-86,9	78,8	78,2-79,4	69,5	68,9-70,2	53,6	52,9-54,2	45,2	44,6-45,9	41,3	40,7-42,0

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale

IC95% : intervalle de confiance à 95 %.

*Note de lecture : 57,5 % des 18 à 39 ans déclarent savoir que des propos incohérents sont un des symptômes du coup de chaleur.

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Une adaptation de l'activité physique largement adoptée

Plus de 9 adultes sur 10 déclarent limiter leur activité physique en période de fortes chaleurs (Tableau 3). Toutefois, les hommes déclarent moins souvent ce changement de comportement que les femmes (88,2 % versus 94,7 %). La proportion de personnes limitant les efforts physiques lors de vagues de chaleur, augmente avec l'âge surtout chez les hommes (Tableau 3, Figure 2). Ces constats sont similaires à ceux déclarés pour la France.

Tableau 3. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant limiter l'activité physique en période de fortes chaleurs, Normandie

	Adultes déclarant limiter l'activité physique en période de fortes chaleurs		
	n	%	IC95%
Sexe			
Hommes	784	88,2	85,4-90,7
Femmes	888	94,7	92,8-96,2
Age			
18-39 ans	543	85,8*	82,0-89,0
40-59 ans	619	93,6	91,3-95,5
60-79 ans	510	95,3	92,7-97,2
Situation financière perçue			
A l'aise	219	92,3	86,5-96,1
Ça va	643	90,8	87,8-93,2
C'est juste	593	92,1	89,3-94,3
C'est difficile/ endetté	217	91,6	86,8-95,1
Niveau de diplôme			
Sans diplôme et inférieur au bac	652	93,0	90,4-95,1
Bac	442	88,4	84,6-91,5
Supérieur au bac	578	91,5	88,7-93,8
PCS¹			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	126	87,8	79,6-93,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	94,1	90,4-96,7
Professions intermédiaires	429	89,5	85,5-92,7
Employés	440	94,5	91,5-96,7
Ouvriers	318	90,7	86,6-93,9
Classification urbain/rural (Insee)			
Zone urbaine (dense et intermédiaire)	732	92,3	89,9-94,3
Rurale sous influence forte ou faible d'un pôle d'emploi	475	92,3	89,3-94,8
Rurale autonome (peu ou très peu dense)	367	90,0	85,8-93,3
Normandie	1672	91,6	89,9-93,0
France²	29201	90,9	90,5-91,3

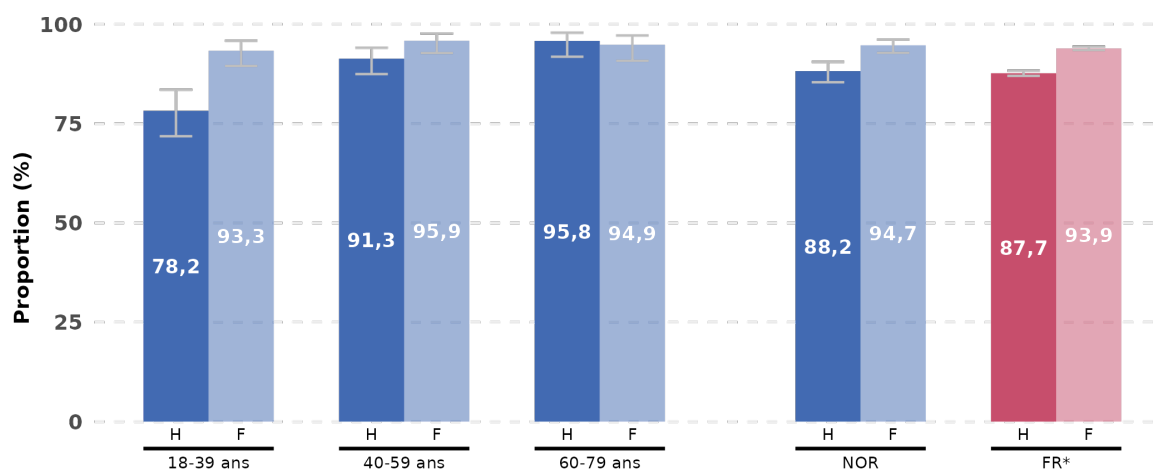
¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé, ² France hexagonale

n effectifs bruts ; IC95% : intervalle de confiance à 95 %.

*Note de lecture : 85,8 % des adultes âgés de 18 à 39 ans déclarent limiter leur activité physique en période de forte chaleur.

Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Figure 2. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant limiter leur activité physique en période de fortes chaleurs selon le sexe et l'âge, en Normandie (NOR) et en France* (FR*).



┆ Intervalle de confiance à 95% ; * France hexagonale (FR).
Source : Baromètre de Santé publique France, 2024

Conclusion

En Normandie, les résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 montrent que les symptômes liés aux fortes chaleurs sont insuffisamment connus par la population, notamment ceux annonçant un risque vital, malgré une bonne couverture des messages de prévention. L'écart entre l'exposition aux messages et l'impact sur l'adaptation du comportement trouve une justification dans une enquête par quotas menée en 2022 par Santé publique France auprès d'un échantillon de 2 000 individus. Dans cette étude, l'absence de changement de comportement était justifiée dans la majorité des cas (88 %) par le fait que les personnes interrogées appliquaient déjà ces gestes (résultats non publiés). En effet, la grande majorité (91 %) déclare limiter leur activité physique en cas de forte chaleur.

Les disparités en termes de genre, d'âge observées dans cette enquête, témoignent de la nécessité d'accorder une attention particulière et de renforcer la prévention auprès de certaines populations sous des formes plus appropriées, comme par exemple des actions spécifiques à destination des jeunes adultes et chez les hommes. Pour l'ensemble de la population, une approche pédagogique explicitant les mécanismes en jeu dans la survenue de symptômes en lien avec une exposition à la chaleur serait probablement bénéfique pour améliorer l'adhésion aux gestes favorables à la santé. Elle pourrait compléter les conseils et astuces proposés par le site [vivre avec la chaleur](https://www.vivre-avec-la-chaaleur.fr/) (<https://www.vivre-avec-la-chaaleur.fr/>).

Pour en savoir plus

A. Verrier. Prévention « canicule » : exposition aux messages de prévention et connaissances. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

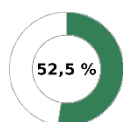
Auteurs par ordre alphabétique

Rédaction : Myriam Blanchard, Valentin Courtillet, Mélanie Martel

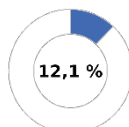
Conception : Virginie de Lauzun, Franck Golliot, Lucie Léon, Agnès Verrier

Inégalités de santé : poids des déterminants sociaux. Focus sur l'insécurité alimentaire et les discriminations

Points clés Normandie



des adultes de 18-79 ans déclarent une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée ».

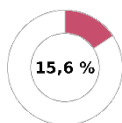


déclarent avoir ressenti la faim sans pouvoir manger par manque d'argent ou d'autres moyens au cours des 12 derniers mois



11,8 %

12,5 %



des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au cours des cinq dernières années

Contexte

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences systématiques dans l'état de santé, observées entre des groupes sociaux. Elles sont socialement construites et donc évitables. Leur surveillance est inscrite dans la stratégie nationale de santé et se décline dans les missions des agences régionales de santé [1].

Les inégalités sociales de santé, observées pour les pathologies chroniques comme infectieuses, résultent d'une inégalité de distribution des déterminants sociaux. Ces derniers désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux qui façonnent la position sociale et les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Ils influent sur les comportements en faveur ou défaveur de la santé, qui vont aboutir à un état de santé différencié de la population selon les groupes sociaux [2].

En France, bien que la lutte contre les ISS soit inscrite comme une priorité de santé publique, la collecte de données sociales, dans les bases médico-administratives, les systèmes de surveillance sanitaires ou les enquêtes nationales de santé reste insuffisante, ce qui freine leur prise en compte dans les politiques publiques [3]. Pour répondre à cet enjeu, Santé publique France systématise la collecte des déterminants sociaux permettant de mesurer, a minima, la position sociale des individus (sexe, origine migratoire, éducation, emploi et ressources financières) dans ses grandes enquêtes [4]. L'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France intègre, en plus de ces données sociales sur la position sociale, deux modules spécifiques : un sur l'insécurité alimentaire et un sur les discriminations.

Grâce au caractère multithématique du Baromètre de Santé publique France, l'objectif de cette synthèse est de dresser un panorama descriptif des inégalités de santé à l'échelle de la région, selon le sexe et la position socio-économique.

Résultats

Inégalités de santé : le poids des déterminants sociaux

Comportements en santé

A l'image des tendances nationales, les hommes fument et boivent davantage que les femmes en Normandie : en 2024, la prévalence du tabagisme quotidien s'élève à 13,9 % chez les femmes et 19,3 % chez les hommes. Les femmes sont aussi moins concernées par la consommation d'alcool que les hommes : elles déclarent moins souvent avoir eu une consommation dépassant les repères à moindre risque au cours de la dernière semaine (13,2 % contre 31,5 %). Concernant la pratique d'activité physique, des différences sont observées selon le sexe et l'âge. La proportion d'adultes déclarant une activité physique régulière dans le cadre des loisirs est plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes pour les classes d'âge entre 18 et 29 ans (39,1 % chez les hommes contre 30,0 % chez les femmes).

Plusieurs gradients socio-économiques sont observés pour l'ensemble des comportements en santé étudiés. Ainsi de manière similaire aux tendances nationales, la prévalence du tabagisme quotidien suit un gradient selon le niveau de diplôme et la situation financière perçue : elle passe de 11,2 % parmi les personnes les plus diplômées à 18,6 % parmi celles les moins diplômées, et de 11,1 % parmi les plus aisées à 28,3 % parmi celles les moins aisées. Le tabagisme quotidien est également moins répandu parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (14,8 %) que parmi les ouvriers (22,0 %).

Concernant la pratique régulière d'activité physique dans le cadre des loisirs, elle augmente avec le niveau de diplôme, avec des prévalences allant de 32,6 % pour les moins diplômés à 44,9 % pour les plus diplômés. Elle est plus fréquente parmi les personnes les plus aisées (55,0 %) que parmi celles les moins aisées (20,9 %). Les écarts selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) confirment cette tendance, puisque la pratique d'activité physique régulière s'élève à 50,9 % parmi les cadres et professions intellectuelles contre respectivement 34,2 % et 30,6 % parmi les employés et les ouvriers.

Comme au niveau national, les catégories sociales les plus favorisées sont aussi concernées par des comportements moins favorables à la santé. Des gradients inverses sont observés pour la consommation d'alcool et la sédentarité (i.e., passer plus de 7 heures en moyenne par jour en position assise). Plus le niveau de diplôme est élevé et plus la situation financière est perçue comme favorable, plus la part d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque est importante (19,4 % pour les moins diplômés à 24,5 % pour les plus diplômés et 18,0 % pour les moins aisés à 25,2 % pour les plus aisés). Cet indicateur est presque 2 fois plus élevé parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (30,3 %) que parmi les employés (16,4 %).

Enfin, plus le niveau de diplôme augmente et plus la situation financière est jugée comme favorable, plus la sédentarité est fréquente. Elle est près de 2,5 fois plus fréquente pour les plus diplômés (39,5 %) que pour les moins diplômés (13,6 %), 1,5 fois plus élevée pour les plus aisés (34,0 %) que pour les moins aisés (22,1 %) et plus de 2,5 fois plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles (39,6 %) que chez les ouvriers (15,8 %) et les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (11,0 %).

Indicateurs de santé générale et physique

Malgré des comportements plus favorables à la santé, les femmes se déclarent un peu moins fréquemment en bonne santé que les hommes. Elles sont 66,0 % à déclarer avoir une santé perçue « bonne » à « très bonne » contre respectivement 69,5 % et 24,6 % chez les hommes. En revanche, les hommes déclarent plus souvent être touchés par le diabète (10,3 % contre 5,4 % chez les femmes) (Figure 1). Par rapport au niveau national, les écarts entre hommes et femmes sont légèrement plus marqués pour l'hypertension artérielle et le diabète.

L'ensemble des indicateurs de santé générale et physique est marqué par un gradient socio-économique. Comme au niveau national, les personnes les plus favorisées, en termes de diplôme, PCS ou situation financière, déclarent le plus souvent un meilleur état de santé générale et physique.

Concernant le niveau d'éducation, les personnes les plus diplômées déclarent plus souvent une santé perçue « bonne » à « très bonne » (75,1 % contre 60,6 % des personnes sans diplôme), moins de limitations d'activité (20,0 % contre 28,7 %), se déclarent 2 fois moins touchées par l'HTA (16,6 % contre 30,4 %) et 2 fois moins touchées par le diabète (4,8 % contre 10,9 %) (Figure 2).

De même, les personnes se déclarant comme les plus aisées financièrement déclarent, plus souvent une santé perçue « bonne » à « très bonne » (82,0 % contre 46,7 % des personnes en difficultés/endettées), moins de limitations d'activité (16,8 % contre 40,3 %) et de diabète (5,6 % contre 12,6 %) (Figure 3).

Ces indicateurs de santé décrits selon la PCS offrent une grille de lecture complémentaire. Globalement les cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent plus souvent une santé perçue « bonne » à « très bonne », notamment chez les femmes (64,3 % contre 45,5 % chez les ouvriers), moins de limitations d'activités, une fois de plus marqué chez les femmes (22,3 % contre 44,1 %) et des prévalences près de 2 fois moins élevées de diabète (7,3 % contre 11,2 %) (Figure 4). Sur le plan cardiovasculaire, des disparités selon la PCS sont observées particulièrement chez les hommes : la prévalence de l'HTA déclarée est 2 fois plus élevée chez les hommes cadres (32,8 %) que chez les hommes employés (14,6 %).

Figure1. Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe, Normandie, 2024

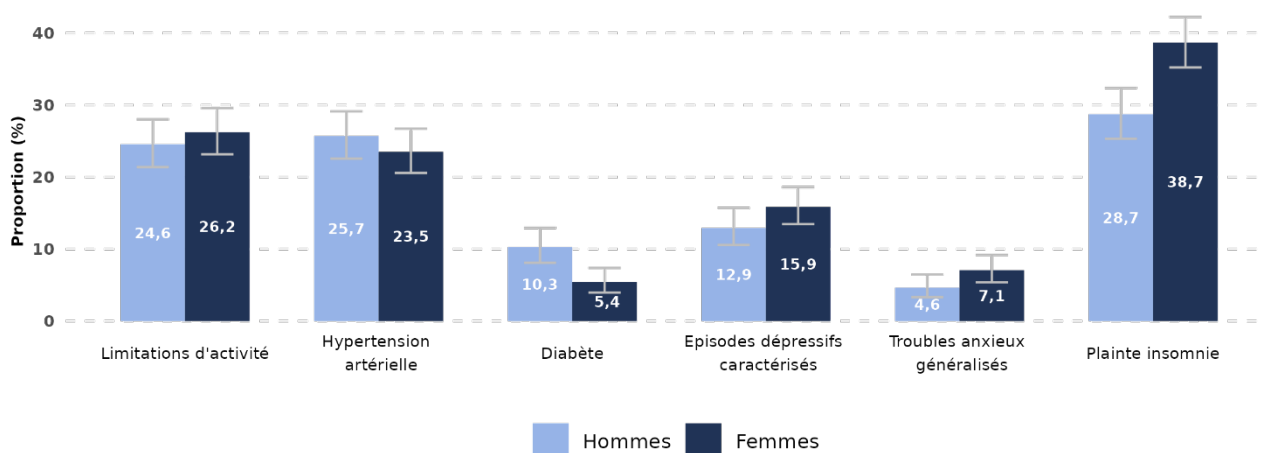


Figure 2. Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon le niveau de diplôme, Normandie, 2024

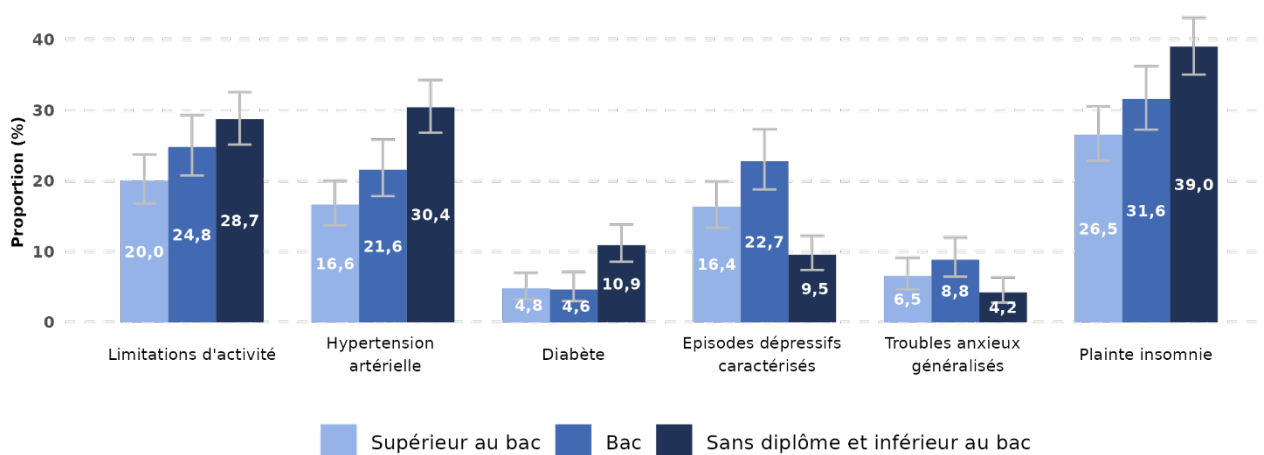


Figure 3. Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans, selon la situation financière perçue, Normandie, 2024

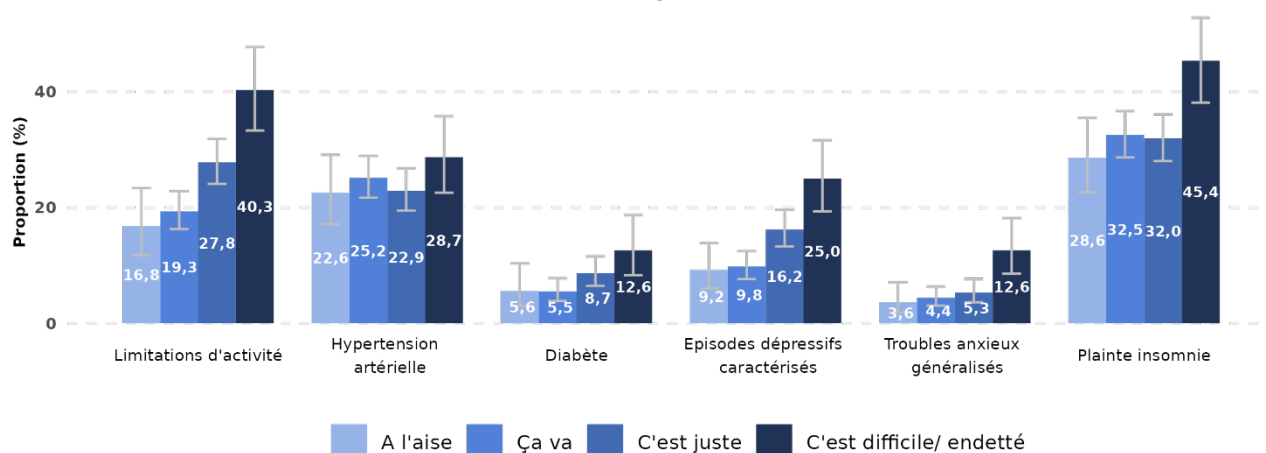
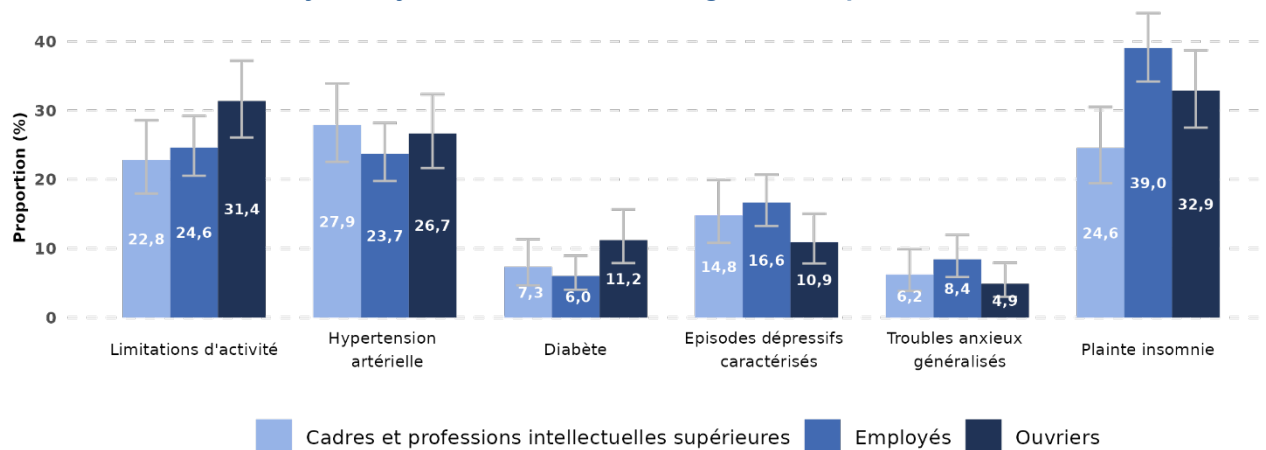


Figure 4. Prévalences de différents indicateurs de santé physique et mentale déclarés parmi les adultes de 18 à 79 ans ayant déjà travaillé, selon la catégorie socioprofessionnelle, Normandie, 2024



I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Indicateurs de santé mentale

Sur le plan de la santé mentale, les femmes déclarent plus souvent souffrir de troubles anxieux généralisés (7,1 % contre 4,6 % chez les hommes) et d'insomnie (38,7 % chez les femmes contre 28,7 % chez les hommes). En revanche, la prévalence d'épisodes dépressifs caractérisés est proche entre les deux sexes (15,9 % chez les femmes et 12,9 % chez les hommes). Il en est de même pour les pensées suicidaires dans l'année : 5,3 % chez les femmes et 6,0 % chez les hommes (Figure 1).

Que ce soit pour l'épisode dépressif caractérisé, le trouble anxieux généralisé ou bien les pensées suicidaires, les prévalences sont plus élevées sur le niveau de diplôme Bac (respectivement 22,7 %, 8,8 % et 12,1 %) ou inférieur au bac pour les insomnies (39,0 % contre 26,5 % chez les niveaux supérieurs au bac) (Figure 2).

A contrario, les prévalences de l'épisode dépressif caractérisé, du trouble anxieux généralisé, des pensées suicidaires et des plaintes d'insomnies sont de 2 à 3 fois plus élevées chez les personnes se déclarant les moins aisées financièrement par rapport aux personnes se déclarant les plus aisées (respectivement 25,0 % contre 9,2 %; 12,6 % contre 3,6 %; 10,2 contre 4,7 % et 45,4 % contre 28,6 %) (Figure 3). Ces gradients sont davantage marqués pour les hommes.

Du point de vue de la PCS, les employés présentent les prévalences les plus élevées de plainte d'insomnie (39,0 % contre 24,6 % chez les cadres) (Figure 4).

Insécurité alimentaire

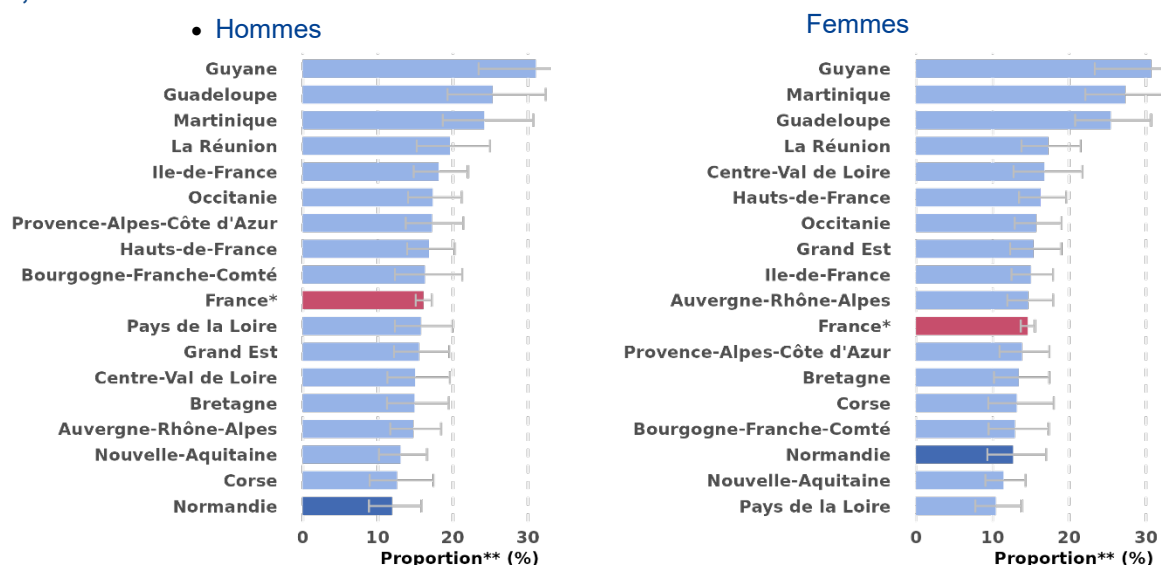
En Normandie, 52,5 % des adultes de 18 à 79 ans ont déclaré être en situation financière « juste », « difficile ou endettée ». Parmi ces personnes, 12,1% déclarent avoir ressenti la faim sans pouvoir manger par manque d'argent ou d'autres moyens au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est comparable à la moyenne nationale (15,2 %), bien qu'elle figure parmi les plus faibles observées dans les différentes régions (Figure 5).

Cette proportion varie peu selon le sexe (12,5 % chez les femmes et 11,8 % chez les hommes) et par classe d'âge mais est plus marquée chez les hommes de 30-39 ans (19,0 % contre 2,9 % chez les hommes de 60-79 ans) (Tableau 1).

Chez les hommes, l'écart selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle est particulièrement marqué : 22,9 % des employés en difficulté financière déclarent avoir ressenti la faim sans pouvoir manger, faute de moyens financiers, contre seulement 3,9 % des agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise dont la situation financière est qualifiée de "juste" ou "difficile ou endettée" (Tableau 1).

Des écarts sont également observés en fonction de la situation familiale. Les personnes vivant seules (18,2 %) et les familles monoparentales (15,3 %) présentent les taux les plus élevés, en particulier les femmes vivant seules (21,3 %) (Figure 6).

Figure 5. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir ressenti la faim sans pouvoir manger par manque d'argent ou d'autres moyens au cours des 12 derniers mois, parmi les personnes ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée », par sexe et par région, France*, 2024



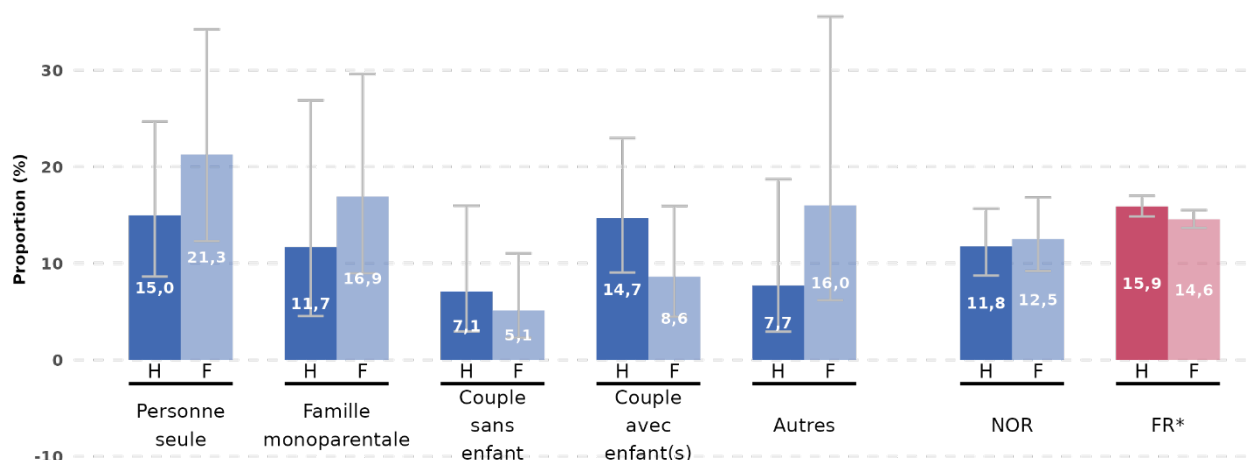
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France 2024

Figure 6. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir ressenti la faim sans pouvoir manger par manque d'argent ou d'autres moyens, parmi les personnes ayant déclaré une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée » par situation familiale et par sexe en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

┆ Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 1. Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir ressenti la faim sans pouvoir manger par manque d'argent, parmi les personnes déclarant une situation financière perçue « juste » ou « difficile, endettée » par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Âge							
18-29 ans	131	15,0	9,4-22,3	13,0	5,7-24,1	16,9	9,0-27,8
30-39 ans	137	18,1	11,0-27,4	19,0	9,7-31,7	17,1	7,1-32,5
40-49 ans	158	13,0	7,8-20,0	13,9	6,6-24,6	12,2	5,4-22,7
50-59 ans	172	10,7	6,1-17,1	14,2	7,0-24,6	6,8	2,4-14,9
60-79 ans	207	7,3	3,6-13,1	2,9	0,6- 8,4	11,2	4,9-21,1
Niveau étude							
Sans diplôme et inférieur au BAC	381	11,0	7,7-15,2	9,6	5,6-15,1	12,4	7,4-19,1
BAC	225	13,9	9,4-19,4	12,6	6,6-21,0	15,1	9,0-23,2
Supérieur au BAC	199	13,4	8,4-19,8	17,0	9,5-27,1	9,9	4,0-19,4
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	66	6,1	1,5-15,6	3,9	0,4-13,9	10,3	1,2-33,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	66	13,6	5,7-25,8	11,0	2,6-27,5	17,1	4,7-38,7
Professions intermédiaires	167	11,4	6,6-17,8	17,8	9,9-28,5	4,1	0,7-12,2
Employés	258	14,7	10,0-20,6	22,9	11,0-39,2	12,9	8,0-19,5
Ouvriers	207	10,8	6,6-16,4	8,7	4,7-14,6	17,2	6,9-32,9
Situation financière perçue							
C'est juste	591	5,3	3,5- 7,7	3,7	1,8- 6,7	6,9	4,0-10,9
C'est difficile, endetté	214	29,2	22,5-36,6	32,0	22,8-42,4	26,5	17,1-37,7
Situation familiale							
Personne seule	175	18,2	11,8-26,2	15,0	8,0-24,7	21,3	11,4-34,4
Famille monoparentale	99	15,3	8,4-24,8	11,7	3,6-26,1	16,9	8,1-29,6
Couple sans enfant	225	6,1	3,0-10,7	7,1	2,3-15,7	5,1	1,9-10,8
Couple avec enfant(s)	239	11,9	7,8-17,3	14,7	8,5-23,0	8,6	4,0-15,8
Autres	67	10,7	4,9-19,5	7,7	2,3-18,1	16,0	5,0-34,7
Région Normandie	805	12,1	9,7-15,0	11,8	8,5-15,7	12,5	9,0-16,8
France ²	17 485	15,2	14,5-15,9	15,9	14,8-17,0	14,6	13,7-15,5

1 Parmi les personnes ayant déjà travaillé, 2 France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif dans l'échantillon, IC95% : intervalle de confiance à 95%

ND : non disponible (effectifs trop faibles)

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Discriminations au cours des cinq dernières années

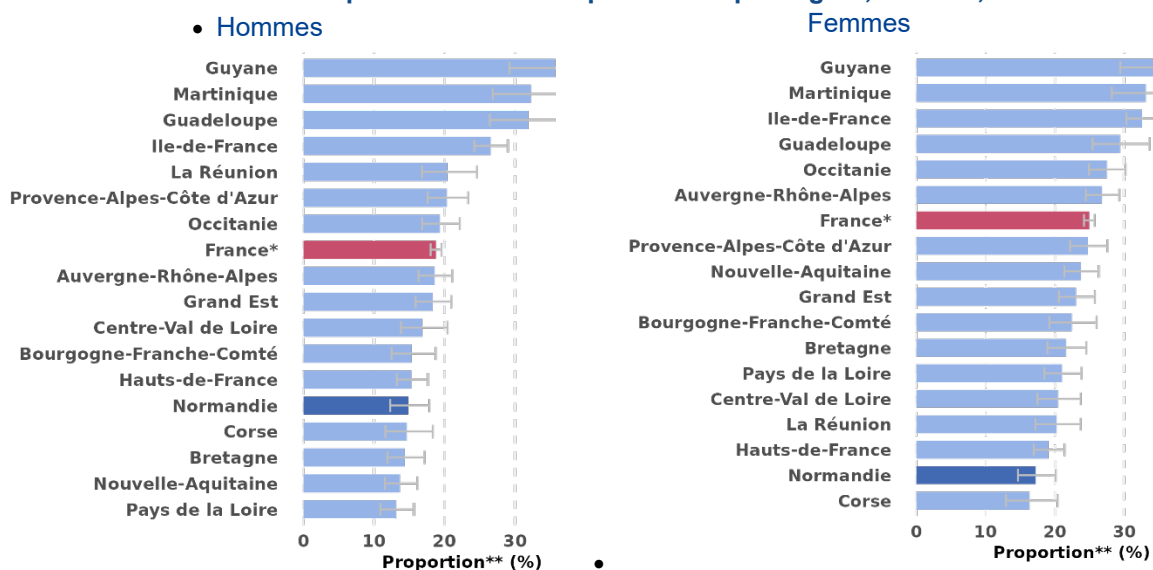
En Normandie, 15,6 % des adultes déclarent avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années. Cette proportion est proche chez les femmes (16,6 %) et les hommes (14,6 %), mais elle est plus élevée chez les moins de 50 ans, en particulier dans les tranches d'âges 18-29 ans (26,7 %) et 30-39 ans (24,0 %), contre seulement 4,0 % chez les 60-79 ans. Cet écart est particulièrement marqué chez les femmes (Tableau 2, Figure 8).

Par rapport à la moyenne nationale, les normands de 18 à 79 ans déclarent moins souvent avoir subi des discriminations, quel que soit leur sexe (15,6 % en Normandie contre 22,0 % au niveau national) (Figure 7).

Les personnes ayant un diplôme supérieur au BAC déclarent plus souvent des discriminations que celles n'ayant pas le baccalauréat, particulièrement chez les femmes (Figure 9) ;

Des écarts sont également observés en fonction de la situation financière. Les personnes se déclarant en situation difficile présentent les taux les plus élevés (24,1%), par rapport à ceux à l'aise (11,5%) (Figure 6). Les couples sans enfants déclarent moins souvent avoir subi des traitements inégalitaires que les autres types de foyers, tous sexes confondus. Enfin, la profession ou la catégorie socioprofessionnelle semble avoir peu d'influence (Tableau 2).

Figure 7. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans pensant avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations au cours des cinq dernières années par sexe et par région, France*, 2024



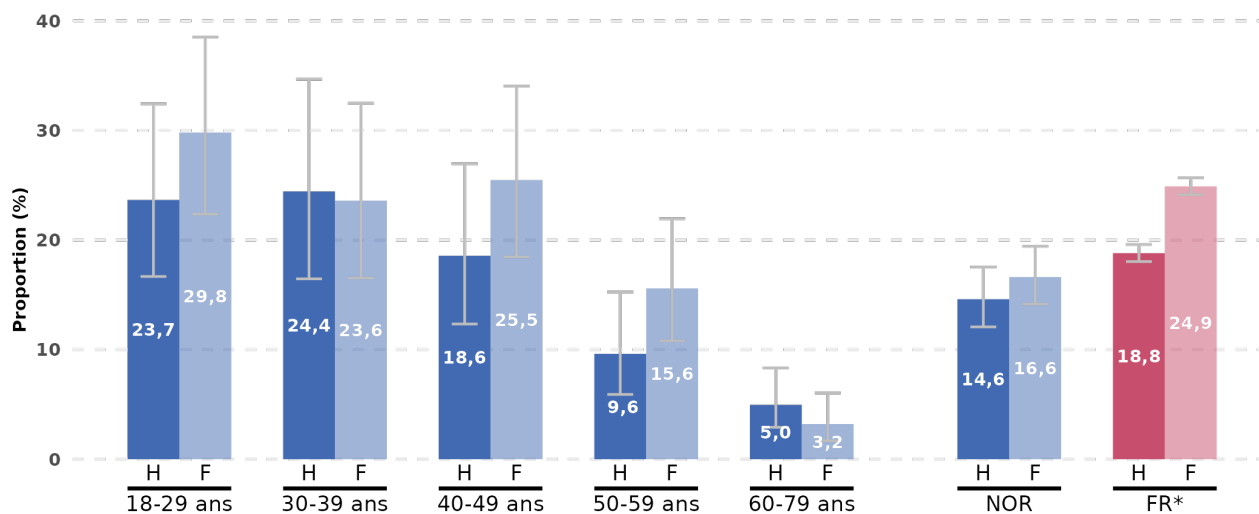
* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

** Proportion standardisée (méthode directe) sur le sexe, l'âge et le mode de collecte

— Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre Santé publique France 2024

Figure 8. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au cours des cinq dernières années, par classe d'âge et par sexe, en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024

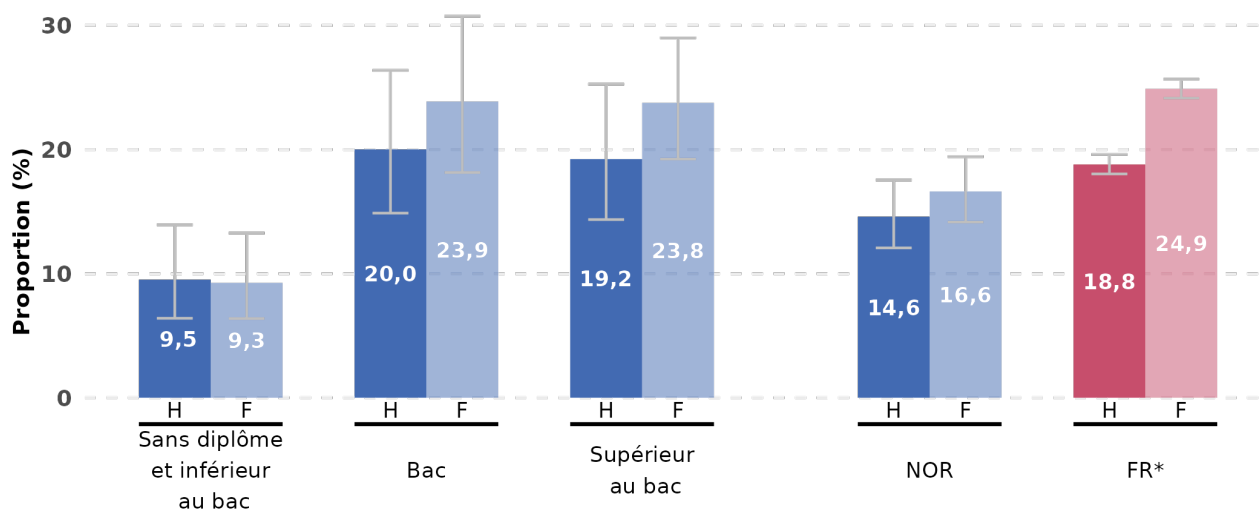


* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Figure 9. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au cours des cinq dernières années par niveau de diplôme et par sexe en Normandie (NOR), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

I Intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Tableau 2. Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au cours des cinq dernières années par sexe en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Normandie, France, 2024

	Proportion d'adultes déclarant avoir subi des discriminations						
	Ensemble			Hommes		Femmes	
	n	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Âge							
18-29 ans	288	26,7	21,2-32,8	23,7	16,2-32,6	29,8	21,9-38,7
30-39 ans	254	24,0	18,2-30,6	24,4	15,8-34,9	23,6	16,0-32,6
40-49 ans	276	22,1	16,9-27,9	18,6	11,8-27,0	25,5	18,0-34,2
50-59 ans	339	12,7	9,3-16,8	9,6	5,5-15,2	15,6	10,5-22,0
60-79 ans	510	4,0	2,5- 6,0	5,0	2,7-8,3	3,2	1,5-6,0
Niveau étude							
Sans diplôme et inférieur au BAC	649	9,4	7,0-12,2	9,5	6,1-13,9	9,3	6,1-13,3
BAC	442	21,9	17,8-26,5	20,0	14,5-26,5	23,9	17,8-30,8
Supérieur au BAC	576	21,7	18,1-25,6	19,2	14,0-25,3	23,8	19,0-29,1
PCS ¹							
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	125	10,2	4,6-18,8	10,0	3,2-22,3	10,5	2,8-25,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	265	17,4	12,9-22,7	12,8	7,8-19,5	23,7	16,0-32,9
Professions intermédiaires	428	15,3	11,9-19,3	12,5	7,7-18,7	18,1	13,3-23,7
Employés	438	17,1	13,2-21,5	28,7	17,4-42,4	14,6	10,7-19,2
Ouvriers	317	12,1	8,7-16,2	11,0	7,5-15,5	15,5	8,0-26,1
Situation financière perçue							
A l'aise	218	11,5	7,5-16,6	9,1	3,9-17,3	13,5	7,9-20,9
Ça va	642	11,6	9,0-14,7	10,6	6,7-15,6	12,6	9,1-16,8
C'est juste	591	17,4	14,3-20,8	15,6	11,3-20,8	19,1	14,8-23,9
C'est difficile, endetté	216	24,1	18,0-31,1	25,6	17,4-35,3	22,7	14,1-33,4
Situation familiale							
Personne seule	328	17,8	13,5-22,9	19,4	13,2-26,8	16,3	10,4-23,8
Famille monoparentale	150	19,1	12,8-26,9	18,8	9,4-31,9	19,3	11,3-29,8
Couple sans enfant	567	8,2	6,0-10,9	6,4	3,3-11,1	9,7	6,8-13,3
Couple avec enfant(s)	479	17,9	14,2-22,0	16,4	11,2-22,8	19,5	14,6-25,2
Autres	143	27,8	20,0-36,6	21,8	13,4-32,3	36,8	22,8-52,6
Région Normandie	1667	15,6	13,8-17,6	14,6	12,0-17,6	16,6	14,1-19,4
France ²	34822	22,0	21,4-22,5	18,8	18,0-19,6	24,9	24,1-25,7

1 Parmi les personnes ayant déjà travaillé, 2 France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

n : effectif dans l'échantillon, IC95% : intervalle de confiance à 95%

ND : non disponible (effectifs trop faibles)

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

Conclusion

Cette synthèse compile les principaux résultats de plusieurs thématiques de santé, décrits selon la position socio-économique et le sexe, afin d'en dégager une lecture transversale centrée sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces résultats confirment que l'ensemble des indicateurs de santé étudiés suivent systématiquement des gradients socio-économiques et diffèrent selon le sexe en Normandie. Globalement un moins bon état de santé générale, physique et mentale est observé chez les personnes socialement défavorisées. Le tabagisme et l'insuffisance d'activité physique concernent davantage les catégories sociales défavorisées alors que le dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque et la sédentarité concernent davantage les catégories sociales les plus favorisées. Des écarts s'observent selon le sexe : globalement les femmes se perçoivent en moins bonne santé et déclarent plus souvent des troubles de santé mentale (épisodes dépressifs, troubles anxieux généralisés), et des plaintes d'insomnie tandis que les hommes déclarent plus souvent des problématiques de santé physique (diabète).

L'insécurité alimentaire qui touche plus fréquemment les ménages modestes, peut participer à l'aggravation des inégalités sociales de santé observées dans la plupart des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc.). Nos résultats soulignent, à travers la question du ressenti de faim sans pouvoir manger, que cette situation est étroitement liée aux caractéristiques

socio-économiques des ménages, comme le revenu, la structure familiale (les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont particulièrement concernées), et touche de plein fouet les jeunes générations.

En outre, une mauvaise situation socio-économique peut résulter de discriminations de toutes sortes, notamment en raison de son genre ou de son origine. Nos résultats montrent que le ressenti de discriminations toutes raisons confondues est fréquent puisque près d'une personne sur cinq déclare en avoir subi au cours des cinq dernières années.

La présence systématique de gradients socio-économiques quel que soit l'indicateur de santé étudié, montre l'importance de décrire à l'échelle régionale les résultats selon les catégories sociales au delà des seuls résultats en moyenne. L'enquête du Baromètre de santé publique France, répétée tous les deux ans, permet de surveiller l'évolution des inégalités sociales de santé dans le temps. Des analyses ultérieures sont envisagées pour évaluer l'impact croisé des différents déterminants sociaux (sexe, origine, position socio-économique) sur la santé, et comprendre plus finement ces inégalités sociales de santé.

Pour en savoir plus

- **Inégalité sociales et territoriales de santé**
- Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du territoire et du gradient social et peuvent apparaître dès le plus jeune âge. Des mesures favorisant l'égalité des chances, pour tous et pour les populations en situation de vulnérabilité, permettraient de les éviter.

Site internet de Santé publique France : [lien](#)

S. Vandentorren, A. Mondeilh. Inégalités de santé : le poids des déterminants sociaux. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2025 : 14 p.

N. Soullier, D. Grange, L. Saboni, J-B. Richard. Méthode de l'enquête. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

Références

[1] Ministère de la santé, des Familles, de l'autonomie, et des personnes handicapées. Stratégie nationale de santé 2023-2033 [Internet]. [Lien](#)

[2] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. 2008

[3] Vandentorren S, Delpierre C. Documenter les déterminants sociaux pour lutter contre les inégalités de santé. La santé en action n°468. 2025;28-9.

[4] Vandentorren S, Aude Mondeilh A, Soullier N. Pourquoi la position sociale est importante à considérer dans l'état de santé d'une population et comment la mesurer dans les travaux de santé publique ? Le rôle de la position sociale sur la santé.

Auteurs par ordre alphabétique

Rédacteur : Mélanie Martel, Valentin Courtillet

Conception : Pascale Bernillon, Franck Golliot, Virginie de Lauzun, Aude Mondeilh, Stéphanie Vandentorren

Pour en savoir plus

Édition nationale

Baromètre de santé publique France : résultats de l'édition 2024

Contribution

Coordination – Direction des régions (par ordre alphabétique)

Anne Bernadou, Pascale Bernillon, Franck Golliot, Virginie de Lauzun, Lucie Léon,
Ali-Mohamed Nassur, Marc Ruello

Coordinateur régional

Valentin Courtillet

Rédaction de ce numéro

Myriam Blanchard, Valentin Courtillet, Stéphane Erouart, Mélanie Martel, Chloé Vigneron

Pour nous citer : Le point sur. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Édition Normandie. Avril 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 111 pages

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 10 avril 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr / normandie@santepubliquefrance.fr