

Recherche

Le Thermomètre de la santé : usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les personnes en situation de handicap intellectuel

Ben Lakhdar Christian^{1,*}, Massin Sophie¹, la délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France²

¹ Université de Lille, CNRS, IESEG School of Management, UMR 9221 - LEM - Lille Économie Management, Bâtiment SH2 Cité scientifique, 59650, Villeneuve d'Ascq, France.

² UNAPEI Hauts-de-France, 62 rue du long pot, 59000, Lille, France.

*Correspondance : Ben Lakhdar Christian, Université de Lille, FSJPS, 1 place Déliot, 59000 Lille, France. christian.ben-lakhdar@univ-lille.fr

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Résumé : Les prévalences d'usages de tabac, d'alcool et de cannabis et leurs modes de consommation ne sont que peu documentés chez les personnes en situation de handicap intellectuel. Grâce à un nouvel outil appelé « Thermomètre de la santé », qui est une émanation du Baromètre de Santé publique France traduit en facile à lire et à comprendre (FALC), nous estimons ces prévalences à partir d'un échantillon de plus de 1000 individus en situation de handicap intellectuel vivant dans la région des Hauts-de-France, travaillant majoritairement en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Les prévalences d'usage quotidien s'établissent à 20,4 % pour le tabac, 3,5 % pour l'alcool (une prévalence de 10,6 % pour un épisode de binge drinking lors de l'année écoulée) et 1,1 % pour le cannabis, ce qui est moindre qu'en population générale. Les quantités consommées (nombre de cigarettes fumées quotidiennement ou de verres d'alcool bus par jour en moyenne) semblent en revanche similaires. Le genre ainsi que la situation professionnelle et financière sont associés à ces usages. Afin de calibrer au mieux des politiques de prévention, de plus amples travaux apparaissent nécessaires tant manquent les connaissances sur les conduites addictives des personnes en situation de handicap intellectuel.

Mots-clés : Tabac ; Alcool ; Cannabis ; Personne en situation de handicap intellectuel

Abstract : The prevalence and consumption patterns of tobacco, alcohol, and cannabis use among individuals with intellectual disabilities are poorly documented. Utilizing a new tool called the "Health Thermometer," derived from the Santé publique France Health Barometer and adapted for easy reading and comprehension, we estimate these prevalences from a sample of over 1,000 individuals with intellectual disabilities living in the Hauts-de-France region, predominantly working in sheltered employment centers (ESAT). The daily usage prevalence rates are 20.4% for tobacco, 3.5% for alcohol (with a 10.6% prevalence for a binge drinking episode in the past year), and 1.1% for cannabis, which are lower than those in the general population. However, the quantities consumed (number of cigarettes smoked daily or average number of alcoholic drinks per day) appear similar. Gender, as well as professional and financial status, are associated with these usages. To better tailor prevention policies, further research is necessary, as knowledge about addictive behaviors among individuals with intellectual disabilities is significantly lacking.

Key words : Tobacco; Alcohol; Cannabis; Individual with Intellectual Disability

Introduction

Entre 1 et 3 % de la population serait atteinte d'un trouble du développement neurologique, caractérisé principalement par un fonctionnement intellectuel limité et inférieur à la moyenne. Les déficits peuvent altérer les fonctions cognitives essentielles à la vie quotidienne (mémoire, attention, langage, etc.). Il se caractérise ensuite par une capacité d'adaptation limitée, également inférieure à la norme. Les sphères du fonctionnement humain sont altérées, en particulier celles relatives à l'autonomie de l'individu. Enfin, pour être qualifiée comme telle, la déficience intellectuelle doit apparaître au cours du développement de la personne, avant l'âge de 18 ans [1]. Le degré de sévérité de la déficience intellectuelle s'évalue selon différentes échelles qui ont évolué et se sont affinées dans le temps : il est aujourd'hui possible de façon relativement fiable de qualifier ces déficiences, de sévères à légères. En France, alors que la première pourrait concerner 3 à 4 personnes pour 1000, la seconde pourrait être plus fréquente et retrouvée chez 10 à 20 personnes sur 1000 [2].

En matière de santé, entre autres facteurs, l'espérance de vie augmentant chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, l'incidence des cancers apparaît être la même en population générale que dans cette population, les types de cancer n'étant cependant pas les mêmes [2]. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont ainsi moins de risques de développer des cancers des voies aérodigestives supérieures, des poumons ou du col utérin pour les femmes mais plus concernant des tumeurs digestives (œsophage, estomac, foie, vésicule biliaire, côlon). Il n'en reste pas moins, comme la dernière expertise collective de l'Inserm sur les déficiences intellectuelles le souligne, que « les actions de prévention du cancer sont encore au stade expérimental pour la lutte contre le surpoids et l'obésité et pour la consommation de tabac et d'alcool » [2].

En effet, sur ce dernier point, la consommation de substances addictives n'étant pas exclusive à la population générale, les personnes présentant une déficience intellectuelle sont aussi des usagers de tabac, d'alcool, de cannabis ou peuvent faire montre d'autres addictions comportementales ou sans produits. Les prévalences seraient toutefois plus faibles dans cette population qu'en population générale [2-3]. Les prévalences d'usage de tabac et d'alcool se sont avérées être légèrement inférieures non significativement, chez les jeunes étudiants français présentant une déficience intellectuelle ; seule la consommation de cannabis était significativement moins courante chez ces jeunes par rapport aux étudiants ne présentant pas de déficience intellectuelle [4]. Cependant, une récente revue de la littérature montre qu'en raison de l'hétérogénéité des études, il est difficile d'affirmer que les prévalences sont plus faibles, équivalentes ou supérieures chez les personnes en situation de handicap intellectuel que dans la population générale. Selon cette revue des 39 études existantes, la prévalence du tabagisme varie de 0 à 62,9 %, celle de la consommation d'alcool de 1,9 à 55 % et celle de la consommation de cannabis de 5 à 9,5 % [5]. Un fait saillant communément admis serait que plus la déficience intellectuelle tend à être légère, plus les conduites addictives, dans leurs niveaux et intensités, se rapprochent de celles de la population générale, en tout cas pour le tabagisme [6].

Afin d'améliorer les connaissances sur les pratiques addictives des personnes en situation de handicap intellectuel, nous avons mené une enquête auprès d'elles. Pour ce faire, le Thermomètre de la santé est une enquête par questionnaire reprenant les items en matière de tabac, d'alcool et de cannabis du Baromètre de Santé publique France traduits en facile à lire et à comprendre (FALC).

La prochaine section présente le dispositif d'enquête et le matériau collecté. La section trois montre les résultats et les facteurs associés aux usages. Nous les discutons dans une section quatre et concluons en évoquant les limites et perspectives de cette étude.

Matériel et méthode

Le Thermomètre de la santé est une émanation du Baromètre de Santé publique France. Il reprend, outre les items sociodémographiques (âge, genre, situation professionnelle, situation de vie), les modules « Tabac », « Alcool » et « Cannabis » du dernier Baromètre 2021. Il a été traduit en facile à lire et à comprendre (FALC, voir encadré 1) par des personnes en situation de handicap intellectuel spécialisées dans la traduction FALC de l'Établissement et Service d'Accompagnement par le Travail (ESAT) Malécot des Papillons Blancs de Lille et le questionnaire a été testé auprès de dix personnes volontaires. Les ESATs sont des établissements médico-sociaux de travail protégé. Ils sont réservés aux personnes en situation de handicap et ont pour objectif leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle.

Encadré 1. Définition et objectif du FALC et exemple de traduction

Définition. Le facile à lire et à comprendre (FALC) est une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en langage compréhensible par tous. La méthode élaborée dans le cadre du projet européen Pathways est portée en France par l'UNAPEI et l'association *Nous Aussi*. Elle propose des règles pour aider les rédacteurs de documents à rendre l'information facile à lire et à comprendre pour les personnes déficientes intellectuelles.

L'objectif consiste à rendre les personnes déficientes intellectuelles plus autonomes dans leurs démarches grâce à une meilleure compréhension de l'information. L'information rédigée en facile à lire et à comprendre est par ailleurs utile pour les personnes maîtrisant mal le français.

Baromètre	Exemple de traduction	Thermomètre
<p>TA1 Nous allons maintenant parler du tabac. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? <i>Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.</i> <i>Si répond « La cigarette électronique uniquement », répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.</i> <i>Si la personne dit être enceinte et s'être arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Oui Non 	<p>LE TABAC </p> <p>Dans ma vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Je n'ai jamais fumé Je n'ai jamais essayé de fumer <p>Je passe directement aux questions sur le cannabis </p> <p>Il existe différentes façons de fumer :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les cigarettes à rouler ou les cigarettes tubées Les cigarettes en paquet Les cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares Les cigares La pipe La chicha ou le narguilé La chicha ou le narguilé sont des pipes à eau <p>TA1 : Je suis fumeur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui </p> <p><input type="checkbox"/> Non </p> <p><input type="checkbox"/> Non, je suis enceinte et j'ai arrêté de fumer pendant ma grossesse </p> <p>Je suis fumeur </p> <p>TA2 : Je fume ?</p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes à rouler ou des cigarettes tubées </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes en paquet </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigares </p> <p><input type="checkbox"/> La pipe </p> <p><input type="checkbox"/> La chicha ou le narguilé </p>	
<p>SI FUMEUR/FUMEUSE, POSER SOUS-QUESTIONS 1 À 5 POSER SOUS-QUESTION 6 À TOUS</p> <p>TA2 Fumez-vous... <i>Cigarettes tubées = tabac à rouler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> du tabac à rouler ? des cigarettes en paquet ? des cigarillos ? des cigares ? la pipe ? la chicha ou le narguilé ? <ol style="list-style-type: none"> Oui Non 		

L'enquête s'est déroulée entre septembre 2022 et avril 2023. Le questionnaire a été administré sur tablette avec l'aide éventuelle d'un professionnel des structures de l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés des Hauts-de-France (UNAPEI Hauts-de-France) volontaires à l'enquête. L'UNAPEI Hauts-de-France accompagne plus de 32 000 personnes et, selon le dernier décompte réalisé par la DRESS en 2020, il y avait 13 000 places en ESAT dans cette même région [7]. Les répondants au Thermomètre de la santé, majoritairement travailleurs d'ESAT, sont au nombre de 1030 (voir tableau 1).

Nous n'avons pas saisi de Comité de Protection des Personnes ni même de comité d'éthique pour engager cette recherche. Ce sont les associations, sous l'égide de la délégation régionale UNPAEI Hauts-de-France, et avec le soutien de l'ARS Hauts-de-France, qui sont à l'initiative du Thermomètre de la santé. Le consentement des personnes

volontaires à répondre au questionnaire leur a été soumis à l'oral par le professionnel les accompagnant. À tout moment, les personnes pouvaient arrêter et abandonner la passation du questionnaire. Les précisions sur le contenu du questionnaire, les raisons de sa passation et les conditions étaient expliquées en amont.

L'analyse statistique débute par une description des caractéristiques socio-démographiques des répondants. Elle se poursuit par une description des prévalences d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis, dans l'ensemble de l'échantillon ainsi que par sous-groupes selon le sexe et l'âge, en reportant les intervalles de confiance à 95 % de chaque estimation. Enfin, l'étude des facteurs associés à l'usage régulier est réalisée à l'aide de régressions logistiques multiples dont les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios. Toutes les analyses ont été réalisées avec Stata® 16.

Résultats

Nous avons collecté 1030 réponses au Thermomètre de la santé.

Socio-démographie

Notre échantillon est composé majoritairement d'hommes ; six personnes se déclarant à la fois homme et femme (tableau 1). L'âge moyen est de 40 ans, le plus jeune des répondants ayant 15 ans, le plus âgé 79 ans. Un peu plus de 40 % des personnes déclarent vivre seules, les autres vivant avec d'autres personnes, soit en foyer soit dans leur famille. Une grande majorité travaille (85 %) et dit avoir une situation financière soit sans problème (25 %), soit correcte (49 %). Un peu plus d'un quart des répondants affirment avoir une situation financière juste ou difficile. Il y a quasiment autant de diplômés (le plus souvent titulaire d'un CAP) que de non diplômés. Le lieu de résidence des répondants est à plus de 50 % le département du Nord, suivi du Pas-de-Calais, de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne. Plus de 90 % des répondants ont été accompagnés dans la passation du questionnaire par un professionnel des structures.

	%
Age (N=993)	
15-25 ans	18,1
26-40 ans	34,3
41-55 ans	32,7
56 ans et plus	14,8
Sexe (N=1028)	
Femme	38,1
Homme	61,3
Femme et homme	0,6
Vit seul.e (N=1030)	
Oui	41,2
Non	58,3
A un travail (N=1029)	
Oui	85,1
Non	17,9
Situation financière (N=831)	
Sans problème	25,2
Correcte	48,7
Juste	17,2
Difficile	8,9
Diplôme (N=735)	
Aucun	55,5
Au moins un	44,5
Département (N=1017)	
Aisne	3,7
Nord	50,5
Oise	16,5
Pas-de-Calais	23,1
Somme	6,1
Aide pour répondre au questionnaire (N=1021)	
Oui	90,6
Non	9,4

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Prévalence d'usages

Les prévalences d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis sont présentées en fonction du genre et de l'âge dans les tableaux 2, 3 et 4.

L'expérimentation du tabac au cours de la vie est assez répandue : elle concerne une personne sur deux. L'usage actuel de tabac est déclaré par plus d'un quart des personnes, principalement des hommes et se retrouve plus fréquemment chez les plus de 40 ans. Il en va de même de l'usage quotidien de tabac (20,4 % des répondants), plus souvent masculin et chez les personnes les plus âgées. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 12,4. Les hommes fument plus que les femmes (13,6 cigarettes par jour en moyenne contre 9,5) et la quantité est relativement stable avec l'âge, même si les plus âgés semblent être un peu moins gros fumeurs (à noter toutefois que les effectifs sont faibles et que les intervalles de confiance se chevauchent pour quasiment toutes les catégories d'âge).

	Tous (N=1030)	Femmes (N=392)	Hommes (N=630)	15-25 ans (N=180)	26-40 ans (N=341)	41-55 ans (N=325)	+56 ans (N=147)
Usage au cours de la vie	48,1 % [45,0;51,2]	40,3 % [35,4;45,3]	53,0 % [49,0;57,0]	36,7 % [29,6;44,2]	42,8 % [37,5;48,3]	55,1 % [49,5;60,6]	64,0 % [55,6;71,7]
Usage actuel	25,9 % [23,3;28,7]	19,1 % [15,4;23,4]	30,2 % [26,6;33,9]	18,9 % [13,5;25,4]	22,9 % [18,5;27,7]	32,3 % [27,3;37,7]	29,9 % [22,7;38,0]
Usage actuel quotidien	20,4 % [18,0;23,0]	15,3 % [11,9;19,3]	23,7 % [20,4;27,2]	12,2 % [7,8;17,9]	16,1 % [12,4;20,5]	27,7 % [22,9;32,9]	25,9 % [19,0;33,7]
Nombre moyen de cigarettes par jour (écart type)	12,4 (9,8) [11,0;13,8] (N=187)	9,5 (6,9) [7,6;11,4] (N=54)	13,6 (10,5) [11,8;15,4] (N=132)	11,7 (8,7) [7,2;16,2] (N=14)	12,6 (8,4) [10,2;15,0] (N=51)	13,9 (11,6) [11,3;16,5] (N=81)	8,9 (6,6) [6,5;11,2] (N=34)

Tableau 2. Usage de tabac parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

L'expérimentation de boissons alcoolisées se retrouve chez plus de 70 % des répondants, plus souvent chez les hommes et chez les plus de 25 ans (tableau 3). Environ 60 % des répondants concèdent une consommation lors de l'année précédant l'enquête, encore une fois plus souvent les hommes que les femmes mais sans distinction d'âge cette fois. Il en va de même des consommations dans la semaine écoulée : 17,4 % en concédant au moins une, plus souvent les hommes et sans distinction d'âge. La consommation quotidienne d'alcool concerne 3,5 % des répondants, plus souvent les hommes que les femmes (4,4 % versus 1,8 %) et plus souvent chez les plus de 40 ans, mais les intervalles de confiance se chevauchent dans les deux cas (sexe et âge).

Le nombre moyen de verres bus par jour est de 2. Les hommes boivent plus que les femmes lors d'une occasion de consommation (2,2 verres contre 1,7) et il n'y a pas de différence entre les classes d'âge. De la même façon, au moins un épisode de *binge drinking* (plus de 6 verres en une occasion) au cours de l'année est déclaré par plus d'un répondant sur 10 (10,6 %), plus souvent les hommes que les femmes (avec chevauchement des intervalles de confiance cependant) mais sans distinction d'âge.

	Tous (N=1030)	Femmes (N=392)	Hommes (N=630)	15-25 ans (N=180)	26-40 ans (N=341)	41-55 ans (N=325)	+56 ans (N=147)
Usage au cours de la vie	70,8 % [67,9;73,5]	62,5 % [57,5;67,3]	75,9 % [72,3;79,2]	61,7 % [54,1;68,8]	72,4 % [67,4;77,1]	74,2 % [69,0;78,8]	78,9 % [71,4;85,2]
Usage au cours de l'année	60,1 % [57,0;63,1]	53,8 % [48,8;58,8]	63,8 % [59,9;67,6]	57,2 % [49,6;64,6]	62,2 % [56,8;67,3]	61,9 % [56,3;67,2]	61,2 % [52,8;69,1]
Usage au cours des 7 derniers jours	17,4 % [15,1;19,8]	13,0 % [9,8;16,7]	20,2 % [17,1;23,5]	13,3 % [8,7;19,2]	17,3 % [13,4;21,7]	18,8 % [14,7;23,4]	21,1 % [14,8;28,6]
Usage actuel quotidien	3,5 % [2,5;4,8]	1,8 % [0,7;3,6]	4,4 % [3,0;6,4]	2,2 % [0,6;5,6]	2,4 % [1,0;4,6]	4,6 % [2,6;7,5]	4,8 % [1,9;9,6]
Nombre moyen de verres par jour (écart type)	2,0 (1,7) [1,9;2,2] (N=544)	1,7 (1,3) [1,6;1,9] (N=181)	2,2 (1,9) [2,0;2,4] (N=358)	2,0 (1,4) [1,7;2,3] (N=86)	2,2 (2,1) [1,9;2,4] (N=196)	2,0 (1,6) [1,7;2,2] (N=170)	2,0 (1,8) [1,6;2,4] (N=80)
<i>Binge drinking</i> au cours de l'année	10,6 % [8,8;12,6]	7,4 % [5,0;10,5]	12,4 [9,9;15,2]	12,8 % [8,3;18,6]	10,6 % [7,5;14,3]	11,7 % [8,4;15,7]	7,5 % [3,8;13,0]

Tableau 3. Usage d'alcool parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

Les usages de cannabis sont plus rares (tableau 4). L'expérimentation (l'usage au cours de la vie) ne concerne que 9 % des répondants, plus souvent des hommes et les moins de 55 ans. L'usage au cours de l'année écoulée concerne un peu plus de 3 % des répondants, l'usage dans le mois un peu plus de 2 % d'entre eux et l'usage quotidien un peu plus de 1 %. Il s'agit à chaque fois plus souvent d'hommes, plutôt jeunes, mais sans écarts identifiés par les intervalles de confiance.

	Tous (N=1014)	Femmes (N=385)	Hommes (N=621)	15-25 ans (N=176)	26-40 ans (N=336)	41-55 ans (N=320)	+56 ans (N=145)
Usage au cours de la vie	9,0 % [7,3;10,9]	4,9 % [3,0;7,6]	11,6 % [9,2;14,4]	11,9 % [7,5;17,7]	10,7 % [7,6;14,5]	10,3 % [7,2;14,2]	0,0 % [0;2,5]
Usage au cours de l'année	3,4 % [2,3;4,7]	2,1 % [0,9;4,1]	4,2 % [2,8;6,1]	6,8 % [3,6;11,6]	4,2 % [2,3;6,9]	2,2 % [0,9;4,5]	0,0 % [0;2,5]
Usage au cours des 30 derniers jours	2,2 % [1,4;3,3]	1,0 % [0,3;2,6]	2,9 % [1,7;4,5]	4,0 % [1,6;8,0]	2,4 % [1,0;4,6]	1,9 % [0,7;4,0]	0,0 % [0;2,5]
Usage actuel quotidien	1,1 % [0,5;1,9]	0,3 % [0,0;1,4]	1,6 % [0,8;2,9]	1,1 % [0,1;4,0]	1,5 % [0,5;3,4]	0,9 % [0,2;2,7]	0,0 % [0;2,5]

Tableau 4. Usage de cannabis parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

Facteurs associés

Le tableau 5 montre les résultats des régressions logistiques multiples effectuées pour étudier les facteurs associés aux usages réguliers de tabac (usage actuel), d'alcool (usage au cours des 7 derniers jours) et de cannabis (usage au cours des 30 derniers jours). Il est à noter qu'en raison de valeurs manquantes concernant plusieurs des variables utilisées (se reporter au Tableau 1 pour le nombre d'observations disponibles pour chaque variable), les tailles d'échantillon des régressions sont réduites (587 pour le tabac et l'alcool et 464 pour le cannabis) et l'existence d'un biais lié à la non-réponse partielle au questionnaire ne peut pas être totalement exclu.

Les hommes sont ainsi plus susceptibles d'être usagers de tabac, d'alcool et de cannabis que les femmes. Le fait de vivre seul est associé significativement à l'usage régulier de tabac et le fait de travailler est un facteur significatif de la consommation régulière d'alcool.

	Tabac	Alcool	Cannabis
Femme (ref. Homme)	0.501*** (0.001)	0.658* (0.062)	0.245* (0.077)
Age (ref. 15-25 ans)			
26-40 ans	1.057 (0.864)	0.778 (0.464)	0.218* (0.072)
41-55 ans	1.219 (0.531)	0.981 (0.953)	0.419 (0.231)
56 ans et plus	1.317 (0.459)	1.330 (0.482)	
Vit seul (ref. Non)	1.698*** (0.007)	1.399 (0.116)	1.703 (0.384)
Travaille (ref. Non)	1.349 (0.310)	2.564** (0.011)	2.347 (0.442)
Situation financière (ref. Sans problème)			
Correcte	1.906** (0.014)	0.939 (0.807)	0.208* (0.080)
Juste	2.806*** (0.001)	0.896 (0.744)	1.933 (0.384)
Difficile	2.602** (0.018)	1.041 (0.928)	1.590 (0.629)
Diplôme (ref. Aucun)	0.951 (0.802)	1.235 (0.334)	2.213 (0.204)
Contrôle du département de résidence	OUI	OUI	OUI
Constante	0.199** (0.012)	0.120*** (0.004)	0.074* (0.070)
Nombre d'observations	587	587	464

Tableau 5. Facteurs associés aux usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis (régressions logistiques multiples, odds ratios reportés)

Valeurs de p reportées entre parenthèses sous chaque odds ratio. *** : $p < 0,01$; ** : $p < 0,05$; * : $p < 0,1$. "usages réguliers" correspond à "usage actuel" pour le tabac, "usage au cours des 7 derniers jours" pour l'alcool et "usage au cours des 30 derniers jours" pour le cannabis.

Par rapport aux individus déclarant avoir une situation financière sans problème, ceux déclarant une situation correcte, juste ou difficile ont un surrisque d'usage de tabac deux à trois fois plus important. L'âge, le niveau de diplôme et le département de résidence (résultats détaillés non reportés dans le tableau 5) ne sont significativement associés à aucun usage régulier.

DISCUSSION

L'exploitation du Thermomètre de la santé met en relief les usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les personnes en situation de handicap intellectuel dans les Hauts-de-France. Il ressort que les prévalences sont moindres qu'en population générale que ce soient pour les usages de tabac, d'alcool ou de cannabis. Elles étaient en population générale, au niveau national, de 25, 3% de fumeurs quotidiens en 2021, 10% de consommateurs quotidiens d'alcool en 2017 et 1,7% d'usagers quotidiens de cannabis en 2021 [8-11]. Les prévalences du tabagisme quotidien sont ainsi 5 points en deçà (plus si l'on cherche à les comparer aux non diplômés ou ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat de la population générale), celles d'alcool presque trois fois moindres pour les usages quotidiens et celles d'usage quotidien de cannabis de 0,6 point en moins. Cependant, que ce soit pour le tabac ou l'alcool, les quantités consommées semblent quasi-identiques à celles de la population générale. Le nombre de cigarettes consommées par jour est en moyenne de 12,7 cigarettes par jour en population générale (11,8 pour les femmes, 13,5 pour les hommes), 12,4 dans notre échantillon (9,5 pour les femmes, 13,6 pour les hommes) [9]. Le nombre de verres d'alcool bus chez les hommes et les femmes est quasi identiques à ceux repérés en population générale [10]. Pour ce qui est du cannabis, les comparaisons ne peuvent être effectuées sur le nombre de joints fumés par épisode de consommation mais comme dans la population générale, on retrouve les prévalences les plus élevées chez les plus jeunes [11]. Il est par ailleurs intéressant de remarquer, grâce aux niveaux d'expérimentation, que la diffusion du cannabis ou son accessibilité devait être plus restreinte auparavant qu'elle ne doit l'être aujourd'hui. On constate en effet que les plus âgés (56 ans et +) ne concèdent aucune

expérimentation du cannabis, au contraire des produits légaux, signifiant peut-être en cela qu'ils n'étaient pas en contact avec le produit durant leur jeunesse.

Les comparaisons avec les prévalences trouvées en population générale présentent des limites. En effet, alors que nous trouvons des usages fortement genrés, cet effet de genre est beaucoup moins marqué en population générale. Ce résultat provient certainement de la sur-représentation des hommes dans les populations présentant une situation de handicap intellectuel [2], phénomène qui limite ou tout au moins relativise les comparaisons populationnelles effectuées.

Le fait de déclarer vivre seul est associé à un surrisque d'usage de tabac, voire d'alcool. La plus grande autonomie des personnes peut expliquer ce résultat. Par opposition, ils peuvent aussi l'être du fait de l'interdiction de fumer dans les parties communes fermées ou de consommer de l'alcool dans les foyers. Aussi, le fait de déclarer travailler représente un surrisque d'usage d'alcool. Encore une fois, l'autonomie liée au revenu retiré du salaire (même si tous les individus perçoivent soit l'Allocation Adulte Handicapé couplé au revenu garanti, soit une retraite) peut expliquer ce résultat. Il pourrait également être expliqué par une socialisation accrue du fait du travail en ESAT ou par la pénibilité des travaux réalisés, souvent des travaux de conditionnement, d'entretien d'espaces verts, de blanchisserie ou encore de mécanique ; l'alcool pouvant avoir un rôle de dopant ou d'anesthésiant [12].

Dans le même temps, les variables de situation financière laissent transparaître un résultat connu en population générale : le fait que les situations financières les plus difficiles concourent à un risque accru d'usage de tabac [13]. Nous trouvons que les individus déclarant une situation financière plus compliquée que ceux déclarant une situation correcte ont plus de deux fois plus de risque d'être des fumeurs réguliers.

Limites et perspectives

Cette étude permet de renseigner, pour la première fois à notre connaissance, les prévalences d'usages de tabac, d'alcool et de cannabis des personnes en situation de handicap intellectuel en France à une échelle régionale. Outre un biais potentiel de désirabilité sociale ou de sous-déclaration, elle souffre d'une incertitude sur sa représentativité. Alors que la participation au Thermomètre de la santé était volontaire, aussi bien par les professionnels des structures que les répondants, la taille de l'échantillon nous autorise quelques espoirs de robustesse statistique et de représentativité bien que nous ne puissions redresser nos résultats sur un quelconque recensement de la population étudiée. Aussi, les proportions de répondants réparties géographiquement s'apparient plutôt bien avec le recensement populationnel des départements de la région des Hauts-de-France [14]. Nos résultats ne sont, en l'état, pas généralisables et des études complémentaires, que ce soit dans d'autres régions ou auprès de personnes présentant d'autres types de handicap, sont nécessaires pour étoffer les connaissances en matière de conduites addictives des populations souffrant de handicap intellectuel hors d'atteinte des enquêtes menées en population générale et ainsi pouvoir proposer des outils de prévention adéquats.

Références

1. Schalock RL., Borthwick-Duffy SA., Bradley VJ., et al. *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington; 2010.
2. Inserm. *Déficiences intellectuelles*. Expertise Collective, Editions Inserm; 2016.
3. McGuire BE, Daly P, Smyth F (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intell Disab Res* 2007;51(7):497-510.
4. Pacoricona Alfaro DL, Ehlinger V, Spilka S, Ross S, Sentenac M, Godeau E. Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? *Res Dev Disab* 2017;63:118-131.
5. Huxley A, Dalton M, Tsui YYY, Hayhurst KP. Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: review. *Drugs: Educ Prev Policy* 2019;26(5):365-384.
6. Hymowitz N., Jaffe F. E., Gupta A., Feuermn M. Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Ser* 1997;48(1):100-102.
7. DRESS. *Panorama statistique*. Cohésion sociale, travail, emploi. DRESS 2022.
8. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd* 2021;(8):132-9.

9. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd* 2022;(26):470-80.
10. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd* 2019;(5-6):89-97.
11. Le Nézet O, Spilka S, Lahaie E, Andler R. Les usages de cannabis en population adulte en 2021. OFDT, Tendances n° 153, 2022.
12. Crespin R, Lhuiller D, Lutz G. *Se doper pour travailler*. Erès Editions, 2017.
13. Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6(2):608-21.
14. INSEE, Comparateur de territoires, Région Hauts de France, version du 25/08/2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/1405599?geo=REG-32&debut=0> (accessed September 2023)

Rôle des auteurs : L'UNAPEI Hauts-de-France a été en charge de la traduction FALC du Baromètre et de son pré-test. La délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France ont géré la diffusion du questionnaire et réalisé la passation du questionnaire auprès de ceux qui désiraient un accompagnement. Sophie Massin a réalisé les analyses statistiques de la base de données. Christian Ben Lakhdar a écrit les premières versions de l'article et a supervisé sa finalisation en lien avec tous les auteurs et autrices.

Ethique : Le projet ne rentrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'a fait l'objet d'aucun avis de comité d'éthique.

Remerciements : Nous sommes redevables à la gentillesse de François Beck et de Viêt Nguyen Thanh de Santé publique France qui nous ont autorisés à traduire et utiliser le questionnaire du Baromètre. Nous remercions tous les professionnels ayant supervisé la passation du questionnaire, ainsi évidemment que tous les répondants.

Source de financement : Ce travail a fait l'objet d'un financement du Fonds de lutte contre les addictions 2022 de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, Dossier n° C34.