La maladie chronique, manifestation d'un mode de vie dans la guerre

Yara Makdessi-Raynaud *

Depuis la seconde moitié du XXe siècle, les guerres endémiques observées provoquent de profonds changements qui remettent en question le fonctionnement des sociétés et vont même jusqu'à induire de nouveaux modes de vie. Ces guerres se déroulent souvent dans les centres urbains, entraînent des déplacements massifs de population et les victimes sont à 90 % des civils [1]. Habituellement, la réflexion sur les conséquences d'une guerre s'oriente vers une étude des pertes humaines et des populations invalides. La présente étude s'intéresse à la population survivante, car elle porte en elle la mémoire de la guerre et témoigne des effets qu'elle peut exercer sur la vie qui continue. Survivre, mais à quel prix ! Quelles peuvent être les séquelles sur la qualité de vie et la santé des populations ?

L'article traite d'un aspect précis de l'état de santé, à savoir le développement des maladies de type chronique et leur lien avec l'état de guerre. Identifiées comme maladies « de dégénérescence » ou « de civilisation », les maladies chroniques sont étroitement liées au contexte social et environnemental ambiant. Elles sont le reflet d'un mode de vie individuel, voire même d'un mode de développement de la société. Elles sont plus fréquemment observées dans les populations occidentales que dans les pays « en développement », notamment en raison de la déficience des modes d'enregistrement des données dans ces derniers.

L'étude proposée ici [2] prend comme exemple la population de la ville de Beyrouth qui a connu une décennie et demie de violences durant la guerre du Liban (1975-1990). L'analyse s'appuie sur deux enquêtes de santé publique, menées successivement au milieu et à la fin de la guerre, auprès d'un même échantillon (1641 ménages). Parallèlement, des entretiens individuels réalisés avec un sous-ensemble de ce même échantillon (44 individus) apportent un éclairage qualitatif par l'analyse des discours sur la santé et la maladie.

---

* Sociologue-démographe, université Paris-V, Ceped (Centre français sur la population et le développement).

1 Selon une enquête du Comité international de la Croix-Rouge [CICR, 1999].

2 Cet article est tiré d'un travail de recherche développé dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie-démographie [Makdessi, 2002]. L'auteur remercie particulièrement Dominique Tabutin (professeur démographe à l'Université catholique de Louvain-la-Neuve) pour son soutien, la relecture de ce document et les bons conseils donnés.

Évolution du contexte social et développement de la maladie chronique

Les recherches en sociologie de la santé se sont d'abord intéressées à la profession médicale, à son rôle dans la société, à l'interaction médecin/patient, et au fonctionnement des structures médicales notamment hospitalières. Mais très rapidement, le champ d'étude s'est élargi pour englober l'étiologie sociale des maladies, l'accès aux soins des malades, l'analyse des représentations et des statuts sociaux associés aux maladies [Adam, Herzlich, 1994].

Au début des années quatre-vingt, ce qui intéresse le sociologue, c'est le rapport santé/maladie (ou normal/pathologique), et la manière dont il est socialement construit. Les interrogations s'orientent vers la signification sociale de la santé et de la maladie, vers ce qui fait qu'un individu ou un groupe définissent une valeur à la santé, et en quoi ceci modifie le quotidien [Pierret, 1987]. Les différences sociales du comportement indiquent par ailleurs que la définition de l'état morbide n'est pas identique pour tous, et par conséquent les représentations de la maladie sont propres au vécu de l'individu et au contexte social et familial.

Dans l'évolution des représentations sociales de la santé et de la maladie, la personne malade n'est plus passive, elle a acquis un certain nombre de connaissances et parfois même un savoir par la maîtrise des techniques médicales (comme le cas des hémodialyses et des diabètes insulinodépendants). Ainsi, les transformations en œuvre dans les rapports aux médecins, à la maladie et au corps définissent une nouvelle image du malade [Herzlich, 1992]. Relevées dans les sociétés occidentales, ces évolutions observées dans le tableau des pathologies dominantes sous-tendent une augmentation des maladies de type chronique. La gestion quotidienne de ce type de maladies implique non seulement la personne atteinte et le médecin traitant, mais aussi la famille, le monde professionnel et le réseau social. Les acteurs de la maladie dépassent ainsi le milieu proprement médical et se retrouvent dans différentes composantes de la vie sociale du malade, et ce pour une durée indéterminée [Baszanger, 1986].

Pour analyser ces diverses évolutions, les études sociologiques s'appuient généralement sur des enquêtes auprès de petits échantillons, qui leur donnent l'avantage d'approfondir l'investigation sur la signification de la maladie. Mais lorsqu'il s'agit de travailler sur des populations plus larges – comme c'est le cas en démographie – certaines difficultés de définitions et de quantifications sont susceptibles d'intervenir.

Après avoir raisonné en termes de transition démographique [3] et concentré les études sur l'accroissement des populations, les démographes ont commencé à réfléchir en termes de transition épidémiologique. En effet, dans un contexte où la mortalité a atteint des niveaux relativement bas, il s'agit non plus uniquement de « vivre plus longtemps » mais de « vivre plus longtemps en bonne santé ». Ce concept touche une large majorité des populations, même celles qui n'ont pas achevé leur transition démographique comme la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En effet, bien que la part des personnes âgées de plus de 60 ans soit

3 Processus qui décrit le passage d'une forte mortalité et fécondité à une situation de faible mortalité et fécondité.

proportionnellement faible dans les populations africaines (autour de 5 % de la population totale), certaines questions relatives à la santé des plus âgés commencent à se poser [Locoh, Makdessi, 2002].

Parallèlement, un troisième type de transition qualifié de « transition vers la santé » a été théorisé. Il fait référence à la manière dont les individus et les sociétés ont modifié leurs perceptions vis-à-vis de la santé et de la maladie. Ces changements sont directement liés aux facteurs sociaux, culturels et comportementaux qui déterminent la santé. La transition vers la santé est un processus complexe en raison de la forte variabilité des paramètres liés à la santé, dans le temps mais aussi d'une population à l'autre [Cleland, Hill, 1991].

C'est donc relativement récemment, au cours des années quatre-vingt, que la démographie a commencé à mettre en œuvre des outils d'observation propres à l'étude de la morbidité et que la démographie de la santé ou *health demography* s'est constituée [Pol, Thomas, 1992]. En effet, dans le contexte international actuel, la demande de données démographiques et statistiques portant sur la santé et ses différentes composantes ne cesse de s'accroître. L'état de santé d'une population devient un indicateur de développement (au même titre que l'éducation) se substituant ainsi à l'indice de développement économique longtemps prôné dans les années soixante et soixante-dix. Une des théories générales en démographie de la santé soutient que l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, la baisse de la mortalité infantile, les variations des facteurs environnementaux et les conditions sociales et économiques sont des facteurs qui contribuent au passage des maladies aiguës et mortelles prédominantes au XIXe siècle aux maladies chroniques de plus en plus prévalentes au XXe siècle [Pol, Thomas, 1992].

Le développement des maladies de type chronique est donc étroitement lié aux évolutions du contexte social. Dans le cas d'une population vivant une période de guerre, certaines questions nécessitent d'être prises en compte, telles que la fréquence et l'évolution des manifestations morbides, et leurs liens avec la situation de guerre.

Les liens entre l'état de santé et la guerre

Les études relatives à la santé dans les situations de guerre portent de manière générale sur les retombées psychologiques des violences subies et particulièrement le sentiment de stress. Certaines se sont principalement orientées vers la santé mentale des combattants, ainsi que sur la prévention des maladies susceptibles d'affecter les performances militaires [Armenian, 1989; Mahjoub, 1995]. D'autres ont cherché à identifier et à évaluer les états de tension, de dépression, de peur et d'anxiété parmi les populations civiles. Ceux-ci s'avèrent positivement corrélés avec les événements de la guerre comme la dispersion de la famille et la détérioration des conditions économiques [voir entre autres, Aubrey, 1941 sur la Grande-Bretagne; Murphy, 1977 sur le Vietnam; Lyons, 1979 sur Belfast; Lockwood-Hourani *et alii*, 1986; Bryce *et alii*, 1989 sur Beyrouth, Mahjoub, 1995 sur les enfants et adolescents palestiniens]. Ces différents travaux sur la santé et la guerre sont en grande majorité axés sur les effets psychologiques des conflits, la santé mentale et le symptôme du stress.

Données d'enquêtes, précisions méthodologiques

Les deux enquêtes de santé publique ont été menées par l'université américaine de Beyrouth (AUB), l'une au milieu de la guerre en 1983-1984, et l'autre à la fin de celle-ci en 1992-1993. Le tirage de l'échantillon s'est appuyé sur les plans établis par l'Électricité du Liban et suivant la méthode de tirage systématique à plusieurs degrés.

En 1983-1984, l'enquête a porté sur 2752 ménages représentatifs de la population de la capitale. Une dizaine d'années plus tard en 1992-1993, le renouvellement de l'enquête s'est fixé pour objectif de retrouver les mêmes ménages. Elle en a interrogé 2017 dont 1641 déjà enquêtés en 1983-1984 (soit 6 ménages sur 10). C'est sur ces derniers que portent les analyses développées dans le présent article.

Dans les deux enquêtes, une liste préétablie de maladies chroniques a été proposée. Il s'agit de seize maladies non transmissibles: hypertension artérielle, affections de la colonne vertébrale, diabète, cardiopathies, hypercholestérolémie, calculs rénaux, thyroïdes, ulcères, asthme, anémies, insuffisance respiratoire, cataracte, maladies mentales, épilepsie, glaucome et cancers. À la première enquête, la maladie chronique est définie comme maladie ressentie depuis plus de trois mois avant la date de l'enquête. À la deuxième enquête, cette période de référence est élargie à la période séparant les deux investigations.

En 1997, une enquête qualitative s'est inscrite dans la continuité de la logique du suivi des ménages. Selon un tirage systématique tenant compte de tous les quartiers de la ville, 44 hommes et femmes adultes ont été rencontrés parmi les ménages enquêtés successivement en 1983-1984 et 1992-1993. La durée des entretiens a varié entre trente minutes et une heure.

Dans la présente étude, les maladies chroniques ont été retenues comme indicateur pour mesurer la santé durant la guerre, et ce pour diverses raisons. D'abord, la morbidité ressentie ou déclarée, c'est la maladie telle que perçue, identifiée et nommée par la personne, que celle-ci ait été soumise à un diagnostic médical ou pas. Cette morbidité reste fortement liée aux connaissances et représentations qu'a l'individu de lui-même et du monde. L'intérêt d'étudier précisément la maladie autodéclarée se trouve dans le fait qu'elle émane directement du sujet concerné, et traduit l'aspect de la maladie telle que vécue et décrite par l'individu lui-même. Cette remarque est d'autant plus juste lorsqu'il s'agit des maladies de type chronique qui ne sont pas systématiquement diagnostiquées, et qui peuvent intégrer le mode de vie quotidien du malade et parfois même le modifier [Adam, Herzlich, 1994 : 18].

Par ailleurs, dans le cas de la ville étudiée ici – Beyrouth durant la guerre de 1975-1990 –, travailler sur la maladie déclarée, plutôt que sur celle diagnostiquée, semble plus proche de la réalité. En effet, les habitants avaient tendance à fréquenter les structures médicales seulement dans les situations d'urgence, notamment en raison des problèmes d'accessibilité et des coûts élevés que cela nécessitait. En outre, dans les études sur la morbidité diagnostiquée (à partir de l'analyse des registres médicaux, des suivis de patients dans les hôpitaux et les cliniques), une partie importante de la population échappe à l'observation: celle qui

ne cherche pas à se faire soigner. Cela est d'autant plus important à Beyrouth, où se soigner est devenu de plus en plus coûteux et difficile durant la guerre. Dans ce contexte, un biais non négligeable de sous-estimation d'une frange de la population – non la moins touchée par la maladie – intervient dans la morbidité diagnostiquée et privilégie donc les maladies autodéclarées, méthode qui reste, à ce titre, la plus représentative.

Les deux enquêtes de santé publique utilisées ici [Zurayk & Armenian, 1985 ; Deeb, 1997] montrent quant à elles qu'une forte proportion de ménages résidant à Beyrouth durant la deuxième moitié de la guerre (1983-1992) ont déclaré au moins un membre souffrant d'une pathologie chronique (voir encadré). Les données montrent que plus de 7 ménages sur 10 sont concernés aux deux dates, avec une augmentation significative entre les deux observations (de 71 % en 1983-1984 à 75 % en 1992-1993, avec $p < 0{,}001$). En moyenne, il a été déclaré deux maladies chroniques par famille. Le nombre d'individus atteints par au moins une de ces maladies augmente significativement de 24 % à 30 % entre les deux enquêtes ($p < 0{,}001$) [Makdessi, 2002].

La prévalence des maladies chroniques augmente durant la guerre, quel que soit l'âge

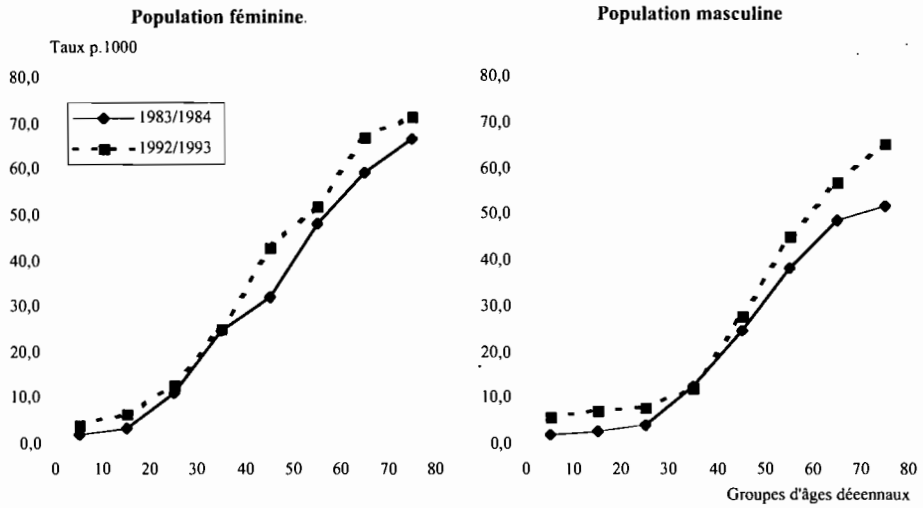
Le calcul de la prévalence[4] indique à tous les âges des taux plus élevés à la deuxième enquête en 1992-1993, à l'exception du groupe des 25-39 ans pour lequel la prévalence est quasiment identique aux deux observations (*figure 1*). Cette exception relève en partie d'un effet d'âge lié à plusieurs éléments. D'abord, il s'agit du statut de jeunes actifs confrontés à divers changements qui marquent le passage de l'adolescence à l'âge adulte. En effet, l'entrée dans la vie active, la recherche d'un emploi ou l'émigration (renforcée par la crise économique), l'installation dans la vie maritale et la constitution d'une famille constituent autant de préoccupations spécifiques aux jeunes adultes.

La population étudiée n'a pas quitté la capitale durant la période de guerre – par choix ou par contrainte – et a connu l'espoir d'une reprise économique et de reconstruction à la fin de la guerre. Les individus se sont alors investis dans un emploi, et le cas échéant, se sont lancés dans la recherche d'un travail. L'implication dans la vie professionnelle et le désir d'activité après plusieurs années de ralentissement de l'activité économique constituent des éléments « protecteurs » de la santé des individus [Mizrahi, Mizrahi, 1989].

Un autre élément explicatif pour ce groupe d'âges fait référence au type de maladies étudiées. La morbidité chronique est classiquement identifiée comme affectant les personnes âgées dans la plupart des cas (comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance respiratoire, les problèmes de la colonne vertébrale, la cataracte et le glaucome), ou encore une morbidité spécifique aux jeunes âges (comme l'asthme et les anémies) [Murray, Lopez, 1996]. Les jeunes adultes

4 Le taux de prévalence d'une maladie se calcule en rapportant le nombre de malades chroniques (ici la maladie déclarée) à l'effectif total de la population enquêtée [Bouyer *et alii*, 1995].

Figure 1 – Taux de prévalence (p. 1000) des maladies chroniques selon l'âge et le sexe, en 1983-1984 (n = 1 375) et en 1992-1993 (n = 1 821)



Voir tableau de données en annexe 1.
Source: Enquêtes AUB, 1983-1984 & 1992-1993.

se trouvent alors certainement moins concernés par ce genre de maladies chroniques, notamment vers les âges de 25-35 ans pour les femmes et de 30-40 ans pour les hommes. Ces groupes d'âges sont en revanche plus touchés par les accidents et blessures [Nuwayhid *et alii*, 1997].

La hausse de la prévalence enregistrée à partir de 40 ans et parmi les moins de 30 ans touche à la fois le sexe masculin et le sexe féminin, comme l'illustrent les taux par âge et par sexe de la figure 1.

La comparaison des évolutions par âge aux deux enquêtes pour les populations masculine et féminine indique qu'à partir de 20-29 ans, les femmes déclarent plus de maladies que les hommes, et ce à tous les âges. Elles sont ainsi plus nombreuses à déclarer une maladie, et à des âges relativement plus jeunes par comparaison aux hommes (par exemple, le taux de prévalence à 30 ans est deux fois plus élevé parmi les femmes: 20 p. 1 000 contre 10 p. 1 000).

Une incidence plus élevée parmi les populations directement exposées

En affinant l'analyse à la population interrogée successivement aux deux enquêtes (6 293 personnes soit 73 % des enquêtés à la première date), les nouvelles déclarations de maladies chroniques (n = 1 003 individus) représentent la moitié (49 %) des individus suivis malades en 1983-1984 et/ou en 1992-1993 (n = 2 036). En effet, cette proportion est plus élevée que celle des individus identifiés comme malades à la fois aux deux dates d'enquêtes (36 %) (*figure 2*).

Ces premiers résultats généraux annoncent le poids relativement important des nouvelles déclarations à la deuxième enquête. Par ailleurs, les nouveaux cas ne

Figure 2 – Individus interrogés aux deux enquêtes (cas suivis) et proportion ayant déclaré au moins une maladie chronique

	Période de guerre 1975-1990	
	Enquête de 1983-1984	**Enquête de 1992-1993**
Individus interrogés	N = 8579	N = 7265
Malades	16 %	25 %
	(n = 1375)	(n = 1821)

Individus interrogés aux 2 enquêtes (suivis): N = 6293.
Malades en 1983/84 et/ou en 1992/93 (n = 2036): 32 % dont:
malades en 1992/93, ou nouveaux malades (n = 1003): 49 %
malades aux deux enquêtes (n = 725): 36 %

concernent pas uniquement la population âgée, mais se répartissent sur tous les groupes d'âges, comme démontré par ailleurs [Makdessi, 2002]. Seuls y échappent les moins de 10 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans. Les moins de dix ans, nés durant la période inter-enquête, n'appartiennent pas à la population suivie; quant aux plus âgés, ils sont davantage exposés au risque de pluri-morbidité que les autres groupes, et sont donc moins concernés à ces âges par la primo-incidence. Ces nouveaux cas de maladie déclarée contribuent largement à l'augmentation des taux de prévalence des maladies chroniques à la deuxième enquête.

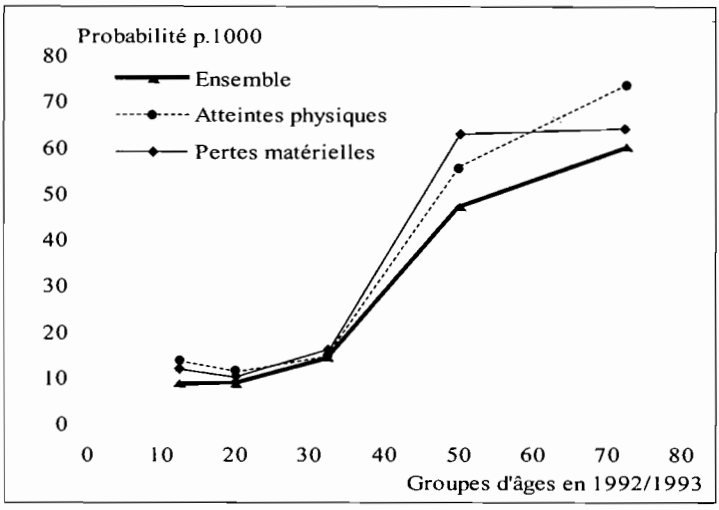
La population présente dans la ville au moment des conflits a été différemment touchée par les effets de la guerre. Certains groupes l'ont été plus particulièrement, notamment les victimes d'accidents ou de blessures de guerre, ou encore ceux qui ont perdu des biens (domicile, commerce ou voiture détruits ou cambriolés). En isolant ces individus directement exposés aux événements de la guerre, les effets sur la santé apparaissent clairement. Le risque[5] de se déclarer malade à la deuxième enquête y est plus fort relativement au reste des individus (*figure 3*).

Les plus fortes incidences sont notées après 40 ans. Si l'on peut supposer un lien entre la déclaration d'une maladie chronique et les atteintes physiques dues à la guerre, la relation est plus inattendue avec les pertes de biens. En effet, les adultes actifs âgés entre 40 et 60 ans qui ont subi des pertes matérielles marquent une plus forte probabilité de déclarer une maladie chronique à la deuxième enquête (alors qu'ils n'en avaient déclaré aucune à la première). Cette probabilité est plus élevée que celle de l'ensemble des individus du même groupe d'âges et également plus élevée que celle des atteints physiquement (*figure 3*).

Bien que l'ensemble de la population de Beyrouth ait souffert des effets du conflit endémique, certains groupes semblent plus vulnérables et ne répondent

5 Ce risque est mesuré par le quotient instantané d'incidence qui indique la probabilité d'apparition des nouveaux cas de maladie. Il se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas déclarés à la population non malade en 1983-1984, et donc soumise au risque de le devenir. Le quotient instantané a une dimension annuelle [Bouyer *et alii*, 1995].

Figure 3 – Quotient instantané d'incidence (p. 1000) pour l'ensemble des individus, ceux ayant subi une atteinte physique et pour ceux ayant perdu des biens, selon l'âge en 1992-1993



Voir tableau de données en annexe 2.
Sources: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993.

pas forcément aux critères d'âge et de sexe habituellement décrits. En effet, dans les situations de crise, la santé des femmes et des enfants attire en priorité l'attention des politiques. Néanmoins, la santé de l'ensemble des adultes devrait également mobiliser les intérêts car ils participent à l'activité et au développement d'un pays. Lorsque l'état de santé des populations adultes actives – *a priori* les moins à risque – est affecté, il n'est pas abusif de penser à une détérioration générale de la santé dans une société. Dans ce qui suit, l'analyse se centre sur la santé des hommes et des femmes de 30-59 ans.

Les effets de la guerre sur la santé des adultes

Pour comprendre les déterminants de l'incidence parmi les populations adultes, deux groupes se distinguent: d'une part, les individus qui n'ont déclaré aucune maladie aux deux enquêtes, et d'autre part, ceux qui en ont déclaré, au moins une, uniquement à la deuxième enquête (les cas incidents). L'analyse par régression logistique propose un schéma explicatif de la déclaration d'une maladie au cours de la période inter-enquêtes (cas incidents oui/non), à partir d'une sélection de variables explicatives relatives aux caractéristiques sociodémographiques et aux événements de la guerre (*figure 4*).

Dans un premier modèle, seules les variables sociodémographiques ont été testées. De manière générale, les femmes présentent un risque significativement plus élevé que les hommes de déclarer une maladie (p < 1 p. 1000). Ce résultat confirme ceux des études épidémiologiques: les femmes ont plus tendance à se déclarer malades et à signaler un plus grand nombre d'affections que les hommes

Figure 4 – Analyse par régression logistique des déterminants de l'incidence des maladies chroniques parmi les non-malades à la première enquête, chez les 30-59 ans, par sexe

Variables explicatives	Modèle 1		Modèle 2		Effectifs
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	
Sexe					
masculin	Réf.	—	Réf.	—	850
féminin	1,5****	1,2-1,9	1,5****	1,2-1,9	1 055
Groupes d'âges en 1992-1993					
30-39	Réf.	—	Réf.	—	682
40-49	1,9****	1,4-2,5	1,8****	1,4-2,4	633
50-59	2,4****	1,8-3,3	2,3****	1,7-3,1	590
Situation matrimoniale aux deux enquêtes					
célibataire	Réf.	—	Réf.	—	435
marié(e)	1,7***	1,2-2,4	1,9****	1,3-2,6	1 288
veuf/ve, divorcé(e), séparé(e)	2,7***	1,4-5,3	3,0****	1,5-6,0	44
marié/e sur la période	1,3	0,6-2,7	1,3	0,6-2,7	57
veuf/ve, divorcé(e), séparé(e) sur la période	2,5***	1,4-4,3	2,6****	1,5-4,6	81
Niveau d'instruction de l'individu à la deuxième enquête					
sans instruction	Réf.	—	Réf.	—	176
primaire	1,1	0,7-1,5	0,9	0,7-1,4	503
intermédiaire	1,1	0,7-1,5	0,9	0,6-1,4	340
secondaire	0,9	0,6-1,3	0,7	0,5-1,1	487
supérieur	0,7	0,4-1,0	0,6**	0,4-0,9	399
Lieu de résidence dans la ville par rapport à la ligne de démarcation (LDD)					
secteur est, proche LDD			1,7**	1,1-2,6	163
autre secteur est			1,1	0,8-1,6	389
secteur ouest, proche LDD			1,1	0,8-1,4	999
autre secteur ouest			Réf.	—	354
Destruction du domicile entre les deux enquêtes					
non			Réf.	—	428
oui			1,5***	1,1-1,9	1 477
Cambriolage du domicile, voiture ou commerce entre les deux enquêtes					
non			Réf.	—	625
oui			1,2*	1,0-1,6	1 280
Handicap d'un membre du ménage entre les deux enquêtes					
non			Réf.	—	234
oui			1,4**	1,0-1,9	1 671
Constante	0,1****		0,9****		1 905

Réf. : modalité de référence ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.
Seuils de significativité : **** $p < 1$ p. 1 000 ; *** $p < 1$ p. 100 ; ** $p < 5$ p. 100 ; * $p < 10$ p. 100.
Source : Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993.

[Sermet, 1994; Guignon *et alii*, 1996]. Par ailleurs, les maladies chroniques augmentent avec l'âge pour les deux sexes, et les personnes de 40-59 ans courent un plus grand risque de souffrir d'une de ces pathologies relativement au groupe plus jeune (30-39 ans) ($p < 1$ p. 1 000).

L'âge comme le sexe demeurent très fortement corrélés avec l'état de santé de l'individu, et déterminent de fait les autres facteurs d'influence, notamment le statut matrimonial.

Hormis les adultes mariés au cours de la période inter-enquêtes, les autres statuts matrimoniaux sont significativement corrélés avec l'incidence en comparaison aux célibataires ($p < 1$ p. 100). Les ruptures d'union, majoritairement des situations de veuvages [6], se distinguent significativement. Phénomène plus spécifique aux femmes, le décès du conjoint entraîne un changement violent et fragilise l'état de santé (50 % des veuves sont des cas incidents). En tant que tel, être veuf/ve, marié(e) ou célibataire ne prédispose pas davantage à la maladie. Cependant, lorsque ces statuts sont liés à des situations plus complexes comme être femme veuve vivant seule avec un/des enfant(s), la corrélation avec l'état de santé prend une autre signification [Pol, Thomas, 1992]. En situation de guerre, la perte du conjoint provoque des facteurs de stress additionnels: notamment lorsque la cause du décès est liée aux conflits, et que la femme se retrouve seule (ou seule avec des enfants) dans un environnement hostile.

Sur un autre plan, à la différence du célibataire, le couple marié a la responsabilité d'enfants mineurs, et doit éventuellement supporter la charge de parents âgés. Ces responsabilités envers la famille à nourrir, à soigner et de surcroît à protéger, peuvent devenir lourdes à gérer durant la guerre. Les discours des adultes rencontrés, père ou mère de famille sont assez significatifs de cette situation (voir *infra*). Mais le statut de marié/e, ne correspond pas forcément à la cohabitation des deux époux. C'est typiquement le cas des couples où l'homme travaille à l'étranger, caractéristique de la société beyrouthine accentuée par la conjoncture économique défavorable durant les conflits [Makdessi, 2002]. Ces situations de séparation forcée des conjoints dans un climat de violences et de survie (partir loin pour nourrir la famille, elle-même restée exposée au danger des combats) exercent également une influence non négligeable sur la santé.

Alors que dans ce premier modèle, le niveau d'instruction n'est pas un facteur discriminant, il le devient dans le deuxième modèle qui tient compte des variables relatives aux événements de la guerre. Le niveau d'instruction agit de manière indirecte sur le comportement curatif et préventif des individus, et définit le mode de vie (Mizrahi, Mizrahi, 1989; Asiel, 1996). En outre, un niveau d'instruction élevé facilite l'accès à une activité mieux rémunérée, laquelle permet à l'individu et à son entourage immédiat de bénéficier de meilleures conditions de vie. En effet, les adultes dotés d'un niveau d'instruction supérieur déclarent significativement moins de maladies ($p < 5$ p. 100).

La prise en compte des événements de la guerre augmente également le seuil de significativité des situations matrimoniales décrites plus haut ($p < 1$ p. 1 000)

6 Les cas de séparation et de divorce sont rares; ils représentent moins de 1 % dans l'échantillon étudié.

et apporte des résultats additionnels sur les effets directs du vécu de la guerre sur la santé.

Habiter près de la ligne de démarcation [7] ou plus en retrait n'expose pas les individus aux mêmes types de dangers, ni aux mêmes conditions de vie. Éviter les pièces trop exposées « à l'est » ou « à l'ouest », obstruer les ouvertures et fenêtres par des sacs de sable afin de rester à l'abri de l'œil du franc-tireur « d'en face », ne pas éclairer certains endroits de l'appartement pour ne pas être repéré, illustrent quelques réflexes de base que la population de la ligne de démarcation a dû intégrer. S'y ajoutent les déplacements dans la rue, où la personne doit se plier à certaines conditions de circulation pour échapper à la mort [Makhlouf, 1988; Naffah Chot-Plasot, 1997]. L'incidence des maladies est significativement plus élevée dans les secteurs situés à l'est de Beyrouth et plus spécifiquement dans ceux proches de la ligne de front ($p < 5$ p. 100). De violents événements ont marqué le secteur est de la capitale les dernières années de la guerre, et ont par conséquent sévèrement touché la population résidante.

Les pertes matérielles représentées ici par la destruction du domicile et le cambriolage de ce dernier ou d'autres biens comme la voiture ou le commerce, symbolisent concrètement les conséquences directes des violences sur la santé ($p < 1$ p. 100 pour les destructions et $p < 10$ p. 100 pour les vols). Ces pertes, au-delà de la dépossession matérielle des biens propres qu'aucune mesure publique ne prévoit de dédommager, se répercutent également violemment sur le mode de vie quotidien et imposent de nouvelles organisations sociales et familiales. L'impact de ces actes devient encore plus profond lorsque l'individu est un spectateur impuissant, et victime de situations où souvent sa vie et celle de ses proches se trouvent menacées.

Dans le cas des handicaps qui s'inscrivent dans le plus long terme, une relation significative est également notée ($p < 5$ p. 100). Le contexte hostile a imposé des priorités aux adultes qui portent d'abord sur les individus les plus fragiles de la famille. Il s'agit évidemment des enfants mais aussi lorsque le cas se présente des personnes âgées, des membres malades et des membres invalides. L'absence d'une alternative de prise en charge institutionnelle contraint les pères et mères de famille d'assurer complètement ce rôle, avec le peu de moyens disponibles.

En définitive, cette lecture multifactorielle démontre que la superposition des différents critères retenus expose davantage la personne à une situation tendue et violente, favorisant par là même les risques de détérioration de l'état de santé. Mais ce type d'analyse a ses propres limites. Il pose certaines contraintes nécessaires à son application qui sont à la fois réductrices de la diversité et des spécificités de certaines situations étudiées. Par conséquent, l'interprétation des résultats d'un modèle logistique reste fonction du nombre et du type de variables explicatives retenues. L'analyse qualitative apporte ici des informations complémentaires sur le vécu de la maladie durant la guerre.

---

7 Dès le début des conflits, Beyrouth est partagée en secteur est et secteur ouest par une ligne de démarcation partant du centre-ville entièrement déserté de sa population et massivement détruit.

Les discours, révélateurs des interactions entre le quotidien et la santé

Des entretiens menés auprès de quelques personnes âgées de 30 à 59 ans mettent en évidence des discours spécifiques selon le sexe. Une analyse textuelle réalisée à l'aide de la méthode Réseau-Lu [8] sur le thème relatif aux facteurs quotidiens qui influencent la santé [9] met d'emblée en évidence le discours particulièrement dense et riche des hommes (*figure 5*).

Père de famille, ou adulte célibataire ayant un ou deux parents à charge, tel est le profil des hommes de 30-59 ans rencontrés. Ils évoquent implicitement les responsabilités financières du ménage dont ils sont socialement investis.

Dans la société patriarcale libanaise, le modèle traditionnel d'organisation de la famille confère à l'homme le rôle d'assurer les revenus et à la femme celui de prendre en charge l'éducation des enfants et l'organisation interne du foyer. Et bien que ce mode de fonctionnement traditionnel soit progressivement soumis à des changements tels que l'accès de plus en plus marqué des femmes à l'emploi (par conviction ou par contrainte financière face à la crise économique), il n'en demeure pas moins dominant.

L'homme adulte a donc la fonction essentielle de nourrir et de protéger les membres du ménage. L'insécurité provoquée par les violences a sans doute renforcé l'importance et la priorité de ce rôle. Ces éléments ressortent clairement dans les discours, sur les éléments quotidiens pouvant avoir une incidence sur la santé. En premier lieu, sont citées les difficultés de survie. Parmi celles-ci préfigurent les soucis financiers qui fragilisent la *situation matérielle* du ménage et la difficulté à assumer les *besoins* primordiaux comme le paiement du *loyer* et des frais de *scolarité* [10]. La situation est décrite par les hommes comme échappant à leur volonté, ayant essentiellement un impact sur le *moral* et la *pensée*, et par conséquent une répercussion directe sur l'état de santé. Si les termes maladie ou santé ne sont pas prononcés, ils découlent implicitement du discours; certains ont parlé de *souffrances*, d'autres d'effets sur le *système nerveux* et de *stress* (*figure 5*).

> « Ce que nous vivons a peut-être des effets sur le mental, sur le système nerveux. Ça a des effets sur le mode de pensée [de l'individu] qui en souffre en permanence [...] tout ceci a une influence sur les nerfs » (Monsieur T., 44 ans, marié, deux enfants).
> « Ce qui influence le plus ma santé aujourd'hui, c'est le stress, et la période que nous sommes en train de traverser, la nervosité, la tristesse, la situation du pays » (Monsieur D., 35 ans, célibataire, ayant sa mère à charge).

À côté de la description des faits quotidiens que ces hommes subissent et ont du mal à maîtriser, ont été évoquées les *relations sociales* et *familiales*. Les rela-

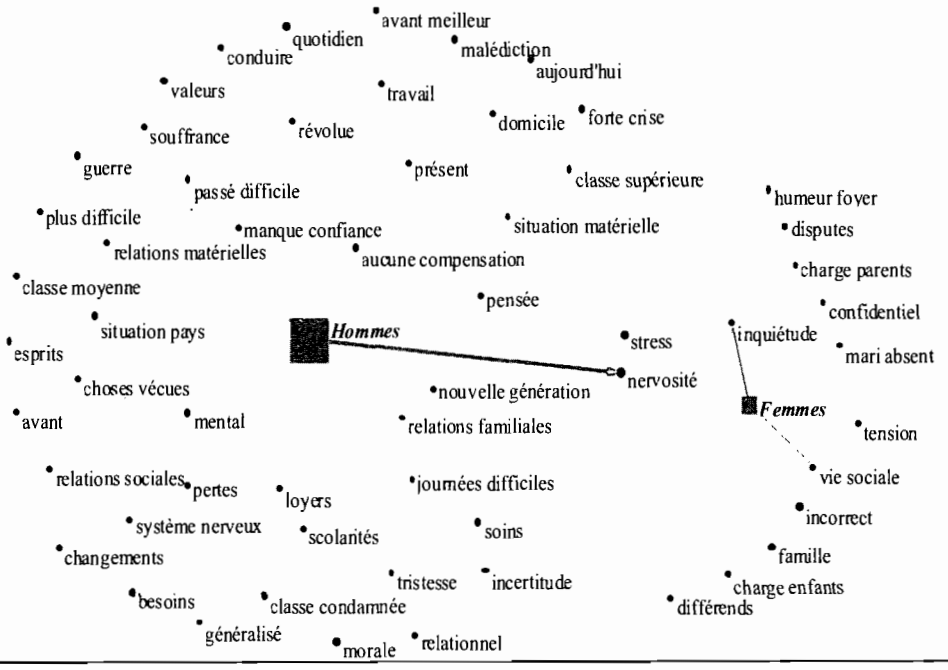
---

8 Réseau-Lu propose une analyse relationnelle des données textuelles. Cela signifie que les mots d'un discours sont considérés comme faisant partie d'un réseau lexical et sémantique. Les liens existants entre les différents éléments (mots, thèmes, catégories, individus) du réseau (discours) peuvent être de nature différente selon le critère retenu pour l'analyse [Makdessi *et alii*, 2001].

9 La question était formulée de la manière suivante: « Qu'est-ce qui aujourd'hui peut avoir une influence sur votre santé? » Cette question est posée avant une série de questions portant directement sur la guerre.

10 Les termes en italique correspondent aux mots clés prononcés dans les discours et représentés sur la figure 5.

Figure 5 – Extraits du discours de cinq personnes âgées entre 30 et 59 ans, sur les facteurs pouvant avoir une influence sur la santé de l'individu. Analyse par mots clés spécifiques



tions sociales sont qualifiées par certains de *relations matérielles* pour exprimer la perte de confiance qui prévalait autrefois entre les personnes. Une des conséquences des problèmes économiques du pays est donc la remise en cause des liens sociaux, pervertis par les difficultés matérielles de chacun. Les relations familiales quant à elles ne semblent pas épargnées. Les hommes interrogés parlent de leurs enfants, la *nouvelle génération*, née pendant la guerre, vis-à-vis de laquelle ils expriment leurs inquiétudes, un des enquêtés allant même jusqu'à la qualifier de *malédiction*.

> « Les valeurs que nous avons reçues par nos parents dans notre éducation n'existent plus. Moi je dis que la génération de mes enfants va être une malédiction » (Monsieur P., 42 ans, marié, deux enfants, souffre d'hypertension artérielle).

Une comparaison est souvent faite entre la situation actuelle et celle d'avant-guerre, avec en arrière-plan une idéalisation du passé. « Avant » pour les hommes de ces âges-là correspond à la période de l'adolescence ou juste la fin de celle-ci; étape de leur vie où ils étaient encore mineurs. Pour le plus jeune de cette tranche d'âges (Monsieur D., 35 ans au moment de l'entretien, 13 ans au début de la guerre), le passé signifie la période de guerre qu'il qualifie de *passé difficile* et qu'il compare à la période d'après-guerre, durant laquelle la situation ne s'est pas beaucoup améliorée.

L'entrée dans la vie adulte s'est faite pour les individus de ces tranches d'âges dans un contexte où les normes sociales ont été bousculées. De plus, les hommes de ces générations, plus que les femmes, ont été impliqués directement ou indirectement dans les conflits. Des choix cruciaux se sont imposés à tout jeune : prendre part aux combats, rester à l'écart et se protéger, ou trouver des positions intermédiaires. Toutes les solutions étaient finalement aussi éprouvantes et nécessitaient la mobilisation d'une grande énergie mentale et physique.

Parmi les hommes rencontrés, aucun n'a relaté cette phase d'entrée en guerre, et le positionnement pris. Il est probable qu'au moment où les entretiens ont été menés en 1997, la fin des conflits n'était pas loin derrière, les nerfs toujours à vif et la méfiance et la peur encore intenses. Il est alors compréhensible que les gens n'abordent pas aisément le sujet, même en parlant d'un proche. L'exemple du père ayant perdu un fils combattant et qui n'en parle que succinctement la gorge serrée est assez évocateur. Les plaies étaient encore trop récentes et dans ces cas le silence des personnes a été respecté.

> « C'est ça qui m'a vieilli... » (Monsieur S., 60 ans, marié. Il a perdu un fils âgé de 20 ans durant les conflits, à ce moment il avait 54 ans. Il souffre de diabète).

Le discours des femmes appartenant à cette même tranche d'âges est beaucoup moins élaboré, et reste essentiellement tourné vers la vie du ménage et l'*humeur du foyer*, pour reprendre les termes employés. Pour les femmes qui exercent une activité professionnelle comme pour celles qui s'occupent exclusivement du foyer, ce qui influence la santé au quotidien concerne principalement les relations entre les membres du ménage. La majorité a évoqué la lourde charge des enfants et des parents âgés, que ces derniers habitent sous le même toit ou pas. Le ton est plutôt imprégné d'*inquiétude*, de reproches face à un contexte de promiscuité entraînant des *disputes* et des *différends*, et parfois même prononcé sous forme *confidentielle*.

> « Moi, c'est les nerfs [la nervosité] qui influencent le plus ma santé.
> — Qu'est-ce qui vous rend nerveuse ?
> — L'ambiance du foyer, c'est tout faux [incorrect]. C'est-à-dire cela reste entre nous, je ne peux pas en parler n'importe où, ni devant... par exemple si mon époux est là je ne peux pas en parler à mon aise. Et même si quelqu'un de la famille de mon beau-frère est présent, je ne peux rien te répondre. C'est-à-dire que les différends augmentent et les disputes se multiplient. »
> (Madame F., 44 ans, mariée, deux enfants. Héberge le beau-frère et la famille de celui-ci réfugiés depuis plusieurs années).

Les mots clés communs aux deux sexes symbolisent le vécu passé et présent des individus. La *tristesse* et la *nervosité*, deux sentiments qui révèlent les réactions émotives face à une situation d'après-guerre, où les effets secondaires des conflits et des violences vécus sont plus que jamais présents. La guerre est certes terminée, mais ses effets continuent à agir sur la vie quotidienne à travers la dégradation permanente de la situation économique, des relations sociales et leurs conséquences sur l'unité de la société et la cellule familiale.

Éléments de discussion

Durant les périodes de conflits, les sources officielles et médicales [11] ne sont plus fiables (pour peu qu'elles l'aient été auparavant), par conséquent le déclaratif reste le seul moyen à disposition du chercheur pour évaluer la morbidité. Cet aspect de la représentation que l'individu a de sa propre santé a été mis en valeur dans l'approche qualitative intégrée à l'étude. Il est évident que la maladie déclarée n'a pas de caractère exhaustif, et qu'elle a tendance à être sous-déclarée dans les enquêtes [Mechanic, Newton, 1965; Van Ginneken, 1993; Sermet, 1994]. Elle reste néanmoins indicative de l'image de la santé de l'individu dans un contexte où l'accès aux soins est extrêmement difficile et le corps médical fortement disqualifié [Makdessi, 2002].

La relation guerre/santé a été analysée en termes d'effets directs et indirects, selon le sexe des individus.

Dans la population étudiée, le déterminant principal de la santé des hommes est lié au statut d'actif et ses implications sur le quotidien. Si le type d'emploi (représenté par la catégorie socioprofessionnelle) a fait l'objet de certaines recherches sur les déterminants de la morbidité, dans le cas observé ce ne sont pas les maladies liées au travail lui-même ou à ses conditions qui sont en cause, mais plutôt le fait d'avoir à assurer une sécurité financière vitale. Replacée dans le contexte d'une ville en guerre, cette notion d'activité prend des significations particulières. Déterminant le plus fort de la morbidité masculine à partir de la quarantaine, le statut d'actif définit le rôle de l'homme dans la société et en tant que père de famille. Sa mise en échec devient alors synonyme d'incapacité et d'impuissance à nourrir la famille et à la protéger. Cet état des choses s'amplifie dans le contexte de violences et d'humiliations que génèrent les guerres. En outre, la forte propension des hommes à migrer pour s'assurer un travail et une source de revenus les place devant le dilemme de partir et de laisser la famille sur place, ou de rester et d'assumer la situation précaire.

Dans la population féminine, les effets des différents événements de la guerre se répercutent sur la vie du foyer et la protection des proches. Les femmes mariées ou veuves, sont plus sujettes à la maladie que les célibataires. Le veuvage, phénomène accentué par la guerre, tout comme les femmes dont l'époux a été amené à travailler à l'étranger constituent deux situations qui projettent la femme dans des circonstances éprouvantes. Habitant avec ses enfants, et même parfois ayant les parents ou beaux-parents à charge, les responsabilités des femmes s'alourdissent considérablement. En deuil, ou séparées de leur conjoint, elles se retrouvent pratiquement seules dans une ville en guerre où la priorité est la survie et la protection des proches.

À ces effets indirects, s'ajoutent les effets directs relatifs aux pertes matérielles et destructions massives subies par les ménages, et aux atteintes physiques des indi-

---

11 Concernant les sources officielles, soit l'enregistrement statistique national, la dernière enquête nationale au Liban avant la fin de la guerre remonte à 1970. Quant aux structures médicales (hôpitaux et cliniques), elles n'ont reçu durant la guerre que les cas urgents, ou la population qui avait les moyens de se soigner [Makdessi, 2002].

vidus comme les blessures, les handicaps, et les décès. Moins directement visible, la maladie chronique illustre la dégradation des conditions de vie des individus exposés de manière régulière et soutenue aux situations de stress. Ce type de maladie persiste au-delà des périodes de crises, et a tendance à augmenter à la fin de celles-ci, au moment de la décompression et des après-coups des violences vécues.

Les opinions et les représentations exprimées dans les discours reflètent l'image que l'individu a de son corps, de sa santé. Les individus déclarés non malades aux deux enquêtes n'échappent pas aux multiples effets de la guerre. Ce sont des populations fragilisées, qui expriment leurs douleurs, même si « statistiquement » leur état de santé est déclaré intact. D'autre part, les entretiens ont mis en évidence les difficultés de la période d'après-guerre [12] qui, dans le cas de la ville étudiée, prolonge les effets négatifs des conflits sur la santé des personnes. À Beyrouth, le prolongement de la crise économique endémique empêche l'individu de se réinvestir et de se projeter dans l'avenir, maintient les flux d'émigrations, et par conséquent réduit le budget des familles qui touche en premier lieu la santé et l'éducation.

Dans ce contexte, le critère de l'âge ne semble plus pertinent pour définir les populations les plus vulnérables. L'ensemble de la population est incontestablement touché, bien que les générations en subissent les conséquences différemment. Les guerres, en particulier endémiques, créent un terrain favorable à l'expression des maladies, notamment celles de type chronique qui, du fait de leur inscription dans le temps, ne nécessitent pas toujours systématiquement un recours aux soins et font partie intégrante du mode de vie de l'individu.

Bibliographie

Adam P., Herzlich C. [1994], *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, coll. 128, 127 p.

Armenian H. [1989], « Perceptions from Epidemiologic Research in an Endemic War », *Social Science Medicine*, 28 (7): 643-647.

Asiel M. [1996], « Les vieilles dames, troubles de la santé ou vieillissement naturel », in M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel, *La Santé des femmes*, Paris, Flammarion, coll. Médecine-Sciences: 143-162.

Aubrey L. [1941], « Incidence of Neurosis in England under War Conditions », *Lancet*, 2: 175-173.

Baszanger I. [1986], « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII: 3-27.

Bouyer J., Hemon D., Cordier S., Derriennic F., Stucker I., Stengel B., Clavel J. [1995], *Épidémiologie, principes et méthodes quantitatives*, Paris, Editions de l'Inserm, 498 p.

Bryce J., Wlaker N., Ghorayeb F., Kanj M. [1989], « Life Experiences, Response Styles and Mental Health among Mothers and Children in Beirut, Lebanon », *Social Science Medicine*, 28 (18): 685-695.

CICR, Comité international de la Croix-Rouge (ICRC) [1999], *The People on War Report*, ICRC worldwide consultation on the rules of war, report by Greenberg Research, Inc. (téléchargeable sur le site web du CICR, http://www.onwar.org).

12 Rappelons ici que les entretiens ont été menés en 1997, sept années après la fin des combats.

CLELAND J., HILL A.G. [1991], « Studying the Health Transition: an Overview », in J. Cleland, A.G. Hill (eds), *The Health Transition: Methods and Measures, The Proceedings of an International Workshop*, London, June 1989 : 1-12 (Health Transition Series n° 3).

DEEB M. (ed.) [1997], *Beirut: a Health Profile 1984-1994*, Beirut, American University of Beirut, 430 p.

GUIGNON N., MOUQUET M.-C., SERMET C. [1996], « Morbidité et consommation médicale », in M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel, *La Santé des femmes, op. cit.*: 36-67.

HERZLICH C. [1992], « Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social », in U. Flick (dir.), *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Paris, L'Harmattan, coll. Santé, société et cultures: 347-357.

LOCKWOOD HOURANI L., ARMENIAN H., ZURAYK H., AFIFI L. [1986], « A Population-based Survey of Loss and Psychological Distress during War », *Social Science Medicine*, 23 (3): 269-275.

LOCOH T., MAKDESSI Y. [2002], « Transition démographique et statuts des personnes âgées en Afrique. Quelles perspectives? », in *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants, quelles implications?*, Paris, AIDELF, Puf, 10: 615-626 (Colloque international, Byblos-Jbeil, Liban, 10-13 octobre 2000).

LYONS H. A. [1979], « Civil Violence. The Psychological Aspects », *Journal in Psychosomatic Research*, 23: 373-393.

MAHJOUB A. [1995], *Approche psychosociale des traumatismes de guerre chez les enfants et adolescents palestiniens*, Tunis, Éditions de la Méditerranée, 237 p.

MAKDESSI Y. [2002], *Santé de la population en temps de guerre: Beyrouth, 1975-1990*, thèse de doctorat en sociologie-démographie, université Paris-V René-Descartes, 397 p.

MAKDESSI Y., MOGOUTOV A., VICHNEVSKAIA T. [2001], « Le choix des maux et de la langue pour parler de soi », in A. Class, H. Awaiss, J. Hardane (dir.), *L'Éloge de la différence: la voix de l'Autre*, Actualité scientifique, AUPELF-Uref, coll. Universités francophones: 239-252.

MAKHLOUF I. [1988], *Beyrouth ou la Fascination de la mort*, Paris, Éditions de la Passion, 204 p.

MECHANIC D., NEWTON M. [1965], « Some Problems in the Analysis of Morbidity Data », *Journal of Chronic Diseases*, 18: 569-580.

MIZRAHI An., MIZRAHI Ar. [1989], *Évolution de l'état de santé – Risque vital et invalidité*, Paris, Credes, 35 p.

MURPHY J. [1977], « War Stress and Civilian Vietnamese: a Study of Psychological Effects », *Acta Psychiatr. Scand.*, 56: 92-108.

MURRAY C.J.L., LOPEZ A. D. [1996], *Global Health Statistics, Global Burden of Disease and Injury Series*, WHO, Harvard School of Public Health, World Bank, USA, 306 p.

NAFFAH CHOT-PLASOT C. [1997], « Réseaux de sociabilité et de voisinage: le quartier Beydoun à Beyrouth (1986-1988) », in M. Davie (dir.), *Beyrouth, regards croisés*, Tours, Urbama, coll. Villes du monde arabe, 2: 107-125.

NUWAYHID I., SIBAI A., ADIB S., SHAAR K. [1997], « Morbidity, Mortality and Risk Factors », in M. Deeb (ed), *Beirut: a Health Profile 1984-1994*, Beirut, American University of Beirut: 123-182.

PIERRET J. [1987], « Les usages sociaux de la santé: trois exemples », in A. Retel Laurentin (coord.), *Étiologie et Perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, coll. Connaissance des hommes: 441-449.

POL L.G., THOMAS R.K. [1992], *The Demography of Health and Health Care*, New York, Plenum Press, 391 p.

SERMET C. [1994], « De quoi souffre-t-on? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991 », *Revue Solidarité-Santé*, 1 : 37-56.

VAN GINNEKEN J.K. [1993], « Measurement of Morbidity and Disability with Cross-sectionnal Surveys in Developing Countries », Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Congrès international de la population, Montréal: 483-497.

ZURAYK H.C., ARMENIAN H.K. (eds) [1985], *Beirut 1984: a Population and Health Profile*, Beirut, American University of Beirut, 284 p.

Annexe 1 – Taux de prévalence (p. 1000) des maladies chroniques selon l'âge et le sexe, en 1983-1984 et en 1992-1993

	1983-1984			1992-1993		
Groupes d'âges	**Ensemble**	**Sexe masculin**	**Sexe féminin**	**Ensemble**	**Sexe masculin**	**Sexe féminin**
0 à 9	2,1	2,1	2,2	5,0	5,8	4,0
10 à 19	3,2	2,9	3,6	6,9	7,3	6,5
20 à 29	8,0	4,3	11,2	10,4	8,0	12,9
30 à 39	19,7	12,6	24,9	20,3	12,2	25,3
40 à 49	28,6	24,8	32,1	36,6	27,8	42,9
50 à 59	43,1	38,3	48,2	48,9	45,2	52,2
60 à 69	53,4	48,8	59,3	62,1	57,1	67,2
70 à 79	59,9	51,8	66,7	68,6	65,5	71,6
Effectifs	1375	563	812	1821	748	1073

Sources: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993

Annexe 2 – Quotient instantané d'incidence (p. 1000) pour l'ensemble des individus, ceux ayant subi une atteinte physique et ceux ayant perdu des biens, selon l'âge en 1992-1993

Groupes d'âges en 1992-1993	**Quotient instantané (p.1000)** Ensemble	Atteintes physiques	Pertes de biens
10 à 14	8,9	13,7	12,4
15 à 24	8,9	11,3	10,1
25 à 39	14,6	14,4	16,0
40 à 59	47,3	55,6	62,7
60 & +	60,5	73,7	63,8
Total	23,5	28,4	27,7

Sources: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993.