

Pour la première fois en France, une grande enquête sur la santé des jeunes, scolarisés ou non, a été réalisée. Plus de 4 000 adolescents de 12 à 19 ans, répartis sur l'ensemble du territoire national, ont été interrogés dans leur foyer, après tirage au sort de leur numéro de téléphone. Les réponses ont été recueillies durant deux mois et analysées minutieusement par une équipe pluridisciplinaire : médecins, statisticiens, démographes, psychologues...

Le *Baromètre santé jeunes 97/98* aborde les connaissances, opinions, attitudes et comportements des 12-19 ans liés aux grands thèmes de santé qui les concernent : nutrition, sport, sexualité, violence, suicide, accidents et consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis. Une attention particulière a été portée à l'environnement du jeune (pairs et adultes), à sa qualité de vie et à sa perception subjective de la santé.

La méthodologie de recherche, équivalente à celle du Baromètre santé adultes, permet de comparer dans une même démarche les comportements de l'adolescent et du jeune adulte.

La diversité des thèmes, la précision des analyses et la pertinence des commentaires d'adolescents, de parents et de professionnels du milieu scolaire, font de ce Baromètre un ouvrage de référence sur la santé des jeunes.



ISSN 2908444-92-6 réf. 71-98262-1

Baromètre santé jeunes 97/98

éducation  
POUR LA  
santé  
pour mieux vivre

sous la direction de  
**Jacques ARÈNES**  
**Marie-Pierre JANVRIN**  
**François BAUDIER**

préface de  
**Bernard KOUCHNER**

B A R O M È T R E S

2, rue Auguste Comte  
BP 51  
92174 Vanves cedex  
France  
cfes@imagnet.fr  
3615 CFES

# Baromètre santé jeunes 97/98



B A R O M È T R E S



## les auteurs

---

<b>Jacques Arènes</b>	Statisticien, psychologue chercheur-coordonnateur des Baromètres santé du CFES
<b>Pierre Arwidson</b>	Médecin, adjoint au chef du département Stratégie et Études du CFES
<b>François Baudier</b>	Médecin, responsable du département de Santé publique de la Cnamts
<b>Béatrice Cotelle</b>	Nutritionniste au CFES
<b>Christiane Dressen</b>	Sociologue, chef du département Stratégie et Études du CFES
<b>Arnaud Gautier</b>	Statisticien au CFES
<b>Philippe Guilbert</b>	Economètre, chargé d'études au CFES
<b>Marie-Pierre Janvrin</b>	Démographe, chargée d'études au CFES
<b>Annie Velter</b>	Démographe, chargée d'études au CFES

Secrétariat de rédaction **Marie-Frédérique Cormand**  
Conception graphique **Jean-Yves Verdu**  
Maquette et réalisation Philippe **Ferrero**  
Impression **Fabregue**

Le CFES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête  
sous réserve de la mention des sources, à l'exception des photos.

**Comité français d'éducation pour la santé**  
2, rue Auguste Comte BP 51 92174 Vanves cedex

Quatrième trimestre 1998





# Baromètre santé 97/98 jeunes

*sous la direction de*  
**Jacques Arènes**  
**Marie-Pierre Janvrin**  
**François Baudier**

*préface de*  
**Bernard Kouchner**

## remerciements

L'étude pilote a été rendue possible grâce à la collaboration de :

- D<sup>r</sup> Maggy Le Roy-Hiest de l'Inspection académique de Seine-Saint-Denis, service de promotion de la santé en faveur des élèves,
- Marie-France Salvia, directrice du collège Paul-Painlevé à Sevran,
- Marie-Claire Duco, professeur au collège Paul-Painlevé.

Merci à tous ceux qui ont apporté leur concours à la réalisation de ce Baromètre :

- Stéphane Marder, Laurence Lelièvre et les enquêteurs de l'Institut de sondage BVA
- Brigitte Cadéac d'Arbaud de « Fil Santé Jeunes »
- Myr Muratet, photographe
- Isabelle Gravillon pour le recueil et la rédaction des encadrés de témoignages
- Les magazines *Phosphore* et *Okapi* pour l'organisation des groupes de témoignages
- Les personnes qui ont bien voulu se prêter au jeu des photographies et notamment les élèves du collège Paul-Painlevé.

## relecteurs

• **Environnement et qualité de vie des jeunes** • Francis Guillemain, maître de conférence à l'Université de Nancy. D<sup>r</sup> Françoise Narring de l'IUMSP de Lausanne. D<sup>r</sup> Omar Brixii et Fabien Tuleu du CFES.

• **Nutrition** • Claude Michaud du Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs. Marie-Françoise Rolland-Cachera de l'unité 290 de l'Inserm. Christine Ferron et Claude Jouglard du CFES.

• **Sport et activité physique** • D<sup>r</sup> Martine Attal et D<sup>r</sup> Michel Guinot du ministère de la Jeunesse et des Sports. D<sup>r</sup> Françoise Narring

## La méthodologie et le questionnaire

ont été élaborés en concertation avec le D<sup>r</sup> Pierre-André Michaud, le D<sup>r</sup> Françoise Narring et André Berthoud de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, avec Béatrice Janin de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Ispa) et en liaison avec de nombreuses équipes françaises :

- Marie Choquet (Inserm),
  - Isabelle Grémy (ORS d'Île-de-France),
  - Elisabeth Hausherr (Conseil général de Seine-Saint-Denis),
  - Hubert Isnard (DGS),
  - Hugues Lagrange (CNRS),
  - Hélène Siavelis (Conseil général de Seine-Saint-Denis),
- ainsi que
- Gérard Badeyan (Sesi),
  - Michel Ballereau (DGS/division sida),
  - Jacqueline Baltagie (ministère de l'Éducation nationale),
  - Chloé Carpentier (OFDT),
  - Alain Garnier (ministère de la Jeunesse et des Sports),
  - Nicole Guérin (Cidef),
  - Michel Rotily (ORS Paca) et
  - Patrick Sansoy (Mildt).

de l'IUMSP de Lausanne. Christine Ferron du CFES.

• **Vie affective et sexuelle** • D<sup>r</sup> Isabelle Grémy de l'ORS d'Île-de-France. Hugues Lagrange de l'Observatoire sociologique du changement du CNRS. Christine Ferron et Luc Speisser du CFES.

• **Consommation de substances psychoactives**

**Alcool** • D<sup>r</sup> Philippe Arvers du Service de santé des armées à La Tronche.

**Tabac** • Gérard Badeyan du Sesi. Danielle Fontaine de la Fnors. Catherine Hill de

## Comité français d'éducation pour la santé

En partenariat avec

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

le **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction générale de la Santé)**

Avec le concours

du **Haut Comité de la santé publique**

de la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**

de la **Mutualité sociale agricole**

du **Conseil général de Seine-Saint-Denis**

l'Institut Gustave Roussy. P<sup>r</sup> Albert Hirsch de l'hôpital Saint-Louis. Françoise Hoddebar du bureau SP3 de la DGS. Serge Karsenty du CNRS, Droit et changement social. D<sup>r</sup> Annie Sasco du Circ. Karen Slama de l'Union nationale contre la tuberculose.

**Drogues illicites** • François Beck de l'OFDT. Marie Choquet de l'Unité 472 de l'Inserm. D<sup>r</sup> Isabelle Grémy de l'ORS d'Île-de-France. Béatrice Prat et Danielle Vasseur du CFES.

• **Violence, suicide et conduites d'essai** • P<sup>r</sup> Philippe Jeammet de l'Institut Mutualiste Mont-

souris. D<sup>r</sup> Pierre-André Michaud de l'IUMSP de Lausanne. Christine Ferron du CFES.

• **Accidents** • D<sup>r</sup> Christine Duval du bureau VS1 de la DGS. D<sup>r</sup> Anne Tursz de l'Unité 502 de l'Inserm. D<sup>r</sup> Jacques Yacoubovitch de la Cellule d'observation des accidents de la vie courante.

• **Consommation de soins et vaccinations** • D<sup>r</sup> Valérie Grassullo, responsable des vaccinations du département de Seine-Saint-Denis. D<sup>r</sup> Nicole Guérin du Cidef. D<sup>r</sup> Brigitte Sandrin-Berthon du CFES.





# préface

Une politique de prévention adaptée suppose de mieux connaître et de comprendre les comportements de santé. Les études sur la santé des jeunes ont surtout porté sur des jeunes scolarisés. Cette année, pour la première fois, ont également été interrogés les jeunes sortis du système scolaire donnant ainsi une image complète des Français de 12 à 19 ans face à leur santé.

Cette enquête porte à la fois sur les comportements vis-à-vis du tabac, de l'alcool, des produits illicites mais également sur la nutrition, le rapport au corps et aux transformations corporelles, le suicide. Attitudes et perceptions font l'objet d'une analyse particulière.

Premier enseignement encourageant : les jeunes ont, de leur santé, une perception très positive. Mais cela ne doit pas masquer des comportements de souffrance qui s'expriment au travers de la violence, du suicide ou de l'usage de substances licites ou illicites.

Ainsi, même si l'on observe une baisse de la prévalence tabagique, la consommation annuelle d'alcool est restée stable et l'expérimentation de cannabis, quant à elle, augmente.

Il est surtout frappant de constater que ces comportements progressent tout au long de l'adolescence et de la post-adolescence jusqu'à l'âge de 20-24 ans pour décroître ensuite. En termes de prévention comme de prise en charge, il apparaît donc artificiel de séparer les mineurs des jeunes adultes.

Mais derrière cette continuité apparente, la période 15-19 ans paraît critique : tant chez les filles qui présentent des signes de souffrance mentale que chez les garçons qui l'expriment par des actes violents. C'est vers eux que doivent tendre avant tout les efforts de prévention, d'écoute et de soutien qui contribueront à la fois à leur assurer une meilleure santé et à permettre leur épanouissement et leur intégration sociale.

**Bernard Kouchner**  
Secrétaire d'État à la Santé



**des chiffres pour un dialogue**

Le Baromètre santé jeunes a été, pour tous ceux qui y ont participé, une aventure humaine mais aussi « méthodologique ».

Dès le début des années quatre-vingt-dix, au moment de la réflexion autour des enquêtes nationales périodiques, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) avait le projet d'installer trois Baromètres santé. Il a fallu presque cinq ans pour préparer celui sur les adolescents. Cinq ans de réflexion, cinq ans de rencontres avec des spécialistes français et étrangers, cinq ans pour bâtir une enquête donnant des garanties de rigueur sur le plan scientifique.

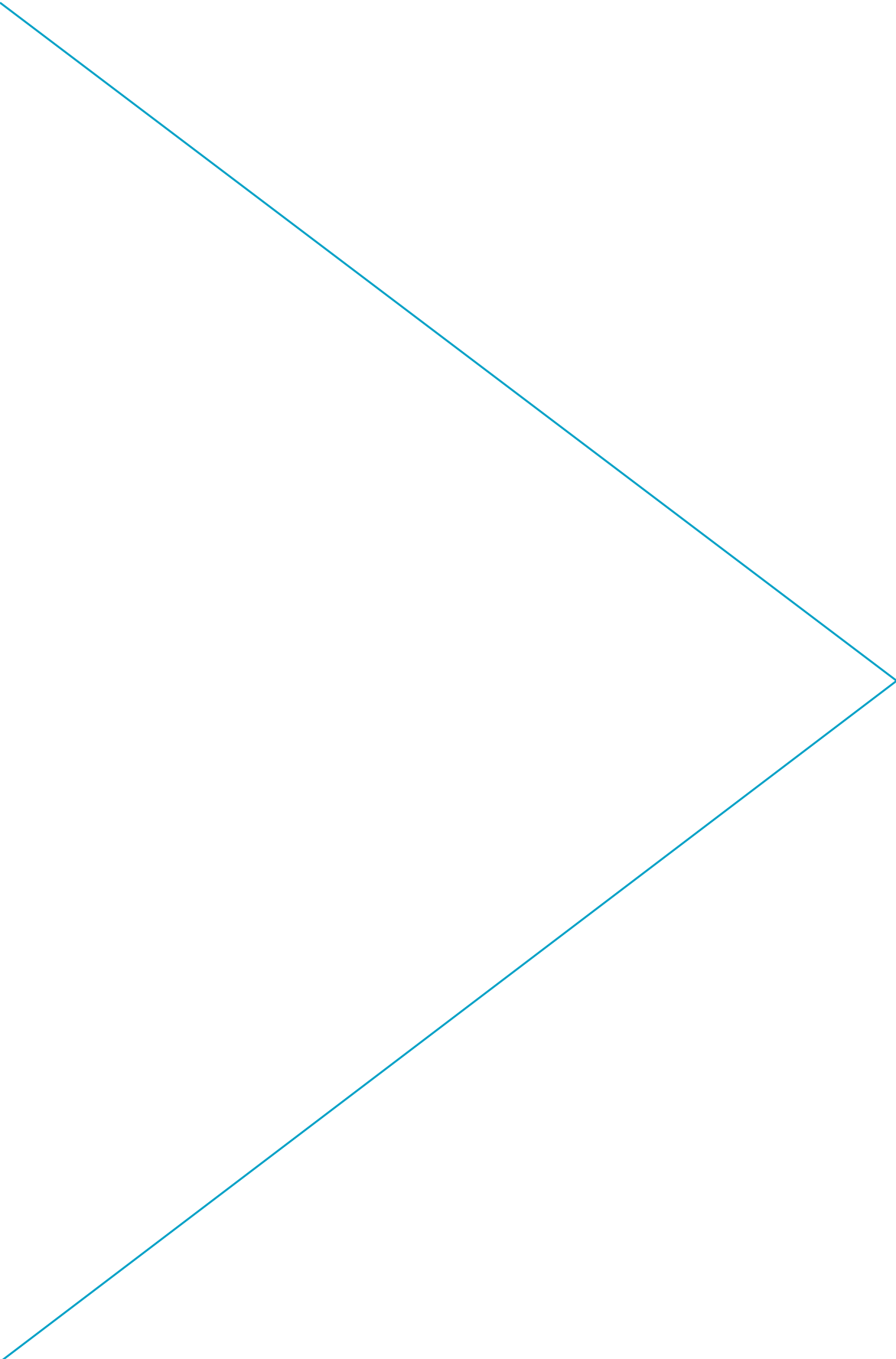
Durant toute cette période, l'équipe de CFES a acquis un savoir-faire qui lui a donné la possibilité, en 1997, de prendre un risque maîtrisé pour réaliser la première enquête française par téléphone auprès d'un échantillon national représentatif de jeunes de 12 à 19 ans. En fait, le véritable « déclin » s'est produit lorsque nous avons rencontré l'équipe de Pierre-André Michaud. Son expérience reconnue sur le plan national et international, son ouverture d'esprit, sa disponibilité pour partager nos réflexions et nos interrogations, nous ont conduits vers la finalisation d'une approche qui s'est révélée par la suite novatrice, rigoureuse et surtout répondant à nos attentes.

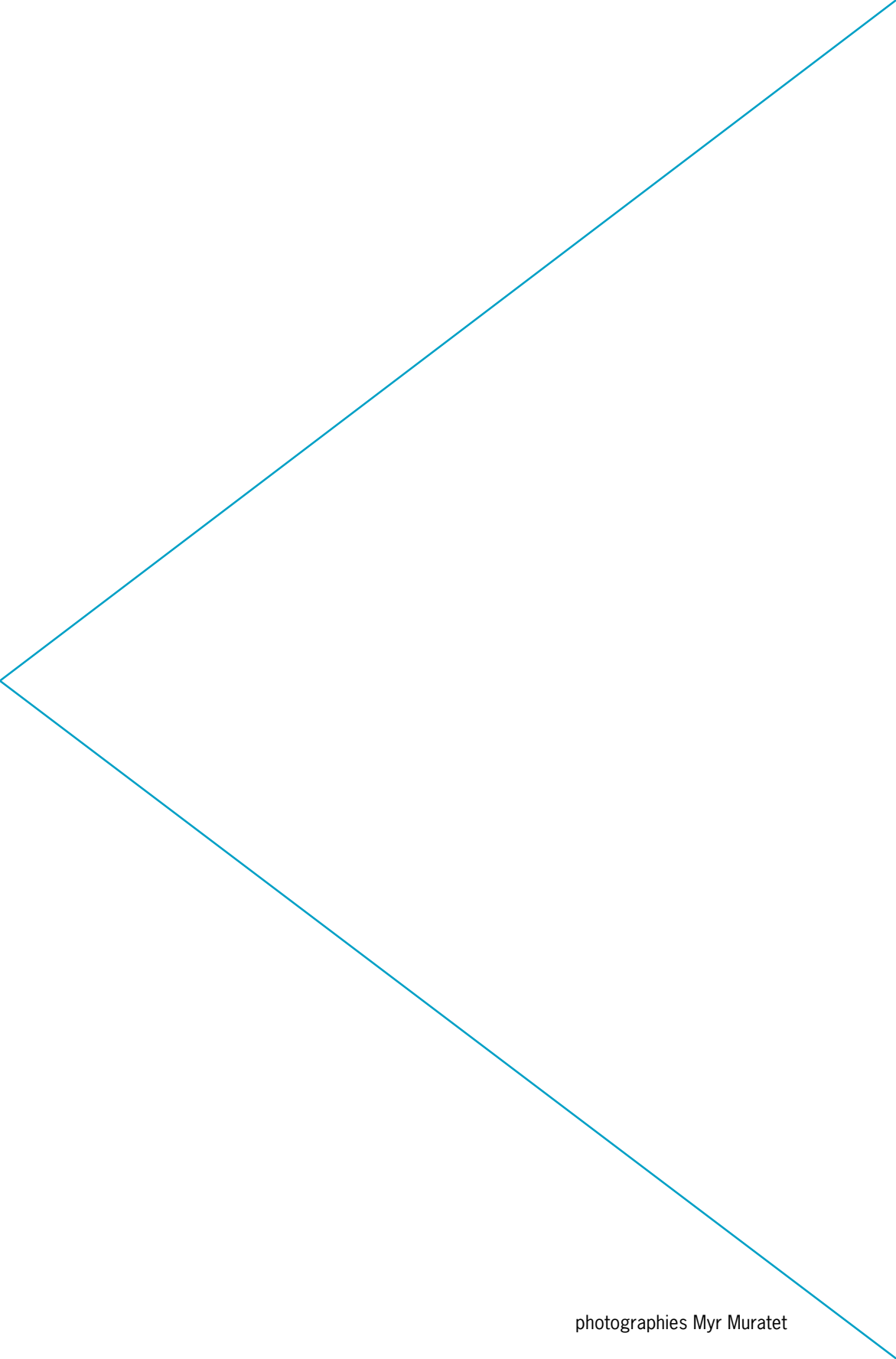
L'aventure fut aussi humaine.

Le contact avec des milliers de jeunes a permis à toute l'équipe de vivre des moments forts, intenses, émouvants, dont certains sont décrits dans l'introduction de cet ouvrage. Au téléphone, avec des jeunes à la fois sérieux et pleins de sensibilité, mais aussi au cours de l'étude pilote au sein d'un collège de la région parisienne ou lors de la présentation des premiers résultats à des groupes d'adolescents et d'adultes, toutes ces rencontres furent d'une rare qualité.

Alors, derrière les centaines de chiffres de cet ouvrage, les pourcentages et les graphiques, il y a toute une population adolescente qui a accepté de se livrer. Notre responsabilité d'adulte et d'éducateur est engagée dans ce partage. C'est pourquoi, loin de stigmatiser tel ou tel comportement de santé, la seule ambition de cet ouvrage est de favoriser une ouverture au dialogue dans un souci de compréhension réciproque entre adultes et jeunes.

**Les coordonnateurs  
du Baromètre santé jeunes**







## sommaire

19

**Introduction et méthodologie**

La première vague du Baromètre santé jeunes a été réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans scolarisés et non scolarisés. Un jeune Français sur 1 500 a été interrogé et la méthode d'enquête utilisée a été celle de l'interview aléatoire par téléphone.

Marie-Pierre Janvrin, Arnaud Gautier, Jacques Arènes



33

**Environnement et qualité de vie des jeunes**

La qualité de vie des 12-19 ans a été étudiée dans sa relation avec l'environnement du jeune : rapport aux parents, loisirs et sociabilité. L'utilisation de la même échelle multidimensionnelle que le Baromètre santé adultes a permis la comparaison de la qualité de vie perçue par les adolescents avec la population des 18-75 ans et de mettre ainsi en valeur la fragilité particulière de certains âges de la vie, notamment les filles de 15 à 19 ans.

Jacques Arènes, Arnaud Gautier



69

**Nutrition**

La fréquence, l'environnement, l'ambiance, le lieu de prise des trois repas principaux, mais aussi la composition du petit déjeuner et les prises alimentaires des jeunes en dehors de ces repas ont été étudiés en détail. Les adolescents ont également été interrogés sur leur poids et la perception de leur corps, ainsi que sur certains comportements alimentaires spécifiques.

Béatrice Cotelte, François Baudier



101

**Sport et activité physique**

Le sport est une notion souvent associée à la jeunesse tant au niveau d'une pratique (à l'école, dans un club, dans la rue...), qu'en ce qui concerne des habitudes culturelles (tenue vestimentaire, goût du spectacle sportif). Cette vision d'une jeunesse sportive correspond-elle à une réalité d'ensemble ou ne concerne-t-elle qu'une partie des adolescents ? Quelles sont les motivations affichées à la pratique d'un sport ? Ce chapitre aborde également le concept plus général « d'activité physique ».

Philippe Guilbert, François Baudier



119

**Vie affective et sexuelle**

L'entrée dans la sexualité active est une période importante de la vie. Comment les pratiques des filles et des garçons dans ce domaine ont-elles évolué au cours de ces dernières années ? Quelles ont été les modifications quant aux comportements de protection contre les MST et à l'utilisation des moyens contraceptifs ? Ce chapitre analyse les grandes tendances observables sur ce sujet sensible.

Christiane Dressen, Philippe Guilbert, Arnaud Gautier



135

## Consommation de substances psychoactives

141

### Alcool

La consommation d'alcool est une pratique couramment répandue en France, aussi bien parmi les adultes que parmi les plus jeunes. Cette étude décrit non seulement les fréquences de consommation et les quantités bues par les adolescents, mais encore les comportements s'inscrivant dans le contexte de la prise de risque comme les ivresses et les situations de dépendance (test Deta).



François Baudier, Philippe Guilbert

158

### Tabac

Depuis deux décennies, une décroissance du pourcentage d'adolescents déclarant fumer (même de temps en temps) est observée. Des résultats sur les comportements tabagiques des jeunes sont détaillés dans ce chapitre et mis en perspective avec d'autres études réalisées par le CFES. Le respect ou non des interdictions (parents, lois...) est aussi mesuré à partir du déclaratif des 12-19 ans.



François Baudier, Annie Velter

185

### Drogues illicites

Les évolutions de la consommation de drogues illicites— principalement le cannabis — sont discutées ainsi que l'exposition à l'offre de drogue, l'âge d'initiation et les relations de la consommation de cannabis avec les facteurs socioéconomiques et les autres comportements de santé.



Annie Velter, Jacques Arènes

209

### « Polyconsommation » de substances psychoactives

Les liens étroits entre consommations d'alcool, de tabac et de cannabis sont analysés. Certaines caractéristiques des jeunes polyconsommateurs sont décrites. Ainsi, plus d'un jeune (de 15 à 19 ans) sur quatre dit avoir au moins une fois dans sa vie bu de l'alcool, fumé une cigarette et consommé du cannabis.



Arnaud Gautier, Jacques Arènes, Annie Velter

219

### Violence, suicide et conduites d'essai

Une attention particulière est portée aux actes hétéroagressifs dont les adolescents sont victimes ou acteurs (violence physique, racket, rapports sexuels forcés). Les conduites suicidaires font, elles aussi, l'objet d'une exploration approfondie. De plus, le profil des jeunes qui ont « fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi » a été étudié.



Marie-Pierre Janvrin, Jacques Arènes, Philippe Guilbert



251

## Accidents

Les accidents sont la première cause de mortalité évitable chez les jeunes. Une échelle de perception du risque accidentel en relation avec d'autres risques est décrite dans ce chapitre. La fréquence et le type d'accidents survenus chez les 12-19 ans sont ensuite étudiés selon différents critères sociodémographiques et comportementaux.

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

263

## Consommation de soins et vaccinations

267

### Douleurs, consommation de soins et médicaments

La douleur a été abordée à travers trois maux (de tête, de dos et de ventre). Les pratiques médicales telles que les consultations chez un professionnel de santé et la prise de médicaments sont analysées selon différentes variables sociodémographiques et comportementales.

Pierre Arwidson, Arnaud Gautier, Philippe Guilbert

285

### Vaccinations

L'adhésion des jeunes au geste vaccinal a été évaluée. Les modalités de prise de décision et le lieu de vaccination sont aussi abordés. Concernant l'hépatite B, les connaissances des jeunes vis-à-vis des modes de contamination de cette maladie ont été analysées.

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

297

## Discussion

Les grandes lignes de force des résultats obtenus dans le présent Baromètre sont analysées dans ce chapitre, notamment au niveau des différences liées au sexe, à l'âge, à la structure familiale, aux aspects socioéconomiques ou territoriaux. Les principales évolutions sont aussi mises en perspective.

Jacques Arènes, François Baudier

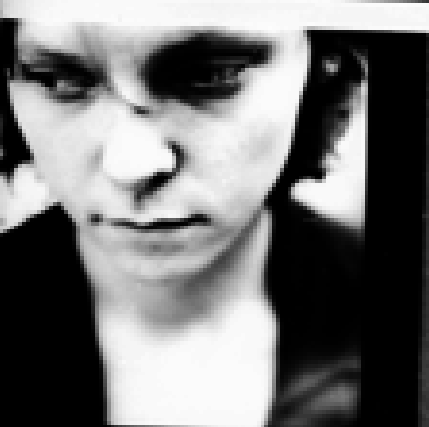
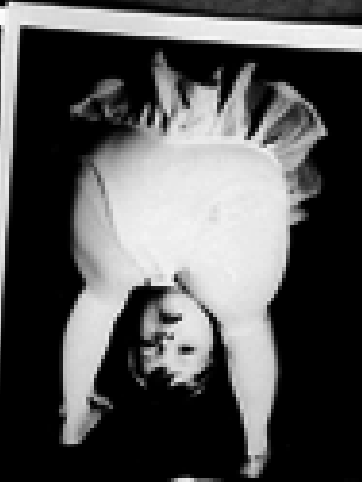
313

## Annexe méthodologique et questionnaire

La méthodologie d'échantillonnage de cette enquête est exposée et les analyses statistiques employées dans l'ouvrage sont décrites. Enfin, les 150 questions posées aux adolescents sont présentées.

Arnaud Gautier, Marie-Pierre Janvrin, Jacques Arènes









# Introduction et méthodologie

**Marie-Pierre Janvrin, Arnaud Gautier, Jacques Arènes**

Afin d'appuyer la mise en œuvre et le suivi de ses actions nationales dans le domaine de la promotion pour la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a élaboré, depuis 1992, un dispositif d'enquêtes périodiques : les « Baromètres santé ». Ces études mesurent régulièrement l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements concernant la santé des Français. Quatre types de Baromètres ont été mis en place à ce jour [1-5].

- Le Baromètre santé adultes (18-75 ans) qui a déjà connu trois vagues (la première fin 1992 auprès de 2 099 individus, la deuxième fin 1993 auprès de 1 950 sujets et la troisième vague fin 1995 auprès de 1 993 personnes).
- Le Baromètre santé médecins (auprès des généralistes ayant une activité libérale). Trois vagues de cette enquête ont aussi eu lieu : 252 praticiens y ont participé fin 1992, 494 fin 1993 et 1 013 généralistes fin 1994.
- Le Baromètre santé nutrition adultes (18-75 ans) qui a connu une vague en 1996.
- Le présent ouvrage relate les résultats de la première enquête Baromètre santé jeunes.

Le but premier des Baromètres a été de fonder et d'alimenter une « base de don-

nées » (opinions, connaissances, attitudes, comportements) sur les thèmes de santé inscrits régulièrement au programme du Comité français d'éducation pour la santé et plus spécifiquement dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie. Cette base peut aussi offrir une précieuse source de données pour des comparaisons avec des enquêtes réalisées dans différents pays. Un accent a été mis sur le fait de disposer d'un instrument global de connaissance de la santé perceptuelle.

Les Baromètres santé doivent ainsi permettre de fournir des informations précises pour définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, procurer des indicateurs susceptibles d'orienter des études spécifiques (quantitatives et qualitatives) et d'engager des actions de terrain plus ciblées (sur certains types de populations ou dans certaines régions ou départements) qui pourraient être mis en œuvre par le CFES et ses partenaires.

De la même façon, en aval des programmes nationaux de prévention, les Baromètres santé procurent des informations relatives à l'évolution de certains indicateurs de santé.

Comme pour les premiers Baromètres, le



Baromètre santé jeunes a été placé d'emblée dans la perspective d'un sondage sur un échantillon représentatif obtenu par la méthode aléatoire. En effet, la plupart des enquêtes à caractère épidémiologique sont réalisées sur la base d'un échantillonnage de ce type. Ce mode d'investigation, qui est le seul à garantir une utilisation pleinement rigoureuse des tests statistiques classiques, correspond à la méthodologie « standard » dans la littérature scientifique internationale. Il est aussi le mieux adapté à des études auprès de sujets pour lesquels il n'existe pas *a priori* de connaissances approfondies des relations entre les réponses et les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées.

Jusqu'en 1997, la population des jeunes et des adolescents ne faisait pas partie de ce dispositif barométrique. Seules des enquêtes thématiques étaient réalisées ponctuellement auprès des 12-18 ans. Cependant, la réflexion sur la mise en place d'une enquête globale auprès d'une telle population a été initiée dès 1994 quand le CFES a participé, au titre de la France, à l'enquête internationale sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de 11, 13 et 15 ans dans deux académies du Sud et de l'Est [6].

Puis, en 1996, l'organisation par le CFES d'un « séminaire international sur les indicateurs de santé chez les adolescents » a permis de faire le point sur cette problématique et de fournir un certain nombre de réponses à l'équipe en charge de la mise en place de la présente enquête [7].

L'élaboration de cette première vague du Baromètre Santé Jeunes a, en outre, été marquée par le souci de mener cette investigation en cohérence avec d'autres études existantes, comme l'enquête de l'OMS *Health Behaviour in School-Aged Children* réalisée tous les trois ans par le CFES [6], mais aussi celles de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [8] ou de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne [9].

## L'historique : le choix d'une méthode adaptée

Outre les aspects liés au contenu de ce Baromètre santé, au choix et à la formulation des questions, l'un des points importants auquel il a été nécessaire de répondre était de savoir s'il fallait s'en tenir à une passation des questionnaires dans les écoles (la plupart des enquêtes de santé menées auprès des jeunes sont exécutées à l'aide de questionnaires autoadministrés) où s'il était possible d'utiliser, pour atteindre cette population, une autre méthode telle que le téléphone, déjà appliquée pour les enquêtes réalisées auprès des adultes (méthode dite Cati pour *Computer Assisted Telephone Interview*).

En fait, le **recueil** des données **en milieu scolaire** présentait quelques inconvénients liés à :

- la complexité de l'organisation de l'enquête : le travail en classe suppose une collaboration active du milieu de l'éducation et de l'enseignement et se révèle relativement lourd à mettre en place. Il entraîne, en outre, un temps intermédiaire de saisie des données, avec les erreurs éventuelles liées à cette étape ;
- l'exclusion de l'échantillon de près de 10 à 15 % de jeunes qui, dès 16 ans, ne fréquentent plus de structures de formation et dont on sait qu'ils diffèrent des jeunes scolarisés de par leur attitudes, leurs besoins et leurs comportements.

**L'enquête par téléphone** permet d'atteindre, en revanche, un échantillon plus représentatif des jeunes de 16 à 19 ans comprenant des adolescents scolarisés mais aussi des non-scolarisés. De plus, les enquêteurs sont regroupés dans une centrale téléphonique, ce qui facilite la supervision du terrain (passation du questionnaire notamment). Alors que le questionnaire autoadministré complique l'utilisation de questions ouvertes, le système Cati (enquête par téléphone assistée par l'ordinateur permettant une saisie directe des réponses) faci-



lite le recours à ce type de questions (en utilisant ou pas un codage préétabli) : il est obtenu ainsi, sur certains items, des réponses plus spontanées, non induites par le questionnaire. Enfin, l'interview téléphonique permet une saisie directe des réponses, les données étant rapidement disponibles.

Si, *a priori*, il semblait intéressant d'avoir recours à cette méthode par téléphone pour les raisons énoncées ci-dessus, mais aussi pour assurer une continuité avec les autres Baromètres santé du CFES, il fallait cependant répondre préalablement aux questions liées à :

- l'inconnue du taux de non-réponses de l'enquête téléphonique auprès de jeunes et leur nature. Le taux de refus dans le Baromètre santé adultes 95/96 était de 24,5 % et il semble raisonnable de ne pas accepter un taux trop éloigné de ce dernier ;
- le problème de la confidentialité (questions sensibles), lorsque le jeune répond au domicile avec éventuellement des proches à côté, et corrélativement certains biais possibles de sous-déclaration pour ces questions.

## Mise en place d'une préenquête

L'objectif principal de l'enquête pilote a été d'examiner dans quelle mesure la méthode par téléphone était réalisable et utilisable dans une enquête auprès des jeunes. Cette investigation a été élaborée conjointement entre le CFES et l'IUMSP de Lausanne qui cherchait aussi à répondre à ces interrogations avant de mettre en place une enquête auprès des jeunes des cantons francophones suisses.

Les deux équipes ont préparé un questionnaire court (28 questions), permettant de mesurer la compréhension de plusieurs modes de formulation (réponses à choix unique et multiple, échelles de fréquence, questions ouvertes). Il portait sur des com-

portements courants et couvrant des domaines variés. L'étude a eu lieu au mois de mai 1997.

La préenquête a comporté deux types d'approches :

- un **test de faisabilité** : 15 interviews par téléphone ont été menées en France et en Suisse pour vérifier s'il était possible d'atteindre, à partir de la base de sondage habituelle utilisée pour les enquêtes par téléphone, des jeunes de 12 à 19 ans et s'ils acceptaient sans difficulté de répondre aux questions. Cette partie de l'étude devait aussi permettre de chiffrer le coût de l'opération. Une lettre annonçant l'enquête avait été préalablement envoyée aux ménages susceptibles d'être interrogés ;
- un **test de comparabilité** : cette partie de la recherche a permis de comparer les réponses données à des questions identiques, selon la méthode de passation du questionnaire en classe et au téléphone. Dans les deux pays, a été identifiée une école qui a accepté de mettre à disposition quatre classes pour une enquête comparative téléphone/passage en classe. Deux classes avaient des élèves avec un âge moyen de 12 ans et deux autres avec un âge moyen de 15 ans. Elles ont été sélectionnées parmi celles qui avaient des jeunes de milieux plutôt défavorisés, afin d'évaluer la compréhension des questions chez les élèves les plus en difficulté. Pour chaque tranche d'âge, une classe s'est vue proposer le questionnaire sur papier et l'autre les mêmes questions sous forme d'interviews téléphoniques.

## Les résultats

Les résultats issus du test de faisabilité ont montré que l'objectif du nombre d'interviews nécessaires (32 au total) pour un taux de refus acceptable a pu être atteint. Ce taux ne devait pas être supérieur à celui des enquêtes adultes de méthodologie équivalente (soit environ 25 %). De plus, l'enquête



pilote a laissé apparaître que les jeunes ont pu s'isoler dans leur foyer pour répondre à l'entretien.

Le test de comparabilité a montré que dans l'autoquestionnaire rempli en classe, les jeunes, surtout en France, avaient des difficultés à compléter les tableaux. Les taux de non-réponses par question ont été raisonnables, mais plus élevés dans les questionnaires autoadministrés que pour l'enquête par téléphone. De plus, les questions filtres, dans cette procédure autoadministrée, n'ont pas été bien comprises chez les plus jeunes.

En outre, les réponses aux questions ouvertes (questions sans modalités de réponse préétablie) sont beaucoup plus nombreuses au téléphone que sur le questionnaire papier.

Finalement, les prévalences obtenues quant aux comportements ou attitudes de santé n'étaient pas significativement différentes entre les deux méthodes.

Cette préenquête a montré la faisabilité et l'acceptabilité d'une enquête téléphonique auprès d'adolescents. Le téléphone s'est révélé un outil adapté aux jeunes ayant des difficultés scolaires et le CFES a donc décidé d'adopter cette méthodologie (mode Cati) pour la réalisation du Baromètre santé jeunes.

## Le « Baromètre santé jeunes » : l'essentiel de la méthodologie

### L'échantillon

L'intervalle d'âge choisi comme cible a été les 12-19 ans : les enquêtes thématiques précédentes du CFES avaient souvent concerné les 12-18 ans, et pour une raison de comparabilité, il était important d'inclure cet intervalle d'âge dans celui du Baromètre santé jeunes. Il a été décidé d'en augmenter légèrement l'étendue afin de faire un « recouvrement » avec l'intervalle d'âge du

Baromètre santé adultes (18-75 ans). De plus, l'effectif de l'échantillon a pu être notamment étoffé (multiplié par deux avec un échantillon final de 4 115 jeunes de 12 à 19 ans) afin de pouvoir disposer d'une plus grande puissance des tests statistiques et de discerner au mieux les évolutions futures. Au total, un jeune de 12-19 ans vivant en France sur 1 500 a été interrogé au cours de cette enquête sur l'ensemble du territoire national.

Un échantillon aléatoire de ménages issus des fichiers d'abonnés France Télécom a été constitué en prenant en compte les tailles de fichiers utilisés pour les précédents Baromètres santé adultes (deux adresses utiles par interview finalement réalisée) et la proportion de ménages ayant au moins un enfant âgé de 12 à 19 ans (20 % environ).

Une lettre-annonce à en-tête du CFES a été envoyée par l'institut sélectionné à tous les ménages susceptibles d'être interviewés afin d'expliquer clairement aux parents les thèmes des questions posées aux jeunes.

Si le foyer contacté avait plus d'un jeune dans l'intervalle d'âge considéré, le répondant au niveau du foyer était sélectionné par la méthode de la date anniversaire la plus proche.

Si le jeune sélectionné était présent et disponible au moment du « contact ménage », le questionnaire lui était proposé immédiatement. S'il le souhaitait, un rendez-vous téléphonique lui était proposé.

En revanche, si la personne éligible était absente ou indisponible au moment de la sélection, un rendez-vous était pris en fonction des disponibilités de cette personne déclarées par ses proches.

Les rendez-vous furent également pris en fonction de souhaits déclarés par le jeune (par exemple, périodes de la journée ou de la semaine où il pouvait être seul lors de l'entretien).

Les interruptions momentanées de questionnaire étaient possibles dès que l'interview devait s'arrêter pour des raisons personnelles en cours d'entretien, ou bien si l'adolescent ne se sentait plus à son aise





pour répondre en raison de la présence d'une tierce personne. Dans ce cas, un rendez-vous était fixé avec l'interviewé et l'entretien reprenait à la question où il avait été interrompu.

Par ailleurs, il est estimé à 23 % le nombre de ménages qui n'ont pas le téléphone ou qui ne sont pas accessibles par ce moyen (en particulier les foyers sur liste rouge). Afin de comparer le profil de ces deux populations par rapport à certains indicateurs de santé, l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) 97/98 (auto-questionnaire en milieu scolaire auprès des jeunes de 11, 13 et 15 ans dans deux régions françaises) a renseigné ce facteur (accessibilité du ménage par téléphone). Il sera donc possible d'avoir des indications sur les éventuelles différences de profil de ces deux populations de jeunes par rapport à certains comportements de santé. Enfin, le Baromètre santé jeunes rejoint probablement peu les adolescents très marginalisés en désinsertion sociale. L'étude de ces populations devrait faire l'objet dans le futur d'investigations spécifiques utilisant des protocoles d'enquêtes adaptés.

## Le questionnaire

L'élaboration du questionnaire a été réalisée en étroite concertation avec l'IUMSP de Lausanne. Plusieurs équipes françaises ont aussi pris part à ce travail : l'Unité 472 de l'Inserm, l'ORS d'Île-de-France, le Conseil général de Seine-Saint-Denis, le Sesi, l'ANRS, la DGS, l'OFDT, la Mildt, le Cidef et les ministères de la Jeunesse et des Sports et de l'Éducation nationale.

Les grands domaines qui ont été explorés dans ce Baromètre santé jeunes se sont articulés autour de deux pôles : celui, avant tout épidémiologique, des comportements de santé et celui, plus psychosociologique, des attitudes et des déterminants de la santé. Certains concepts spécifiques à l'abord des comportements de santé des jeunes ont été spécialement explorés : les prises de risque, le rapport au corps et aux transformations corporelles, les problèmes spécifiques

de santé mentale liés à l'adolescence, l'influence des parents, des adultes et des pairs. 150 questions ont ainsi été regroupées selon les thématiques suivantes (voir questionnaire en annexe) :

- L'alcool
- Les accidents
- La nutrition
- La consommation des soins, de médicaments, la vaccination
- La consommation de drogues illicites
- Le *coping* (aptitude à « faire face » aux difficultés)
- Le profil de santé de Duke (qualité de vie)
- Les relations avec les parents et les pairs, les éléments de sociabilité
- Le suicide
- La sexualité
- Les « styles de vie sains »<sup>1</sup> (temps de sommeil, exercice physique)
- Le tabac
- La violence

Certains thèmes plus sensibles tels que la sexualité, le suicide et la consommation de drogues illicites n'ont concerné que les jeunes âgés de 15 ans et plus.

## L'enquête pilote

Afin de finaliser le questionnaire et de s'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des items, une enquête pilote a été réalisée auprès d'une cinquantaine de jeunes âgés de 12 à 19 ans. Cette enquête préliminaire a permis de valider la durée du questionnaire (entre 25 et 30 minutes), de tester l'adaptation du profil de santé de Duke (échelle habituellement posée aux adultes) à l'adolescence, de « calibrer » et corriger certaines questions. Une équipe de dix enquêteurs a été formée pour ce « pilote » qui s'est déroulé le 15 octobre 1997.

## Le démarrage et le suivi de l'enquête

Le terrain de l'enquête a eu lieu du jeudi

1. *Healthy lifestyles*.



6 novembre 1997 au mardi 23 décembre 1997 auprès d'un échantillon national représentatif constitué de 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans (à partir d'un fichier d'adresses de 47 000 ménages) dans les familles et par téléphone (plus un suréchantillon de 524 jeunes en Seine-Saint-Denis dont les résultats ne sont pas présentés dans cet ouvrage).

Les jeunes ont été interrogés du lundi au samedi inclus à des heures où ils avaient de fortes chances d'être chez eux (17 h à 21 h en semaine, de 14 h à 21 h le mercredi et de 10 h à 18 h le samedi).

Le recueil des données lui-même a été effectué sur système Cati (*Computer Assisted Telephone Interview*) qui permet de nombreux contrôles de saisie améliorant la qualité des données recueillies.

L'institut BVA a été retenu pour réaliser le terrain de cette enquête. L'organisation du terrain a été supervisée par un responsable de l'institut, en coordination avec le département Stratégie et études du CFES qui s'est mobilisé quotidiennement pour assurer le suivi et permettre ainsi un contrôle de qualité.

Trente enquêteurs ont été affectés à sa réalisation.

La durée moyenne du questionnaire a été de 28 minutes.

Le taux de refus global s'est élevé à :

- pour le taux de refus ménages : 17,43 %
- pour le taux de refus individu : 3,34 %
- pour le taux d'abandon : 0,89 %.

Ces taux de refus et d'abandon ont été notablement inférieurs à ceux des Baromètres adultes, en particulier pour ce qui concerne le « refus individu », ce qui signifie que la plupart des refus ont été manifestés par les parents, les jeunes se prêtant beaucoup plus facilement que les adultes au rite de l'interview téléphonique (cf. détail du calcul des taux de refus en annexe).

### **Le numéro Fil santé jeunes**

Le numéro Fil santé jeunes a été donné à tous les jeunes. Ainsi, ceux qui souhaitaient poursuivre le dialogue ont pu le faire.

De plus, pour les questions qui pouvaient entraîner un certain malaise chez les jeunes (questions sur le suicide notamment), les numéros de téléphones portables de deux personnes (psychologue et médecin) au CFES étaient proposés.

### **La consultation de la Cnil**

Le CFES a saisi la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) d'une demande de conseil portant sur la mise en place du Baromètre santé jeunes. La méthodologie d'enquête, le questionnaire, ainsi que la lettre-annonce destinée aux parents ont fait l'objet d'un examen précis de la part de la Cnil qui a confirmé que « *les informations susceptibles d'être traitées présentent un caractère anonyme et qu'en conséquence, le traitement informatique envisagé n'a pas à faire l'objet de formalités préalables auprès de la Cnil* ».

### **Quelques données plus qualitatives sur le terrain de l'enquête...**

La pré-enquête (réalisée en mai 1997) avait déjà démontré la faisabilité et l'acceptabilité d'une enquête téléphonique auprès d'adolescents, notamment pour ce qui concerne les enfants ayant des difficultés scolaires. L'enquête elle-même a confirmé l'acceptabilité du questionnaire au niveau d'un public jeune. Des entretiens qualitatifs auprès de certains jeunes participants, notamment ceux qui avaient répondu positivement à certaines questions sensibles, ont permis de valider le savoir-faire des enquêteurs face aux situations d'entretiens difficiles. Les premiers éléments du « debriefing » de fin d'enquête ont souligné l'implication des jeunes et la motivation des enquêteurs.

Le terrain s'est déroulé comme une aventure humaine au cours de laquelle les enquêteurs, les membres de l'équipe du CFES ont appris à se connaître et se sont mobilisés pendant près de deux mois à l'écoute des jeunes. Ils ont été aussi émus ensemble quand un jeune au bout du fil était amené



à évoquer des épisodes plus difficiles de sa vie.

Au cours de la mise au point du questionnaire, l'équipe du CFES s'est posé de nombreuses questions sur la pertinence et l'acceptabilité des questions les plus sensibles (usage de drogues illicites, sexualité, violences sexuelles, suicide) posées ainsi aux plus âgés (15 à 19 ans). L'impact de certaines thématiques sur le psychisme des jeunes était redouté, notamment pour ce qui concerne les attitudes et les comportements qui n'avaient pas fait l'objet jusque-là d'une verbalisation auprès d'un professionnel de l'aide psychologique, voire d'un adulte référent ou d'un pair. Le parti pris a été de recommander aux enquêteurs, dans certaines circonstances particulières, d'oublier un peu leur « métier » pour sortir ponctuellement de leur neutralité et déployer une certaine empathie, une écoute par rapport à des situations difficiles, voire par rapport à un questionnement plus ou moins anxieux de la part du jeune.

La consigne donnée à l'équipe de BVA était de ne pas hésiter à fournir au jeune interviewé les coordonnées téléphoniques d'un médecin ou d'un psychologue membre du département Stratégie et études du CFES. Chacun des membres de l'équipe a aujourd'hui le souvenir de la demande de tel ou tel enquêteur pour se mettre à l'écoute d'un interview un peu moins simple. L'attention et la chaleur humaine déployées par les personnes chargées de l'enquête face à des jeunes en situation plus difficile furent déterminantes dans ces moments délicats. De plus, après l'interview, des éléments qualitatifs ont été recueillis auprès de certains jeunes, notamment ceux qui avaient répondu par l'affirmative à des questions sensibles. Ainsi, une jeune fille ayant eu à « dire » sa tentative de suicide a pu affirmer après la passation du questionnaire : « *Cela ne m'a pas trop remuée personnellement, même si sur le suicide j'ai répondu positivement. La personne que j'ai eu était très sympathique. Cela s'est très bien passé. Cela joue aussi beaucoup.* »

Le terrain de l'enquête a permis de perce-

voir qualitativement la très grande diversité psychologique et sociale des enquêtés : les plus jeunes — à 12 ou 13 ans — se prêtant souvent avec un grand sérieux au jeu des questions-réponses, tenant à être précis et se sentant tout à fait investis de leur rôle social, les plus âgés quelquefois plus ironiques voire séducteurs quand l'enquêteur se révèle être du sexe opposé.

Dans tous les cas, l'équipe a rarement ressenti un manque d'intérêt pour les questions ou une banalisation des réponses, retrouvés parfois dans les études auprès d'adultes : cette tranche d'âge se sent à la fois concernée par le fait d'être interrogée et sensible à cette écoute de la part des adultes. Un jeune homme de 18 ans ayant déjà fait une tentative de suicide s'est ainsi exprimé face à un psychologue du CFES après avoir répondu au questionnaire :

*« Les thèmes m'ont tous intéressés, surtout sur les élèves qui dépriment [...] En ce moment je déprime un peu et ça m'a paru intéressant que vous en parliez. Sur le coup ça m'a paru bizarre. Je vous remercie d'abord de m'avoir contacté comme ça pour me sonder [...] il y a beaucoup de jeunes qui sont dans mon cas. Si on veut s'en sortir il faut parler à quelqu'un. [il lui est demandé si ce n'est pas un peu « frustrant » de parler seulement 25 minutes dans le cadre d'un questionnaire déjà écrit]. Non pas pour moi... non... Car j'ai seulement besoin de parler à quelqu'un. Ça me bloque pas. D'autant plus que je suis au téléphone. Si j'avais la personne devant moi, ça me bloquerait peut être. [le psychologue de l'équipe lui dit qu'il se tient à sa disposition s'il désire à nouveau lui parler et lui signale que, le cas échéant, il peut aussi lui donner des adresses de professionnels de l'écoute]. Non, je crois que je n'ai pas envie ; mais au téléphone oui... C'est déjà bien ce que vous faites... Savoir comment sont les jeunes dans leur peau, c'est déjà pas mal... »*

La passation du questionnaire, si elle émeut et parfois bouleverse, peut être aussi l'opportunité d'une réflexion, pour peu que l'écoute soit empathique.



Cette jeune fille ayant fait une tentative de suicide et ayant subi des rapports sexuels forcés, raconte :

« *Quand j'ai raccroché, ça faisait le tour de pas mal de choses. Ça faisait un bon bilan. Des questions pas évidentes des fois. « Avez-vous été frappée », des trucs comme ça. Ça m'a un peu travaillé après que j'ai raccroché. En même temps ça fait un bilan quoi... Mais j'ai pas été trop remuée par les questions parce que j'ai fait le deuil de pas mal de trucs, mais pendant 5-10 minutes on réfléchit un peu. Ça fait un petit défilement ce questionnaire. Ça retrace une période. C'est pas négatif. [Le psychologue qui converse avec la jeune fille lui dit qu'elle arrive à en parler avec recul : « On a l'impression que tu as réfléchi sur beaucoup de choses » ]... Il y a une question sur la violence sexuelle qui m'a remuée un peu, mais le questionnaire est présenté d'une manière saine donc... on a plus l'impression que c'est pour se soulager, que c'est un petit espoir, je sais pas... On se dit que c'est une étude, on se dit qu'il y aura quelque chose, c'est peut-être utile. De toute manière, ça s'est passé, c'est fait, c'est fait. »* De plus, l'entretien téléphonique et le stricte anonymat qui lui est assorti — le fait de ne pas être « vu » en particulier — a été ressenti par les adolescents comme une incitation à une parole plus libre et sans « honte » : « *j'y réponds facilement à vos questions, de toute façon vous me voyez pas, c'est anonyme* », « *C'était rapide, mais c'est bien, comme ça on n'a pas le temps de monter de « bateau* » ! ».

Le côté ludique n'a pas aussi manqué d'émerger : « *Vos thèmes, ils sont un peu tabous, mais moi je les trouve plutôt marrants. Par exemple, quand vous me demandez « est-ce que vos parents fument du cannabis ? ». Comme si je pouvais savoir si mes parents fument, j'ai trouvé ça trop. Même pour la sexualité c'était facile de répondre franchement, j'ai pas la honte !* »

Plus généralement les réactions quand aux questions posées tiennent au sentiment qu'il est important de parler de ces thèmes de santé même s'ils sont problématiques, car

la parole est vécue comme libératrice (« *Quand on a un problème, il vaut mieux en parler* ») et que le jeune se sente alors en quelque sorte en relation avec d'autres qui ont la même difficulté : « *L'alcool et la drogue, ça m'a intéressé parce que ça nous touche tous* ».

Cette expérience scientifique et humaine de près de deux mois à l'écoute de plus de 4 000 jeunes a montré à l'équipe du CFES qu'un souci de rigueur dans la démarche renforçait non seulement la fiabilité des réponses, mais permettait aussi de prendre en compte les sujets dans leur dimension affective.

### À noter avant de commencer la lecture...

Dans les précédents Baromètres santé adultes et médecins, une attention toute particulière avait été portée aux analyses statistiques. Dans le présent ouvrage, un autre choix a été fait afin de faciliter l'accès de ces résultats au plus grand nombre. L'exposé des fréquences ou des prévalences est donc simple. Cependant, une exploitation plus complète des résultats de cette enquête sera publiée prochainement sous la forme d'une série d'articles scientifiques.

C'est ainsi que :

1. Une large place a été faite à l'infographie et donc aux figures.
2. Les statistiques bivariées ont surtout été utilisées. Le degré de signification des tests statistiques n'est pas indiqué : ainsi, lorsqu'un résultat est discuté ou une différence analysée, c'est qu'un test statistique (pour l'essentiel, le Chi<sup>2</sup> de Pearson pour les variables qualitatives ou l'analyse de la variance pour les variables quantitatives) a été effectué à l'aide du logiciel SPSS® et est significatif à un niveau inférieur à 0,05.
3. Les écarts types, adjoints à la moyenne des variables quantitatives lors des précédentes vagues du Baromètre, n'ont cette fois-ci pas été signalés.
4. Les intervalles de confiance ne sont pas donnés dans les figures.



5. Les analyses multivariées, telle que la régression logistique ou l'analyse multiple de la variance, ont été utilisées dans ce Baromètre uniquement pour vérifier s'il existait des facteurs de confusion. Ainsi, ces analyses ont été automatiquement employées pour des variables telles que « redoublement » et « situation parentale » qui sont liées à l'âge (les redoublants ainsi que les enfants issus de familles recomposées sont significativement plus âgés). **Dans le texte, les phrases « après ajustement sur le sexe et l'âge » ou encore « quels que soient le sexe et l'âge » indiquent qu'une analyse multivariée a été faite et qu'il n'existe pas d'effet âge et sexe.** Cependant, le fait de privilégier les analyses bivariées n'a pas permis de tenir compte de toutes les variables de confusion possibles. Il est donc bon de rappeler que toute relation significative n'a évidemment pas valeur de relation causale.

Seules quelques variables explicatives, choisies selon leur pertinence, ont été utilisées et croisées automatiquement aux variables dépendantes, ceci ayant pour but une plus grande clarté dans l'ensemble du document ainsi qu'une plus grande « cohésion » entre les chapitres. Ces variables sont de deux types.

### Les variables sociodémographiques

- Le sexe.
- L'âge : variable quantitative de 12 à 19 ans.
- La catégorie de commune (variable qualitative à cinq modalités) :
  - commune rurale
  - moins de 20 000 habitants
  - de 20 000 à 199 999 habitants
  - plus de 200 000 habitants
  - agglomération parisienne.
- La situation professionnelle du chef de famille (variable qualitative à trois modalités ; le père a été considéré comme chef de famille lorsqu'il est présent au sein de la famille et la mère dans le cas contraire) :
  - chef de famille travaillant
  - chef de famille au chômage

– chef de famille inactif (retraité, congé, étudiant).

- La catégorie socioprofessionnelle (CSP) du chef de famille selon la classification de l'Insee (variable qualitative à sept modalités) :

- agriculteurs
- artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- cadres et professions intellectuelles supérieures
- professions intermédiaires
- employés
- ouvriers
- inactifs.

- La situation familiale (variable qualitative à quatre modalités) :

- famille monoparentale
- famille réunissant les deux parents de naissance (ou d'adoption)
- famille recomposée
- autre famille (jeune ne vivant plus avec ses parents le plus souvent).

- Le redoublement (variable qualitative à deux modalités) :

- a redoublé une fois ou plus
- n'a jamais redoublé.

**Dès que ces deux variables (situation parentale et redoublement) ont été utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge (régression logistique ou analyse de la variance multiple), ce qui n'a pas été rappelé dans les chapitres.**

### Les variables qualifiant « les comportements de santé »

L'utilisation de ces variables est intervenue dans un second temps. Celles-ci, pour la plupart indicatrices (codées en 0/1 autrement dit en oui/non) permettent de voir s'il existe des liens entre les différents comportements, et non plus seulement entre un comportement et une donnée socio-démographique.

- Alcool :
  - avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois.
  - ivresse : avoir eu au moins une fois dans sa vie une ivresse.



- Tabac :
  - être fumeur régulier, c'est-à-dire fumer au moins une cigarette par jour.
- Cannabis (pour les 15-19 ans) :
  - avoir consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie d'une part, et dix fois ou plus au cours de la vie d'autre part.
- Sexualité (pour les 15-19 ans) :
  - avoir eu au moins une relation sexuelle au cours de la vie.
- Santé :
  - scores de santé physique, mentale et sociale selon Duke (variables quantitatives de 0 à 100, cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes).

Ainsi, ces variables ont été utilisées pour chaque chapitre. Il peut arriver que d'autres indicateurs aient été aussi employés. Ainsi, pour le chapitre Nutrition, l'IMC (indice de masse corporelle) a été utilisé, ou bien encore le niveau de scolarisation dans le chapitre Sport et activité physique.

De même, une variable « confidentialité » a été créée afin de vérifier si les déclarations étaient influencées par la présence d'un parent ou d'une toute autre personne auprès du jeune au moment de l'interview, notamment pour les questions plus sensibles telles que la consommation de drogues illicites, les relations sexuelles, avoir pensé au suicide ou fait une tentative de suicide... Ainsi, lorsque l'adolescent a déclaré ne pas avoir pu s'isoler ou bien lorsque l'enquêteur a pensé que le jeune ne répondait pas librement au questionnaire, la variable était codée « non confidentielle ». Des différences ne sont perceptibles que pour la quantité de cigarettes fumées et la consommation de cannabis.

### La structure des chapitres

Les chapitres ont été structurés de la manière suivante :

- « *L'essentiel en quelques chiffres...* » : Résultats clés du chapitre.
- « *Résultats* » : Présentation détaillée des résultats, accompagnée de tableaux et de représentations graphiques.
- « *Analyse et synthèse* » : Discussion des

résultats et récapitulatif des observations les plus intéressantes.

Par ailleurs, huit groupes de jeunes, de parents et de professionnels du milieu scolaire (conseillers principaux d'éducation, professeurs, assistantes sociales, médecins et infirmières scolaires...), réunis à Lyon et à Paris en collaboration avec les magazines Okapi et Phosphore, ont réagi aux premiers résultats du Baromètre santé jeunes. La restitution de ces témoignages a été faite dans cet ouvrage par une journaliste, Isabelle Gravillon, sous la forme d'entrevues.

### références bibliographiques

1. Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir. de). *Baromètre santé 92*. Paris : CFES, 1994 : 168 p.
2. Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. *Baromètre santé 93/94*. Paris : CFES, 1995 : 172 p.
3. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
4. Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.
5. Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.-P. (sous la dir. de). *Baromètre santé médecins généralistes 94/95*. Paris : CFES, 1996 : 137 p.
6. Chan-Chee C. *Baromètre santé jeunes 94*. Paris : CFES, 1997 : 148 p.
7. Dressen C., Chan Chee C., Lamarre M.-C. *Séminaire international sur les indicateurs de santé chez les adolescents (actes)*. Paris : CFES, 1996 : 115 p.
8. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.
9. Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. *Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 1993 : 72 p.











# Environnement et qualité de vie des jeunes

Jacques Arènes, Arnaud Gautier

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Le contexte scolaire et professionnel

92,7 % des 12-19 ans sont dans le « circuit » scolaire ou universitaire : 35,9 % d'entre eux aiment « beaucoup » l'école et 52,3 % un « peu ».

Les jeunes qui travaillent ou sont en apprentissage (éventuellement en étant encore à l'école) représentent 14,9 % de l'échantillon. 65,0 % d'entre eux aiment « beaucoup » leur travail et 30,1 % « un peu ». Parmi les scolaires, les filles aiment plus l'école que les garçons. Ces derniers ont un plus fort absentéisme, plus de retards, et sont plus souvent renvoyés de leur établissement. Un tiers des jeunes (36,3 %) a redoublé une fois et 12,7 % deux fois ou plus.

### Les loisirs et la vie relationnelle

Plus des trois quarts (78,2 %) des adolescents ont regardé la télévision la veille de l'interview, un quart (23,7 %) a joué à des jeux vidéos et 51,9 % ont lu (en dehors du travail scolaire). Ces trois activités concernent plus souvent les plus jeunes. Si les deux premières sont plutôt masculines, la dernière est plus féminine. La moitié des jeunes (46,7 %) s'est retrouvée, au cours des sept derniers jours, au café, dans un bar ou dans une salle

de jeux avec des copains. Ce sont plus souvent des garçons, des jeunes plus âgés, vivant moins souvent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption). Ils ont un profil de consommation de produits psychoactifs plus marqué et des scores de qualité de vie inférieurs, notamment en santé psychologique. De plus, 41,7 % des jeunes ont retrouvé des copains dehors près de chez eux, au cours des sept derniers jours. Le profil de ces jeunes est à peu près identique au précédent mais leur qualité de vie est meilleure.

### Les parents

83,4 % des parents veulent savoir (très ou assez souvent) où est leur enfant, 75,0 % écoutent ses opinions, 59,5 % le félicitent, 58,1 % lui disent à quelle heure rentrer et 26,9 % seulement oublient vite un règlement qu'ils ont établi.

Une partie de ces comportements parentaux s'exprime dans une relation inverse avec l'âge. Les filles s'avèrent plus contrôlées par leurs parents que les garçons tout en ayant le sentiment d'être plus estimées par les adultes. Moins les jeunes se sentent estimés par leurs parents, moins ils perçoivent un contrôle de la part des parents ou la cohérence de leur attitude,



plus ils adoptent aussi certains comportements à risque (alcool ou tabac).

### **La perception des risques pour la santé**

Ces questions ont été aussi posées au cours du Baromètre santé adultes 95/96. Les filles sont généralement plus craintives. Si l'on considère l'évolution des craintes de 12 à 75 ans, la plupart des craintes (cancer, maladies cardiaques, accidents de travail, accidents de la circulation, dépression) augmentent progressivement jusqu'à l'âge de 45-54 ans ou 55-64 ans. La crainte du suicide concerne les plus jeunes (12-17 ans) et l'âge adulte mûr (35-75 ans). Le sida et les maladies sexuellement transmissibles hors sida (question posée aux plus de 15 ans) préoccupent les plus jeunes (15-24 ans).

### **L'état de santé perçue**

Une très large majorité de jeunes (94,7 %) considère que son état de santé est « très » ou « plutôt » satisfaisant. De plus, six jeunes sur dix se considèrent « tout à fait bien portants » et trois jeunes sur dix « à peu près bien portants ».

Près de 70 % des adolescents interrogés (68,3 %) ont ressenti de la fatigue au cours des huit derniers jours : il s'agit plus souvent des filles et des jeunes plus âgés. La fatigue s'accroît proportionnellement à la taille de l'agglomération du lieu de domicile.

### **Le sommeil**

Plus d'un tiers des jeunes déclarent avoir eu « un peu » ou « beaucoup » de problèmes de sommeil lors des huit derniers jours : il s'agit plus souvent de filles et la proportion des problèmes de sommeil augmente linéairement avec l'âge. La durée moyenne de sommeil — 8,3 heures par nuit — est identique chez les garçons et les filles. Elle diminue selon l'âge en passant de 9,4 heures à 12 ans à 7,6 heures à 19 ans. Le Baromètre santé adultes 95/96 permet d'identifier une stabilisation de la durée moyenne de som-

meil à un chiffre légèrement supérieur à 7 heures après 20 ans. Plus la ville est grande, moins le temps de sommeil est élevé et plus le taux de troubles du sommeil augmente.

### **La perception de la qualité de vie mesurée par le profil de santé de Duke**

Les garçons déclarent une meilleure qualité de vie que les filles pour toutes les dimensions (santé physique, mentale, sociale, santé générale, estime de soi, anxiété et dépression). La différence avec l'âge est très marquée chez les filles dans toutes les dimensions sauf sociale ; chez les garçons, en revanche, seuls les scores de santé physique, de santé sociale, d'anxiété et de santé générale évoluent modérément avec l'âge. Un saut important vers 14-15 ans pour la dimension « santé mentale » est constaté chez les filles.

En comparant avec les données du Baromètre santé adultes 95/96, il est constaté qu'entre 12 et 75 ans, la perception de leur santé physique par les hommes n'évolue que très progressivement avec l'âge et que celle des femmes subit des « à coups » beaucoup plus brusques, avec une diminution régulière et importante à partir de 40-44 ans, outre la baisse nette vers 14-15 ans. La qualité de vie liée à la santé mentale ne subit pas de modification marquée pour les hommes, alors que chez les femmes, il existe d'abord un « creux » entre 15 et 19 ans, ensuite une très nette amélioration au début de la vie active (jusqu'à 30-34 ans) et enfin une décroissance nette entre les tranches d'âge 30-34 ans et 55-59 ans.

Une moins bonne qualité de vie dans la plupart de ces dimensions est liée à la situation familiale (familles monoparentales et recomposées), au domicile situé dans les grandes agglomérations, aux violences subies et à des comportements de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites). Une meilleure qualité de vie accompagne en revanche la pratique du sport.



Ce chapitre aborde le thème de la qualité de vie et de la santé psychologique et mentale. La qualité de vie représente aujourd'hui un nouveau champ d'appréciation de la santé et de ses conséquences. La définition très large de la santé formulée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), focalisant son intérêt sur les dimensions psychologiques et sociales du bien-être, a ouvert la possibilité de recherches autour de la qualité de vie. Elle consiste, selon l'OMS, en « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et ce, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* »

De la même manière que certains indicateurs de santé physique plus classiques, l'approche « qualité de vie » dans le domaine de la santé permet d'explorer :

- la façon dont la personne ressent sa santé du point de vue psychologique et physique ;
- comment chaque individu se comporte avec ses proches et fait face à la vie quotidienne.

Il s'agit donc d'une appréciation très globale et pour une part subjective de sa propre existence. Si la qualité de vie des plus de 15 ans a été beaucoup étudiée, cette dimension ainsi que les conditions pouvant

en générer une perception plus ou moins favorable, ont été moins abordées pour les enfants et les adolescents. Il n'est pas cependant interdit de faire l'hypothèse que les analyses conceptuelles pertinentes pour étudier la qualité de vie des adultes le sont aussi pour les enfants.

La notion de qualité de vie a été prise ici dans son acception la plus large en tentant à la fois de la mesurer précisément avec un instrument déjà utilisé en population adulte (profil de santé de Duke) — notamment pour le Baromètre santé adultes — et en envisageant les données contextuelles plus spécifiques : les loisirs et les aspects sociaux dont les relations avec les parents et avec les pairs, les craintes éventuelles concernant la santé ou la maladie, ainsi que la qualité du sommeil, la fatigue ressentie ou, de manière plus générale, la perception de sa propre santé. Ces éléments contextuels peuvent être envisagés en tant que déterminants de la qualité de vie.

---

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.

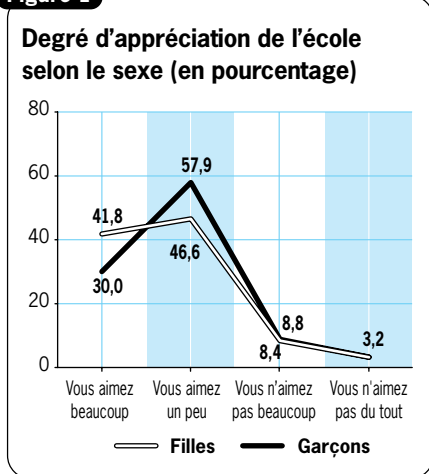


## Le contexte scolaire et professionnel

### L'école

L'école reste un lieu important de socialisation voire d'épanouissement. L'investissement par les jeunes du contexte scolaire est donc un déterminant intéressant de la qualité de vie. Les adolescents qui sont encore à l'école ou à l'université représentent dans cette étude 92,7 % des jeunes. Dans l'enquête *Health Behaviour in School-Aged Children* 1994 menée au sein de deux académies, Nancy et Toulouse [1], les trois quarts des jeunes de 11, 13 et 15 ans déclaraient aimer un peu ou beaucoup l'école et il était noté le plus grand investissement des filles et des plus jeunes dans le plaisir scolaire. D'une manière similaire, dans cet échantillon un peu plus âgé (12-19 ans), le taux de jeunes aimant « un peu » ou « beaucoup » l'école est de 88,2 % (35,9 % déclarant aimer « beaucoup » l'école et 52,3 % « un peu »). Les filles aiment « beaucoup » l'école plus souvent que les garçons (Figure 1). Cette attitude est liée à l'âge avec un « creux » à 14 et 15 ans et un intérêt plus massif pour les plus jeunes et les plus âgés.

Figure 1



### Le travail

Les jeunes qui travaillent ou qui sont dans un processus d'apprentissage (ou de formation en alternance) représentent 14,9 % de l'échantillon. Il s'agit aussi bien de jeunes ayant définitivement quitté l'école que d'adolescents évoluant entre le système scolaire et le monde du travail, ce qui explique que la somme des pourcentages de scolarisés et de jeunes travailleurs soit supérieure à 100. Il leur a été demandé, de la même façon qu'aux scolaires, d'évaluer leur degré d'adhésion au travail. Ainsi, 65,0 % d'entre eux déclarent aimer « beaucoup », 30,1 % « un peu » et 4,8 % « pas beaucoup » ou « pas du tout » leur travail. Ils expriment donc un degré de satisfaction plus fort que les 12-19 ans scolarisés. Cette adhésion décroît régulièrement avec l'âge, mais n'est pas différente chez les garçons et chez les filles.

### Le rapport à l'école

Le rapport à l'école se repère aussi à travers différents comportements ou attitudes :

- Ainsi, plus de la moitié (51,3 %) des jeunes sont arrivés en retard au moins une fois au cours des douze derniers mois (23,8 % plus de trois fois). Il s'agit plus souvent de garçons et cette « pratique » augmente progressivement avec l'âge. De plus, la fréquence du retard est fonction directe de la taille d'agglomération d'habitation.
- Près des deux tiers des adolescents (62,4 %) ont manqué au moins une fois pour cause de maladie (1 % plus de trois fois). Cet absentéisme concerne plus les âges médians de l'adolescence (14-17 ans) et les filles (65,2 % vs 59,6 % pour les garçons).
- Un sur cinq (18,4 %) a « séché » les cours au moins une fois dans l'année (10,0 % trois fois ou plus). Les garçons sont plus concernés et la progression avec l'âge est très importante (2,3 % à 12 ans, 9,6 % à 15 ans, 30,0 % à 17 ans et 44,3 % à 19 ans). Cet état de fait correspond à une prise d'autonomie par rapport à l'institution

scolaire, *a fortiori* explicable quand le jeune est déjà à l'université. Le lieu d'habitation (taille d'agglomération) est aussi en relation directe avec cette tendance : plus les jeunes demeurent dans des communes importantes en terme de taille, plus ils déclarent souvent « sécher » les cours. Comme pour les deux premières questions, et ce d'une manière plus nette, l'absentéisme volontaire est fonction de la situation familiale. Les enfants de familles mono-parentales ou recomposées déclarent beaucoup plus souvent « sécher » les cours que ceux vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption). La catégorie socioprofessionnelle du chef de famille semble aussi en relation nette avec le fait d'avoir « séché » les cours : les enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise « sèchent » beaucoup plus souvent les cours (26,4 % et 23,5 % respectivement) que les enfants de professions intermédiaires, d'employés, d'ouvriers ou d'agriculteurs (respectivement 18,4 %, 16,9 %, 13,8 %, 8,7 %).

- Une très faible partie des jeunes (3 %) déclare avoir été renvoyée au moins une journée. Cet état de fait concerne plus souvent les garçons que les filles (4,9 % contre 1,2 %, mais les effectifs sont faibles), les âges médians de l'adolescence (14-17 ans ; effectifs faibles aussi) et les jeunes ayant redoublé deux fois et plus.

En créant un indicateur de contrôle parental<sup>1</sup>, il est constaté que les questions explorées ci-dessus sur le rapport plus ou moins positif à l'école (sauf celle concernant l'absentéisme pour maladie) sont reliées significativement à la perception par le jeune scolarisé du contrôle parental : moins celui-ci est conséquent, plus les taux

d'absentéisme pour une autre cause que la maladie de jeunes ayant « séché » les cours ou de jeunes « renvoyés » sont importants. De la même manière, un indicateur d'intérêt parental<sup>2</sup> est lui aussi relié significativement à ces mêmes questions (les jeunes faisant l'objet d'un plus grand intérêt de la part de leurs parents sont moins « exposés » que les autres à ces dysfonctionnements scolaires).

- 36,3 % des jeunes de l'échantillon déclarent avoir redoublé une fois au cours de leur cursus scolaire et 12,7 % deux fois ou plus. Les redoublants sont plus souvent des garçons (56,6 % vs 43,4 % chez les filles) et le pourcentage de personnes ayant redoublé au moins une fois est logiquement très en correspondance avec l'âge (27,7 % de redoublants à 12 ans jusqu'à 69,9 % à 19 ans).

#### Céline, professeur de français en lycée

**« D'une manière générale, je sens mes élèves très tourmentés. Ils viennent me voir à la fin du cours et je sens qu'ils ont besoin de parler. Le fait que je sois une jeune prof les incite peut-être aux confidences. Ils ont des tas de soucis qui vont des petits problèmes amoureux de l'adolescence à des complexes plus sérieux, surtout pour les filles qui sont très préoccupées et même obsédées par leur poids. Surtout, j'observe une peur terrible de l'avenir professionnel, du lendemain. En terminale, classe d'examen, l'anxiété, parfois à la limite de la déprime, est encore plus nette. Très fréquemment des élèves sont pris de malaises et doivent sortir de cours. On ne sait jamais bien ce qui leur arrive mais on voit qu'il y a une inquiétude importante. À l'approche de l'examen cela s'aggrave encore, c'est un fait manifeste. »**

1. En sommant les réponses « oui » aux questions « vos parents veulent savoir où vous êtes et ce que vous faites », « vos parents vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez », et « non » à la question « vos parents oublient vite un règlement qu'ils ont établi ».

2. En sommant les réponses « oui » aux questions « vos parents vous félicitent », « vos parents écoutent vos opinions ».



Les enfants demeurant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) ont moins redoublé (46,5 %) que ceux issus de familles monoparentales (58,1 %) ou recomposées (58,7 %). Le fait d'avoir redoublé est enfin très lié à la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille : les enfants de cadres ou de professions intermédiaires ont redoublé bien moins souvent que les enfants d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise ou les enfants d'ouvriers (Figure 2). Dans la même perspective, 46,9 % des enfants issus de ménages dont le chef de famille travaille ont déjà redoublé, contre près des deux tiers (61,8 %) des enfants de chômeurs.

## La vie relationnelle et les loisirs

### Les loisirs

Plus des trois quarts des jeunes ont regardé la télévision la veille de l'interview (78,2 %), un quart (23,7 %) a joué à des jeux vidéos et 51,9 % ont pratiqué la lecture. La durée moyenne consacrée à ces loisirs a été, pour ceux qui les ont pratiqués, de :

- 1 heure 55 minutes pour la télévision. Ce temps passé devant la télévision évolue modérément avec l'âge (Figure 3). Ceux qui regardent la télévision sont plus souvent des garçons (81,2 % vs 74,9 % pour les filles).
- 1 heure 7 minutes pour les jeux vidéo. Ce sont bien plus souvent des garçons (32,7 % d'entre eux vs 13,6 % pour les filles). Cette pratique décroît progressivement avec l'âge (de 31,1 % à 12-13 ans à 15,8 % à 18-19 ans).
- 57 minutes en moyenne pour la lecture en dehors du travail scolaire. Le temps passé à la lecture évolue régulièrement avec l'âge pour les filles (Figure 3), qui sont plus nombreuses que les garçons (55,4 % pour 48,4 % chez les garçons) à pratiquer ce loisir. Le pourcentage de lecteurs diminue régulièrement de 12 ans à 17 ans (de 65,8 % à 44,4 %) pour un peu réaugmenter ensuite

Figure 2

Redoublants au cours de la vie selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille (en pourcentage)

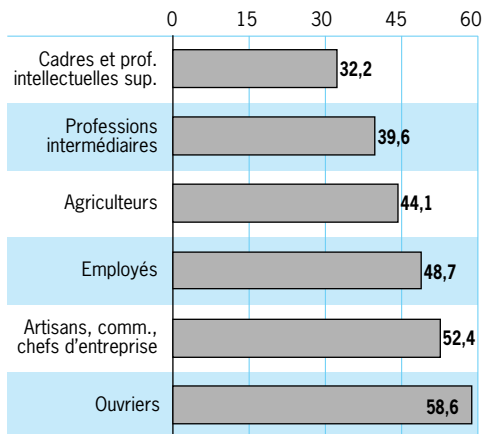
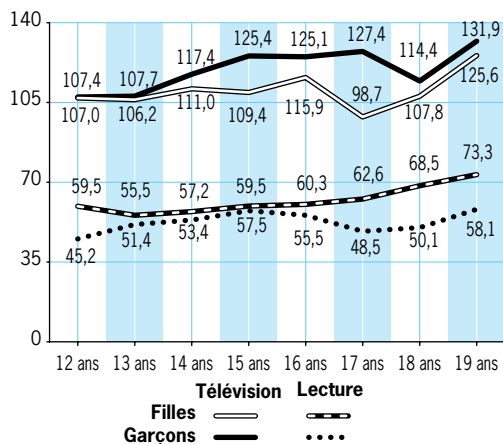


Figure 3

Temps moyens passés dans certains loisirs selon l'âge et le sexe (en minutes ; base : jeunes ayant adopté le comportement)



Cette figure ne comprend pas le temps moyen passé devant les jeux vidéos en raison de l'effectif assez faible par âge et sexe des jeunes pratiquant ce loisir.

(un peu moins de 50 % à 17 et 18 ans). Les enfants de cadres, de professions intermédiaires ou d'employés sont plus sou-



vent lecteurs la veille que les enfants d'agriculteurs ou d'ouvriers.

## Quelques aspects de la vie sociale

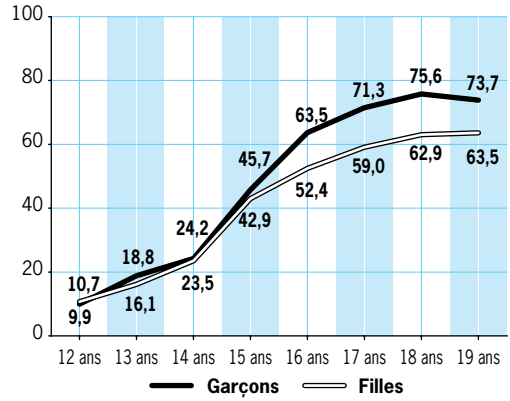
La vie sociale constitue, comme la vie scolaire, professionnelle et de loisirs, un aspect important de la qualité de vie.

Près de la moitié des jeunes interrogés (46,1 %) se sont retrouvés, au cours des sept derniers jours, au café, dans un bar ou dans une salle de jeux avec des copains. Il s'agit plus souvent de garçons (49,7 % vs 42,4 % pour les filles) et l'âge a évidemment une influence tout à fait prépondérante sur ce comportement (de 10,3 % des jeunes de 12 ans à 69,1 % des jeunes de 19 ans, *Figure 4*). Il s'agit plus souvent aussi d'adolescents de familles monoparentales ou recomposées que de jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption).

La profession du chef de famille a, de plus, quelque relation avec ces sorties : les enfants d'agriculteurs et de cadres fréquentent plus souvent ces lieux de recherche de relations avec les pairs (53,3 % et 48,8 % respectivement) que les enfants de professions intermédiaires (45,8 %), d'ouvriers (45,3 %), d'artisans commerçants ou chefs d'entreprise (44,4 %) ou d'employés (42,4 %). L'observation de la qualité de vie mesurée par le profil de santé de Duke (voir plus loin l'utilisation de cet instrument) montre que les jeunes qui ont rencontré des amis dans les bars ou les salles de jeux au cours de la semaine apparaissent plus anxieux, plus déprimés et ont un score de santé physique et mentale inférieur aux autres. La santé sociale est, en revanche, logiquement meilleure. Ces différences demeurent lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe. Ces jeunes ont aussi logiquement plus souvent que les autres bu de l'alcool au moins une fois par semaine durant l'année écoulée (37,1 % vs 11,0 % chez les autres) et expérimenté une ivresse au cours de leur vie (45,9 % vs 12,8 %). Ils sont beaucoup plus souvent fumeurs réguliers (38,7 % vs 10,5 % pour les autres) et ont pris plus fré-

**Figure 4**

**Jeunes ayant retrouvé leurs camarades au café, dans un bar ou une salle de jeu au cours des sept derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



quement plus de dix fois du cannabis au cours de leur vie (19,1 % vs 6,6 % pour les autres chez les plus de 15 ans). Ces relations entre des comportements de santé et les sorties restent vraies lorsque l'on tient compte de l'âge.

Dans le même ordre d'idées, une proportion plus importante de jeunes (58,3 %) a retrouvé des copains dehors près de chez eux, au cours des sept derniers jours. Ils sont logiquement plus nombreux chez ceux qui ont eu des rencontres amicales au café ou dans un bar (67,0 %) que chez les autres adolescents (50,9 %).

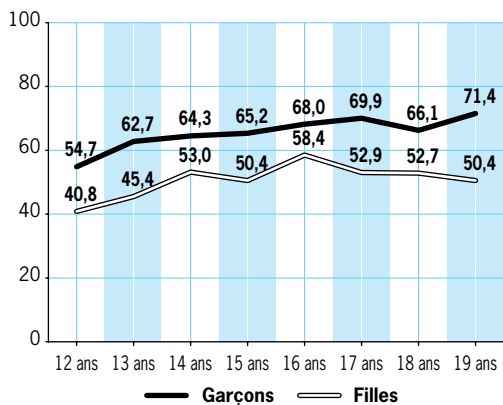
Il s'agit toujours plutôt de garçons (65,6 % vs 50,7 % pour les filles) et cette attitude augmente modérément avec l'âge pour les deux sexes, avec un tassement après 16 ans (*Figure 5*). Plus les jeunes ont vécu de redoublements (d'aucune fois à une ou deux fois), plus ils sont concernés par ces sorties. Il s'agit plus souvent aussi d'adolescents issus de familles monoparentales ou recomposées.

La profession du chef de famille apparaît, elle aussi, déterminante : les enfants d'agriculteurs ont moins souvent l'habitude de voir leurs amis dehors (45,3 %) que les enfants



Figure 5

**Jeunes ayant retrouvé leurs camarades dehors près de chez eux au cours des sept derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



d'autres professions (artisans, commerçants et chefs d'entreprises : 55,1 % ; employés : 57,4 % ; cadres et professions intellectuelles supérieures : 58,1 % ; professions intermédiaires : 59,0 % ; ouvriers : 59,8 %).

Pour ce qui concerne la qualité de vie déclarée, les jeunes ayant ce type de sorties (se retrouver avec des copains près de chez eux) ont un score de santé sociale et de santé générale meilleur que les autres jeunes, par opposition avec ceux ayant fréquenté les bars ou les salles de jeux qui apparaissent plus pessimistes quant à leur qualité de vie.

En revanche, les mêmes tendances à adopter certains comportements « à risque » (tabac, alcool, cannabis) existent aussi dans cette population, mais d'une manière moins marquée que pour ceux fréquentant bars ou salles de jeux.

## Les parents

La question du rapport aux parents est centrale dans l'adolescence. Elle concerne en particulier l'autorité, les règles ou la loi,

le contrôle parental, qui sont parfois prétextes à d'intenses négociations, à des définitions et redéfinitions souvent conflictuelles des limites à établir. Les questions posées dans le Baromètre santé jeunes donnent aussi l'occasion d'étudier le sentiment que perçoivent les jeunes d'exister par rapport à leurs parents et de disposer d'une estime de soi minimale dans le regard de ceux-ci.

Deux dimensions ont été ainsi explorées :

- Le contrôle et la cohérence parentale :
  - « les parents veulent savoir où vous êtes et ce que vous faites »,
  - « vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez »,
  - « oublient vite un règlement qu'ils ont établi ».

- Le dialogue, l'écoute, et le renforcement de l'estime de soi par les parents :

- « vous félicitez »,
- « écoutent vos idées et vos opinions ».

Les modalités proposées étaient « très souvent », « assez souvent », « parfois » et « jamais ». Les taux, selon l'âge, de réponses positives (« très souvent » et « assez souvent ») à ces cinq questions sont présentés pour les garçons et pour les filles (Figure 6).

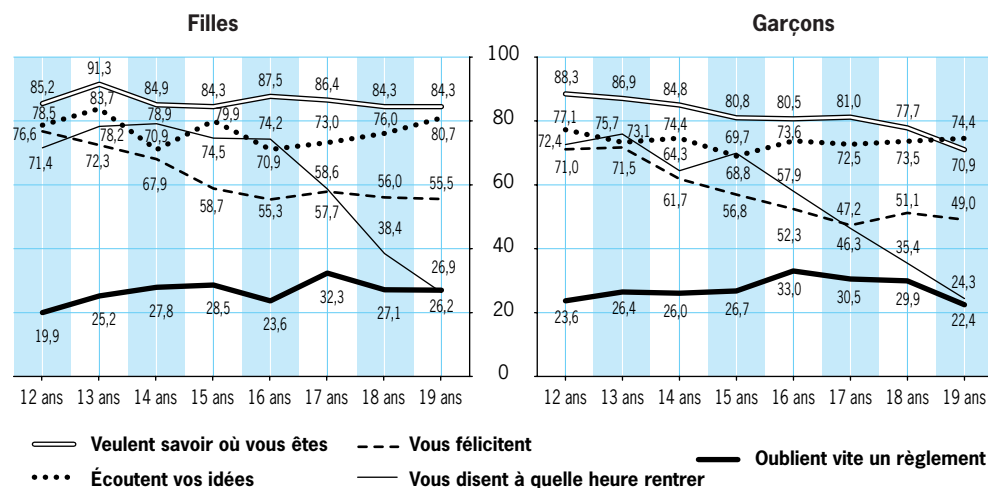
Selon les dires des jeunes, 83,4 % des parents veulent savoir où ils sont (très ou assez souvent), 75,0 % écoutent leurs idées ou opinions, 59,5 % les félicite, 58,1 % leur disent à quelle heure rentrer et 26,9 % seulement oublient vite un règlement qu'ils ont établi.

D'une manière significative, les filles sont plus « contrôlées » que les garçons (« veulent savoir où vous êtes », « vous disent à quelle heure rentrer »), mais elles ont aussi l'impression d'être plus estimées (« vous félicitez ») et écoutées (« écoutent vos idées et vos opinions »). Les filles ont, en revanche, la même perception que les garçons quant à la cohérence parentale (« oublier vite un règlement »).

- Les plus âgés, et notamment les majeurs, sont moins concernés par le désir des parents de savoir où ils sont (88,0 % à 12-13 ans et 78,9 % à 18-19 ans).

Figure 6

## Attitudes parentales perçues selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



Ce désir parental concerne moins les adolescents demeurant en communes rurales et dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants. Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) se considèrent plus souvent l'objet de ce contrôle que ceux issus de familles monoparentales ou recomposées.

Par ailleurs, les 12-19 ans plus contrôlés quant aux horaires ont moins souvent bu de l'alcool une fois par semaine au cours de l'année écoulée (20,9 % vs 33,8 % pour le reste de l'échantillon), sont moins souvent fumeurs réguliers (22,3 % vs 29,5 %) ou consommateurs de cannabis au cours de la vie (26,9 % vs 33,5 %). Ces différences restent vraies lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe.

- Le fait d'avoir des parents qui disent à quelle heure rentrer est relié d'une manière très significative avec l'âge, avec une décroissance linéaire encore plus nette que la question précédente (71,9 % des jeunes de 12 ans sont concernés vs 25,2 % des 19 ans).

Les 17 ans et plus sont notamment beaucoup moins contrôlés que les autres. Il semble donc que les parents d'adolescents

plus âgés, s'ils désirent encore massivement être informés des déplacements, imposent en revanche beaucoup moins les heures de rentrée.

Le contrôle parental s'exerce d'une manière identique entre garçons et filles chez les plus jeunes (vers 12-13 ans, avant ou au début de la puberté) et les majeurs. En revanche, les filles entre 14 et 16 ans sont beaucoup plus surveillées quant à leurs horaires, en restant à un niveau de contrôle quasi identique qu'à 13 ans, alors que leurs homologues masculins sont progressivement de plus en plus libres.

Comme pour la question précédente, les jeunes ruraux sont moins contrôlés quant aux horaires, ainsi que ceux qui ont déjà redoublé une classe au moins une fois. Les jeunes demeurant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont en revanche plus contrôlés.

De plus, il y a une relation entre des comportements à risque liés à l'alcool (boire au moins une fois par semaine, avoir au moins une ivresse au cours de la vie) et la présence moins effective de ce type de contrôle parental. Ces liens statistiques sont avérés quels que soient l'âge et le sexe.







- La perception d'un manque de cohérence parental (« *oublie vite un règlement qu'il s'est établi* ») ne correspond pas à un âge ni à un profil sociodémographique particulier.

Cependant, les enfants ayant redoublé ont une perception plus aiguë de l'absence de cohérence parentale (avec une augmentation de la perception de ce manque de cohérence en fonction du nombre de redoublements, c'est-à-dire « 0 fois », « 1 fois », « 2 fois ou plus »).

Des relations entre certains comportements de santé (fumeurs réguliers, consommateurs hebdomadaires d'alcool, consommateurs de cannabis au cours de la vie) et la perception d'une moindre cohérence dans l'application des règles parentales sont là aussi identifiées, et ce quels que soient l'âge et le sexe.

- Le sentiment d'être assez souvent et très souvent félicité par ses parents est aussi en relation avec l'âge. Une diminution im-

portante vers 15 ans de cette perception est encore plus sensible chez les garçons. Cependant, les enfants ayant redoublé se sentent moins souvent félicités (avec une diminution de la perception de ces félicitations en fonction du nombre de redoublements c'est-à-dire « 0 fois », « 1 fois », « 2 fois ou plus »). De plus, les adolescents membres de famille recomposées se déclarent moins valorisés que les autres.

Les jeunes les plus valorisés par leurs parents adoptent aussi moins souvent certains comportements à risques, et ceci d'une manière encore plus nette par rapport au reste de l'échantillon, notamment pour ce qui concerne la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Toutes ces relations restent vraies quels que soient l'âge et le sexe.

- La perception d'une attention aux idées de l'adolescent de la part de ses parents n'est pas en relation avec l'âge.

Nous pouvons faire la même remarque que pour la question précédente — le sentiment d'être souvent félicité — pour ce qui concerne les redoublements et certains comportements à risque cités (fumeurs réguliers, consommateurs hebdomadaires d'alcool, consommateurs de cannabis au cours de la vie). Nous avons tenu compte des mêmes ajustements concernant l'âge et le sexe.

Il existe bien entendu une relation statistique significative entre les variables de chaque groupe (contrôle et cohérence parentale d'un côté ; dialogue, écoute, renforcement de l'estime de soi par les parents de l'autre) :

- Les parents qui veulent savoir où sont les adolescents et ce qu'ils font sont aussi ceux qui fixent beaucoup plus souvent l'heure de rentrée du jeune. En revanche, ils ne se montrent pas plus cohérents que les autres quant au suivi des règlements. De même, les parents qui fixent l'heure de rentrée du jeune ne sont pas, non plus, plus cohérents quant aux règles choisies.

Dans la même perspective, les parents qui « félicitent » sont perçus comme écoutant plus souvent les idées et les opinions du jeune. Un raisonnement un peu rapide pourrait

**Brigitte, maman de deux filles de 15 et 17 ans**

**« Un soir, ma fille de 15 ans est venue s'asseoir à côté de moi à la cuisine, pendant que je préparais le repas. Je sentais qu'elle tournait autour du pot, qu'elle cherchait à me parler. D'un seul coup, le fil s'est déroulé, elle m'a tout dit. Comme elle était mal dans sa peau, comme elle pensait qu'elle ne pouvait pas réussir en classe. Cela m'a permis de reprendre les choses en main, d'être encore plus présente et attentive. J'ai eu cette chance de pouvoir recevoir cette confiance, mais j'aurais très bien pu passer à côté. Finalement je suis contente qu'elle ait eu suffisamment confiance en moi et qu'elle trouve le courage de venir me parler. Cela prouve qu'elle sait que je suis toujours là pour elle. Et ça, c'est une réussite ».**

amener à penser que les parents « contrôleurs » (premier groupe de questions) sont moins sensibles au dialogue (deuxième groupe de questions) selon la déclaration de leurs enfants. Nos résultats indiquent, au contraire, que les parents désirant savoir où est le jeune (très ou assez souvent) écoutent plus souvent ses idées et ses opinions (c'est le cas pour 76,9 % d'entre eux vs 65,1 % des autres parents) et félicitent aussi l'adolescent plus souvent (62,2 % vs 46,2 %). De la même manière, les parents qui « disent à quelle heure rentrer » félicitent plus et écoutent plus souvent les idées du jeune. L'attention à la vie du jeune s'exprime ainsi de manière concomitante, à la fois dans sa dimension de contrôle, avec les limites que les parents désirent donner, et dans une autre dimension d'accueil et d'écoute.

## La perception des risques pour la santé

La question de craindre pour soi-même un certain nombre de risques ou de maladies a été posée à l'ensemble de l'échantillon de la même manière que pour le Baromètre santé adultes 95/96 [2]. La formulation a été identique et le Baromètre santé jeunes s'est vu ajouter trois questions supplémentaires : craintes concernant les maladies respiratoires, les accidents de sport et de loisirs, les accidents à l'école en dehors du sport. Par ailleurs, l'expression de ces craintes entretient un rapport souvent complexe, mais instructif pour l'éducateur de santé, avec la prise de risque elle-même. En considérant les craintes dont la formulation a été proposée à tous les jeunes de 12 à 19 ans, il est à remarquer que les jeunes interrogés sont logiquement moins concernés par la crainte des maladies que les adultes (cf. Baromètre santé adultes 95/96 [2]). Ainsi, pour quasiment toutes les maladies ou problèmes de santé (sauf le sida et le suicide), le pourcentage de

12-19 ans les craignant pour eux-mêmes « pas mal ou beaucoup » est inférieur à celui des 18-75 ans. Les accidents de la circulation arrivent en « tête » comme chez les adultes, avec néanmoins un pourcentage beaucoup moins élevé : 47,0 % des adolescents « craignent » pas mal ou beaucoup les accidents vs 69,1 % des 18-75 ans. Le sida « devance », en revanche, le cancer chez les jeunes (40,8 % de jeunes « craignant » le sida pour eux-mêmes et 39,8 % le cancer), alors que pour la population adulte, le cancer est la deuxième crainte exprimée (63,3 %). De plus, les maladies cardiaques, très présentes dans les craintes des adultes (troisième position avec 47,6 % de personnes les craignant) apparaissant logiquement plus lointaines aux jeunes (25,1 % de craintes). Enfin, le suicide apparaît à un niveau de craintes quasi équivalent dans les populations jeunes et adultes.

Quand il existe une différence selon le sexe au niveau des craintes (craindre pas mal et beaucoup), ce sont les filles qui sont les plus craintives (accidents de la circulation, cancer, maladies cardiaques, sida et suicide), sauf pour la crainte des accidents de travail concernant plus les garçons. Les différences en ce qui concerne l'âge se retrouvent d'une manière significative pour quasiment toutes les craintes, sauf pour les accidents de sport et de loisirs, et la tuberculose.

Les données du Baromètre santé adultes 95/96 [2] et celles du Baromètre santé jeunes 97/98 ont été agrégées pour évaluer les évolutions éventuelles avec l'âge de ces différentes craintes (Tableau I).

- Certaines craintes, comme celle du cancer, des maladies cardiaques, des accidents de travail, des accidents de la circulation et de la dépression croissent progressivement avec l'âge, pour atteindre un sommet entre 45 et 54 ans ou 55 et 64 ans.
- La crainte du suicide concerne plus spécifiquement les plus jeunes (12-17 ans) et l'âge adulte mûr (35-75 ans).
- Les craintes des maladies dues à l'alcool semblent moins concerner les adolescents



**Tableau I**

**Craintes personnelles par rapport à certains risques ou maladies : combinaison du Baromètre santé jeunes 97/98 et Baromètre santé adultes 95/96 (pourcentage de sujets craignant « pas mal » ou « beaucoup »)**

	Baromètre santé jeunes 97/98				Baromètre santé adultes 95/96					
	12-14 ans	15-17 ans	18-19 ans	Total	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans
Les maladies respiratoires <sup>a</sup>	24,2	29,5	28,1	27,3						
Les accidents de sport et de loisirs <sup>a, c</sup>	23,2	25,6	23,2	24,1						
Les accidents à l'école en dehors du sport <sup>a</sup>	15,5	14,6	11,2	14,1						
Les accidents de la circulation	38,7	48,1	56,2	47,0	60,6	69,0	73,3	74,9	71,5	63,2
Les accidents de la vie domestique à la maison ou autour	16,6	16,3	13,5	15,6	23,0	27,3	23,9	27,4	34,6	34,6
Les accidents du travail <sup>b</sup>		22,0	28,4	23,9	25,3	26,6	29,7	30,1	30,9	22,9
Le suicide	17,0	13,5	8,6	13,4	9,3	8,6	13,3	17,8	14,3	14,8
La dépression	17,7	20,3	20,7	19,5	22,1	23,3	33,3	36,0	40,0	34,9
Le sida	32,4	44,5	46,7	40,8	43,6	31,9	32,6	31,4	33,3	24,9
Les maladies sexuellement transmissibles hors sida <sup>b</sup>		43,0	42,5	42,7	38,7	19,8	20,5	21,9	25,9	18,0
La tuberculose <sup>c</sup>	19,4	17,3	16,2	17,7	13,4	15,5	18,1	24,5	27,0	28,9
Le cancer	32,5	41,6	46,7	39,8	53,9	57,7	64,3	72,0	72,4	62,4
Les maladies cardiaques	22,6	26,2	26,6	25,1	32,5	37,7	45,0	57,3	62,3	59,3
Les maladies dues à l'alcool	15,3	12,5	10,0	12,8	9,4	9,8	18,5	20,4	24,4	16,0

a. Posée seulement au Baromètre santé jeunes. b. Posée aux plus de 15 ans. c. Différence non significative avec l'âge chez les jeunes.

et les jeunes adultes entre 15 et 34 ans, alors que les plus jeunes et les plus âgés se déclarent plus inquiets.

- Le sida et les maladies sexuellement transmissibles hors sida (question posée aux plus de 15 ans) ont un statut un peu à part, car une inquiétude personnelle vis-à-vis de ces maladies préoccupe plutôt les jeunes (15-24 ans). De nombreuses craintes concernant la santé sont en relation avec une qualité de vie inférieure dans toutes ses dimensions sauf sociale (voir plus loin pour les définitions de la qualité de vie mesurée par le profil de santé de Duke). Ainsi, les jeunes qui craignent « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes les accidents à l'école (en dehors du sport), les accidents de la circulation, le cancer, les maladies cardiaques, le sida ainsi que les maladies sexuellement transmissibles hors sida, le suicide, la dépression, les maladies respiratoires ont une qualité de vie moins affirmée dans le do-

maine de la santé physique, mentale, sociale, de l'estime de soi et se ressentent plus déprimés et plus anxieux.

## Autoperception de l'état de santé et de fatigue

### L'état de santé perçu

La perception de l'état de santé a été abordée de la manière suivante : « Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est : pas du tout satisfaisante, peu satisfaisante, plutôt satisfaisante, très satisfaisante ».

Les jeunes de 12-19 ans se considèrent en bonne santé : 94,7 % d'entre eux déclarent que leur santé est « plutôt » ou



« très » satisfaisante et ils sont moins de 1 % à affirmer qu'elle ne l'est pas du tout. Les filles déclarent plus souvent que leur santé est insatisfaisante (6,5 % vs 4,2 %) avec une augmentation avec l'âge pour ce qui les concerne (4,8 %, 6,4 %, 9,6 % respectivement à 14-15 ans, 16-17 ans et 18-19 ans), visible à partir de 16-17 ans (Figure 7). La proportion de garçons insatisfaits n'évolue pas, quant à elle, avec le temps. Il faut cependant noter que les petits effectifs en cause ne permettent de discerner une différence significative entre garçons et filles qu'à 18-19 ans.

L'état de santé déclaré varie également selon que les adolescents ont ou non une maladie chronique ou un handicap physique.

### Se déclarer bien portant

Plus de neuf jeunes sur dix se considèrent bien portants (item du profil de santé de Duke). Six jeunes sur dix considèrent que c'est « tout à fait » leur cas et trois sur dix que c'est « à peu près » leur cas.

Les filles se déclarent moins souvent bien portantes que les garçons (11,6 % vs 8,1 %). Ce sentiment varie peu selon l'âge chez les garçons, alors que pour les filles, il di-

#### Claire, élève de terminale

**« Je me sens tout le temps fatiguée. D'ailleurs, cela n'a rien de très étonnant, avec mes trente-sept heures de cours par semaine, sans compter le travail personnel à la maison ! On nous prend pour des machines à apprendre. Les programmes sont beaucoup trop lourds, il y a trop de matières. Et tout ça pour quoi ? Pour se retrouver au chômage d'ici quelques années ? Au lycée, on nous demande d'être citoyens, de nous ouvrir au monde extérieur et on ne nous en laisse même pas le temps. Personnellement, je m'occupe du journal du lycée. Pour écrire les articles et faire les maquettes, je n'ai pas d'autre choix que de m'y mettre la nuit. Normal que je dorme debout ensuite ! »**

minue jusqu'à 17 ans pour remonter ensuite chez les adolescentes âgées de 18 ou 19 ans.

Les redoublants sont plus nombreux à affirmer ne pas être bien portants ainsi que les enfants issus de foyers dont le chef de famille est ouvrier ou inactif.

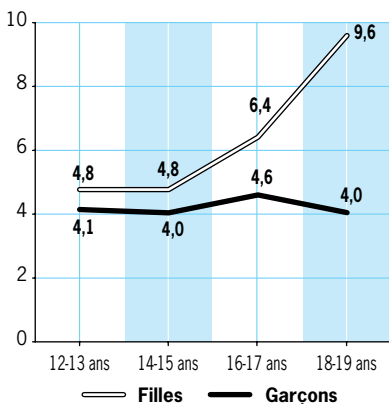
### La fatigue

Les jeunes sont 68,3 % à avoir eu l'impression d'être fatigués au cours des huit derniers jours (item du profil de santé de Duke) : 50,5 % « un peu », 17,8 % « beaucoup » et plus souvent les filles que les garçons (76,9 % vs 60,0 %). Ainsi, parmi les jeunes déclarant être « beaucoup » fatigués, un sur trois seulement est un garçon.

Si l'impression de fatigue est liée au sexe, il est aussi utile de la rapprocher de l'âge (Figure 8). La proportion des jeunes déclarant avoir été fatigués croît linéairement de 12 ans (ils sont 53,7 %) jusqu'à 17 ans (78,1 %). Une légère inversion de tendance

Figure 7

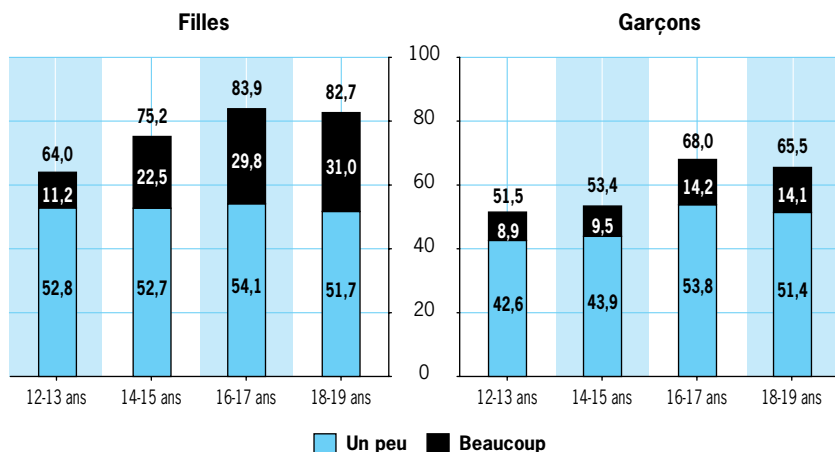
**Jeunes dont l'état de santé est « peu » ou « pas » satisfaisant selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**





**Figure 8**

**Avoir eu l'impression d'être fatigué au cours des huit derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



est cependant à noter chez les 18-19 ans (73,1 %).

Si les redoublants déclarent être moins bien portants, il se sentent, en revanche, moins fatigués : 70,7 % des non-redoublants se déclarent comme tels, vs 66,2 % pour ceux qui ont redoublé une fois et 64,2 % des redoublants « 2 fois ou plus ».

De même, les ruraux ainsi que les habitants d'agglomérations de moins de 20 000 habitants sont moins nombreux que les autres à déclarer être fatigués (Figure 9). Plus l'agglomération est grande, plus la déclaration de fatigue est importante (76,2 % des jeunes habitant la région parisienne).

C'est ainsi que les enfants d'agriculteurs sont beaucoup moins nombreux à déclarer être fatigués (53,7 %). Cela n'est pas le cas pour les enfants dont le chef de famille est cadre ou de profession intellectuelle supérieure (78,3 %) habitant plus souvent en ville. En effet, 80,1 % des enfants d'agriculteurs habitent en commune rurale et 12,5 % en commune de moins de 20 000 habitants, alors que 53,6 % des enfants de cadres demeurent dans une agglomération de plus de 200 000 habitants (y compris l'agglomération parisienne).

À noter que les enfants de familles monoparentales ou recomposées sont plus nombreux à avoir eu l'impression d'être fatigués au cours des huit derniers jours.

Enfin, il est important de souligner qu'il existe une relation entre la fatigue et le nombre moyen d'heures de sommeil déclarées : les jeunes ayant déclaré avoir été « beaucoup » fatigués au cours des huit derniers jours dorment moins longtemps que les autres (7,9 heures vs 8,8 heures).

## Le sommeil

### Problèmes de sommeil

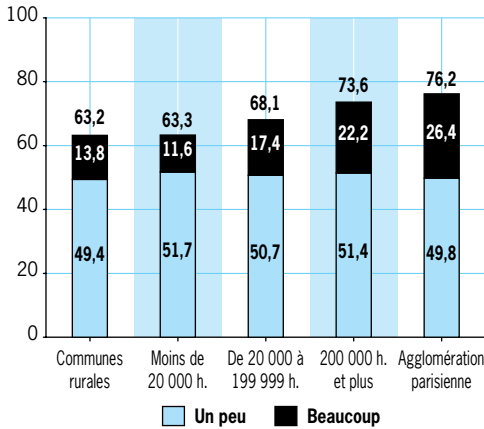
Plus d'un jeune de 12 à 19 ans sur trois (37,1 %) déclarent avoir eu « un peu » ou « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, respectivement 29,4 et 7,7 % (cette question fait partie des items du profil de santé de Duke). Les filles sont plus nombreuses dans ce cas (43,8 % vs 30,7 % pour les garçons) et la proportion des interviewés déclarant avoir

eu des problèmes de sommeil augmente linéairement avec l'âge ; en effet, elle passe de 27,9 % pour les jeunes de 12-13 ans à 42,7 % pour les 18-19 ans. Cette tendance (qui semble néanmoins se stabiliser pour

les plus âgés) est évolutive aussi bien pour les filles que pour les garçons (Figure 10). Les problèmes de sommeil augmentent avec la taille des agglomérations : 33,6 % des jeunes résidant dans des villes de moins

**Figure 9**

**Avoir eu l'impression d'être fatigué(e) au cours de huit derniers jours selon le lieu d'habitation (en pourcentage)**

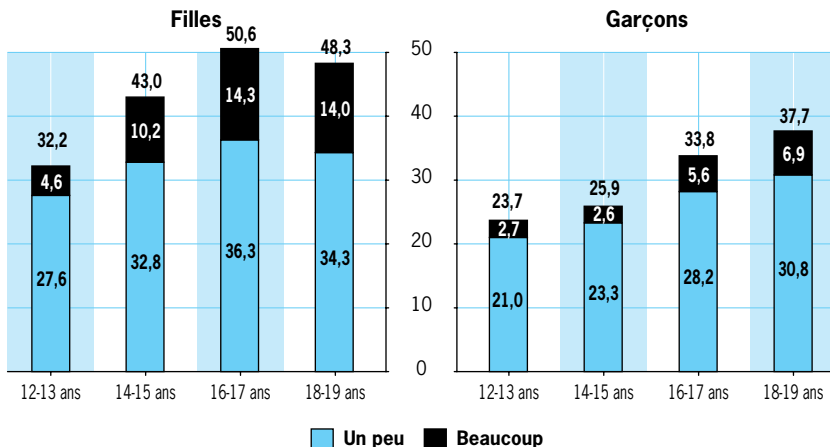


**Catherine, élève de première**

« J'ai toujours eu de gros problèmes de sommeil. Je ne m'endors jamais avant minuit, pour me réveiller à cinq heures du matin. Depuis que je suis bébé, il paraît que c'est comme ça. Je suis sans doute insomniaque. Chaque fois que je consulte un médecin, il ne me prescrit que des remèdes à base de plantes qui ne sont pas du tout efficaces. Alors de temps en temps, quand je n'en peux vraiment plus, que je suis au bord de l'épuisement, ma mère me donne des somnifères à elle. Mais je n'aime pas trop ça, car j'ai peur de m'y habituer. Mais d'un autre côté, je ne peux pas vivre sans dormir. »

**Figure 10**

**Problèmes de sommeil déclarés dans les huit derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**









de 20 000 habitants se plaignent de problèmes de sommeil vs 40,9 % dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants et 41,3 % dans l'agglomération parisienne (Figure 11).

Les enfants de familles recomposées semblent déclarer plus régulièrement des problèmes de sommeil (42,8 %) que les enfants de familles monoparentales (40,3 %) ou de familles réunissant les parents de naissance (ou d'adoption) (35,8 %).

La profession du chef de famille peut être mise en relation avec les problèmes de sommeil ; les enfants d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise sont en effet 45,5 % à déclarer avoir des problèmes ; à l'opposé, les enfants d'agriculteurs sont seulement 28,7 % à l'affirmer.

### Nombre moyen d'heures de sommeil par nuit

Si les filles déclarent avoir eu plus de problèmes de sommeil que les garçons, il faut

Figure 11

Problèmes de sommeil déclarés selon la taille d'agglomération du domicile (en pourcentage)

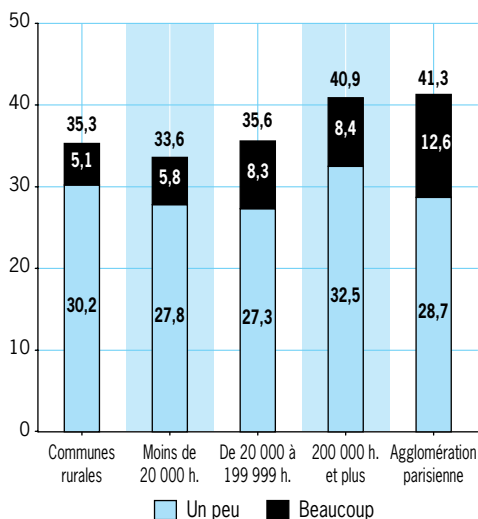
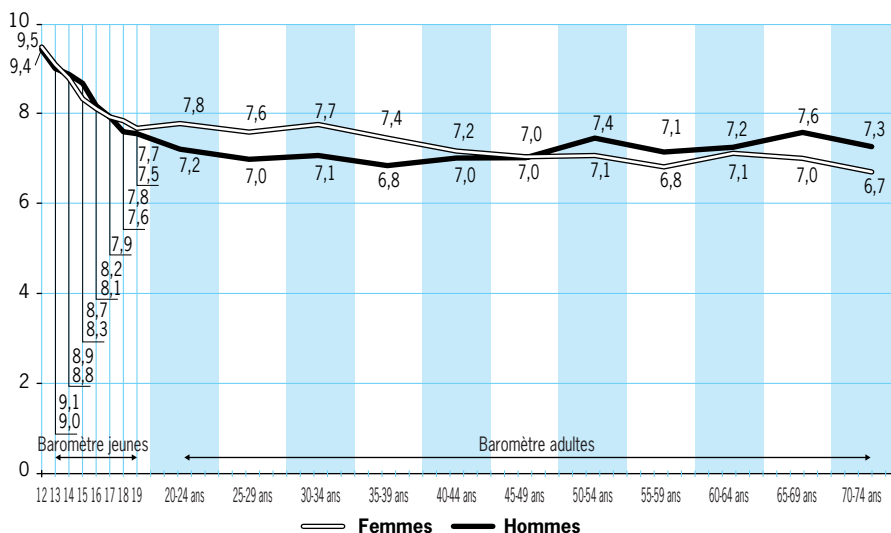


Figure 12

Temps moyen de sommeil selon l'âge et le sexe (en heures décimales)



Pour les 20 ans et plus, le nombre moyen d'heures de sommeil a été calculé par classes de cinq ans (20 à 24 ans ; 25 à 29 ans...). La moyenne a été indiquée en regard du milieu de la classe.

noter, en revanche, qu'il n'existe aucune différence entre les deux sexes concernant la durée moyenne de sommeil déclarée ; les jeunes, garçons ou filles, dorment en moyenne 8,3 heures par nuit.

Ce temps diminue considérablement et de façon linéaire selon l'âge. La moyenne des heures de sommeil passe de 9,4 heures pour les jeunes de 12 ans à 7,6 pour les plus âgés (19 ans). C'est d'ailleurs à cette période (la fin de l'enfance et le début de l'adolescence) que la durée moyenne de sommeil évolue le plus rapidement : le Baromètre santé adultes 95/96 [2] permet en effet de discerner une stabilisation de la durée moyenne de sommeil à un chiffre légèrement supérieur à 7 heures après 20 ans (Figure 12).

Les jeunes ayant redoublé deux fois ou plus dorment en moyenne moins que les autres. En moyenne, les jeunes dorment plus en milieu rural (8,5 heures) qu'en milieu urbain (8,3 heures) ; plus l'agglomération est grande, moins le temps de sommeil est élevé : 8,5 heures pour les communes comptant moins de 20 000 habitants contre 8,1 heures en agglomération parisienne (Figure 13).

Les enfants dont les parents travaillent déclarent dormir plus longtemps que les autres, de même que les enfants d'agriculteurs, d'employés et d'ouvriers.

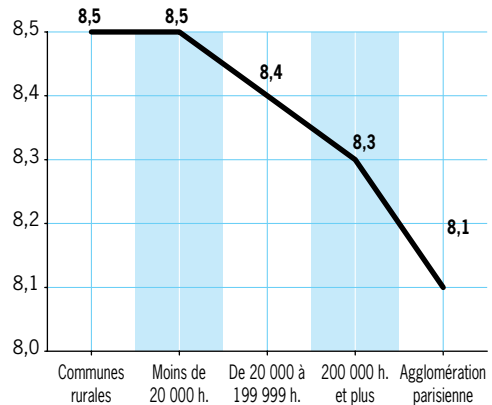
Les jeunes déclarant avoir eu, dans les huit derniers jours, pas du tout, un peu et beaucoup de problèmes de sommeil dorment respectivement 8,6, 8,1 et 7,4 heures.

## La qualité de vie évaluée par le profil de santé de Duke

Le profil de santé de Duke est un instrument générique de mesure de la qualité de vie qui comporte 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions : physique, mentale, sociale, santé perçue et

**Figure 13**

### Temps moyen de sommeil selon la taille d'agglomération (en heures décimales)



### Séverine, élève en quatrième

« Avant, mes parents me persécutaient pour que je me couche tôt. Maintenant ils ont laissé tomber. Ils me laissent gérer ça toute seule. Du coup, je me couche très tard, souvent à minuit. De toute façon, je n'arrive pas à m'endormir plus tôt. J'écoute la radio, je regarde la télé, je lis. J'ai envie de profiter de ma soirée. La soirée, c'est le seul moment tranquille de la journée : les devoirs sont finis, les parents sont couchés. J'ai besoin de ce laps de temps pour décompresser entre le moment où je rentre de l'école et le moment où il faut se coucher. Je me repasse ma journée dans ma tête, je réfléchis aux choses dont j'ai envie dans la vie, je rêve. Je sens bien que je manque de sommeil, mais je n'ai pas trouvé de solution à mon dilemme ».



incapacité. Ces composantes peuvent être recombinaées en santé générale, anxiété, douleur, estime de soi et dépression (*Tableau II*). Le score de santé générale est global. Il représente la somme des dimensions physique, mentale et sociale (15 items). Chaque item est coté de 0 à 2 sur une échelle ordinale à trois modalités et chaque dimension est la somme des items qui la composent, en général 4 ou 5. Les scores sont normalisés de 0, indiquant la pire qualité de vie, à 100 indiquant une qualité de vie optimale pour la plupart des dimensions (santé physique, mentale, sociale, générale, santé perçue et estime de soi) ; les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité, de douleur sont évalués en sens inverse (le score de 100 exprimant la qualité de vie minimale).

Le profil de santé de Duke avait été introduit dans le Baromètre santé adultes 95/96 [2] avec l'objectif de décrire la qualité de vie des Français d'âge adulte et de la ca-

ractériser en fonction de paramètres sociodémographiques et des comportements de santé. Dans une perspective comparative entre les populations, il a été décidé d'utiliser le même instrument, conçu à l'origine pour la population adulte, pour évaluer la qualité de vie des 12-19 ans. Le profil de santé de Duke avait l'avantage d'être validé dans sa version téléphonique, tout en disposant d'un nombre limité de questions de compréhension aisée. L'adaptation au contexte des adolescents a été nécessaire en modifiant la formulation d'une des questions (concernant la santé sociale : question 15) pour la proposer dans le contexte relationnel de l'adolescence (pour les 12-17 ans).

Si la recherche sur la qualité de vie a beaucoup progressé concernant les « adultes » après 15 ans, cette question chez les adolescents, préadolescents ou enfants plus jeunes n'a pas fait systématiquement l'objet de recherches. Cependant, il est possi-

**Tableau II**

**Ventilation des items du profil de santé de Duke selon les différentes dimensions**

Items	Dimensions
1. Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3. Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4. Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5. J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6. Je suis content de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété
8. Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15. Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous, ou avec des copains en dehors de l'école (posée aux 12-17 ans)	Sociale
15 bis. Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites (posée aux 18 ans et plus)	Sociale
16. Vous avez eu des activités de groupes ou de loisirs	Sociale
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité



ble de faire l'hypothèse que les dimensions de la qualité de vie pertinentes pour les adultes le sont aussi pour les plus jeunes. L'enquête pilote précédant immédiatement le Baromètre santé jeunes, a permis de vérifier la compréhension des différents items par la tranche d'âge considérée, notamment chez les plus jeunes.

## Résultats

Les garçons déclarent une meilleure qualité de vie que les filles pour toutes les dimensions, notamment en santé physique (scores de 81,8 vs 73,8), mentale (74,5 vs 65,6), sociale (69,1 vs 66,5) et en santé générale (75,1 vs 68,7). Ils ont un score d'estime de soi supérieur (77,7 vs 70,8) et des scores d'anxiété (29,7 vs 36,8) et de dépression (27,4 vs 36,1) inférieurs.

La significativité de la différence selon l'âge est très marquée chez les filles dans quasiment toutes les dimensions sauf sociale (Figure 14 : évolution des scores de santé physique, mentale, sociale et d'estime de soi des filles), alors que chez les garçons, seuls les scores de santé physique, de santé sociale, d'anxiété et de santé générale évoluent modérément avec l'âge (Figure 15 : évolution des scores de santé physique, mentale, sociale et d'estime de soi des garçons).

Ainsi, pour les filles, il apparaît que l'ensemble des scores en évolution significative décroissent d'une manière marquée jusqu'à 15 ans (compris) pour les dimensions évaluées en sens direct, et croissent parallèlement pour les dimensions évaluées en sens inverse (anxiété et dépression). Il existe, en particulier, un saut important entre 14 et 15 ans, notamment pour la dimension santé mentale, et corrélativement l'anxiété, la dépression. L'ensemble de ces scores se stabilise ensuite après 16 ans. Pour les garçons, les évolutions sont, en tout état de cause, beaucoup moins marquées. Elles vont dans le sens d'une qualité de vie moins bonne avec l'âge pour la

Figure 14

### Scores moyens de qualité de vie chez les filles selon l'âge

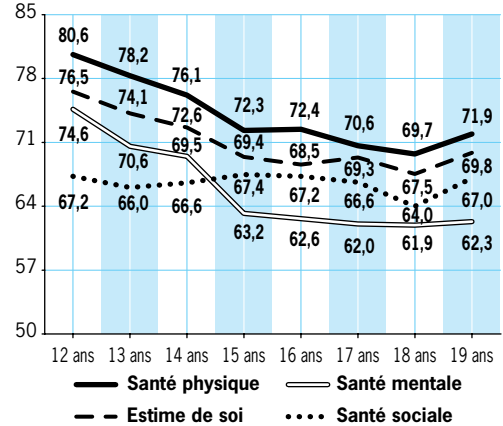
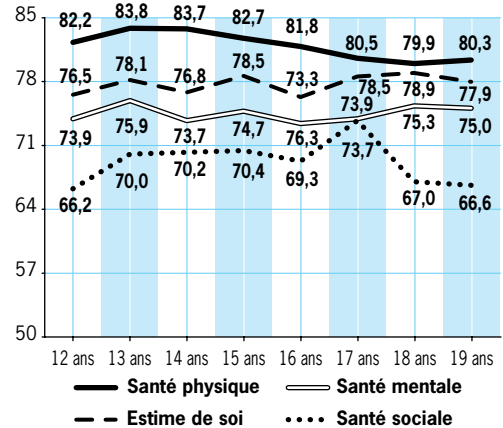


Figure 15

### Scores moyens de qualité de vie chez les garçons selon l'âge



dimension physique et l'anxiété, et un investissement plus important de la vie sociale dans les âges médians (13-17 ans ; plus particulièrement à 17 ans).

Toutes les dimensions révèlent une différence de qualité de vie très nette selon le sexe apparaissant à partir de l'âge de 13 ans (à 12 ans, la plupart des dimensions



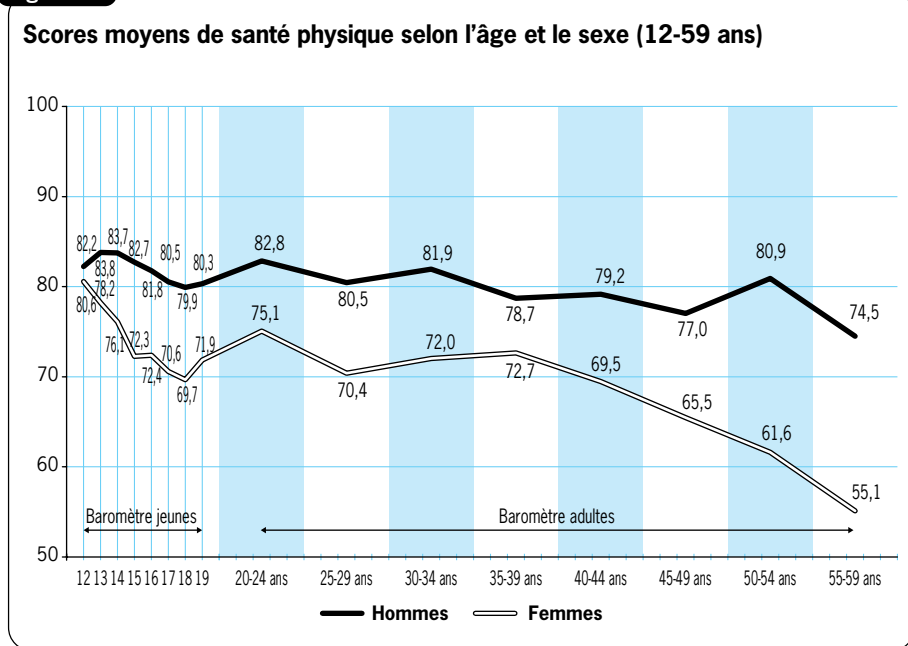
donnent des scores quasi identiques). Les différences, quant à la qualité de vie, liées au sexe se mettent donc en place au moment du développement du phénomène pubertaire.

L'évolution de la qualité de vie entre 12 et 59 ans a été étudiée en agrégeant les données du Baromètre santé jeunes 97/98 avec celles issues des personnes de 20 à 59 ans du Baromètre santé adultes 95/96 [2]. Étant donné les effectifs beaucoup plus faibles des données du Baromètre santé adultes (effectif total de l'échantillon de 1 550 personnes pour un intervalle d'âge de 20 à 59 ans), il a été nécessaire de grouper les âges du Baromètre santé adultes en classes de cinq ans. Quelles que soient les dimensions explorées (santé physique, mentale, sociale, anxiété et dépression), la variation au cours de la vie est significative pour les hommes comme pour les femmes. Si la santé physique des hommes n'évolue que très progressivement avec l'avancée dans la vie, celle des femmes subit des « à coups » beaucoup plus

brusques avec, outre la baisse nette entre 14 et 15 ans, une diminution régulière et importante à partir de 40-44 ans (Figure 16). De la même manière, la qualité de vie liée à la santé mentale (Figure 17) ne subit pas de modification marquée pour les hommes, si ce n'est une tendance un peu « meilleure » en moyenne dans la seconde partie de la vie. Chez les femmes, en revanche, il existe un plateau en « creux » entre 15 et 19 ans, une très nette amélioration au début de la vie active (jusqu'à 30-34 ans) et la décroissance sensible entre les tranches d'âge 30-34 ans et 55-59 ans.

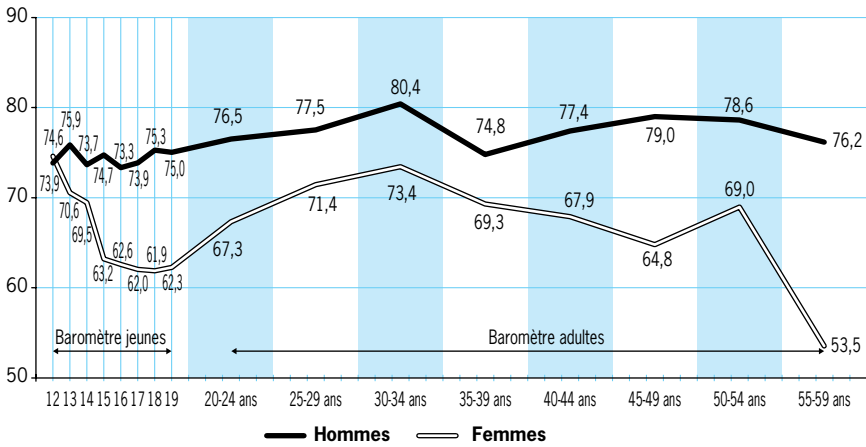
Pour ce qui concerne l'anxiété et la dépression (Figure 18), les deux courbes sont à peu près parallèles pour chacun des deux sexes (il faut remarquer qu'il existe des questions communes à ces deux dimensions). Il est possible de se rendre compte, de la même façon que pour le score global de santé mentale, que les femmes se signalent par deux périodes plus difficiles pour ces problèmes : l'adolescence après 15 ans et la période 45-59 ans. Si l'on peut observer

Figure 16



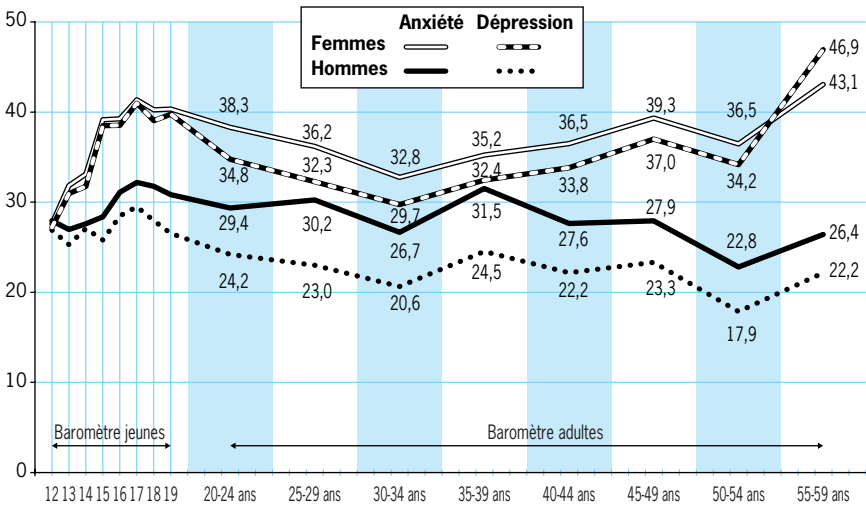
**Figure 17**

**Scores moyens de santé mentale selon l'âge et le sexe (12-59 ans)**



**Figure 18**

**Scores moyens d'anxiété et de dépression selon l'âge et le sexe (12-59 ans)**



	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans
<b>Filles</b>								
Anxiété	27,6	31,9	33,1	39,1	39,3	41,4	40,3	40,3
Dépression	27,2	31,0	31,8	38,5	38,5	41,0	39,1	39,8
<b>Garçons</b>								
Anxiété	28,0	27,0	27,6	28,4	31,1	32,2	31,8	30,8
Dépression	26,9	25,3	27,1	25,8	28,5	29,5	27,9	26,5



pour les hommes un « pic » au cours de l'adolescence, leur score subit plutôt une décroissance régulière pour le reste de la vie. L'anxiété est cependant assez marquée pour les hommes dans les années de vie active en principe plus intenses (35-39 ans).

En analysant plus finement d'autres déterminants associés à la qualité de vie, plusieurs constats peuvent être faits :

- La catégorie socioprofessionnelle déclarée du chef de famille est corrélée avec la qualité de vie dans les dimensions physique, sociale, santé générale, anxiété et dépression. Dans tous les cas (sauf la dimension sociale), les jeunes vivant dans un foyer dont le chef de famille est agriculteur ont la qualité de vie la meilleure, par opposition à celles dont les chefs de famille sont artisans et commerçants. Cette différence est la plus marquée pour ce qui concerne le score d'anxiété.
- Dans toutes les dimensions explorées (santé physique, sociale, mentale, santé générale, estime de soi, anxiété et dépression), la qualité de vie décroît d'une manière linéaire avec le nombre de redoublements déclarés (aucune fois, une fois, deux fois ou plus).
- De même, dans toutes les dimensions citées, la relation de la qualité de vie avec la situation familiale indique une décroissance de la qualité de vie déclarée selon que le jeune dit respectivement demeurer avec ses deux parents de naissance (ou d'adoption), avec un seul de ses parents, ou dans une famille recomposée (un parent et un beau-parent). Rappelons que dans cet échantillon, les situations de famille monoparentale correspondent pour 24,1 % à un décès d'un des deux parents et à 73,0 % à une séparation ou un divorce. Les situations de famille recomposée recouvrent, quant à elles, 9,7 % d'enfants ayant au moins un des parents décédé outre les enfants de parents séparés ou divorcés. Que les enfants se situent dans l'une ou l'autre des situations (parent décédé, parents séparés), toutes les dimensions de la qualité de vie explorées sont altérées (santé physique,

sociale, mentale, estime de soi, anxiété, dépression, santé générale). Cependant, les enfants déclarant un « décès » d'un des parents ont des scores de qualité de vie encore moins « bons » que ceux dont les deux parents sont séparés ou divorcés.

- Les jeunes demeurant dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants (les communes rurales exceptées), se signalent par une meilleure qualité de vie déclarée dans presque toutes les dimensions : physique, mentale, anxiété, dépression, estime de soi et santé générale (voir sur la *Figure 19* les dimensions de santé mentale, physique et générale). Dans plusieurs dimensions, les jeunes résidant en communes rurales arrivent en second quant à la qualité de vie exprimée (santé physique, mentale, anxiété, santé générale). De même, plusieurs dimensions soulignent l'aspect strictement décroissant de la qualité de vie selon la taille croissante de l'agglomération pour les communes non rurales (santé physique, estime de soi, anxiété, santé générale).
- Pour la santé physique, mentale, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et la santé générale, une qualité de vie moins bonne est logiquement et nettement reliée au fait d'avoir subi une violence au cours des douze derniers mois (quel que soit l'âge) et d'avoir subi des rapports sexuels forcés (quels que soient le sexe et l'âge).
- Certains comportements de santé sont en relation avec une qualité de vie inférieure dans toutes ses dimensions :
  - Le statut tabagique possède un lien net avec la qualité de vie (*Figure 20*). Celle-ci décroît proportionnellement selon le degré d'addiction tabagique pour la santé physique, la santé sociale, l'anxiété et la santé générale, même si l'on tient compte de l'âge et du sexe. Par ailleurs, la qualité de vie concernant la dépression, la santé mentale et l'estime de soi diminue régulièrement selon que l'on passe des non-fumeurs aux fumeurs occasionnels et aux fumeurs réguliers de moins de 20 cigarettes.
  - Dans toutes les dimensions (sauf sociale), la consommation de cannabis plus de dix fois au cours de la vie est en relation avec

une qualité de vie inférieure et ce, quels que soient l'âge et le sexe.

– Il en est de même pour la consommation d'une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine et le fait d'avoir été ivre au moins une fois dans la vie.

– Enfin, dans toutes les dimensions, le nombre de repas sautés au cours de la semaine (aucune fois, une fois, deux fois ou plus), est en relation directe avec une qualité de vie moins bonne (quels que soient le sexe et l'âge).

– Le nombre d'heures de sport pratiquées au cours de la semaine (moins de deux heures, de deux à quatre heures, de quatre à six heures, plus de six heures) est aussi en relation directe avec la meilleure qualité de vie dans toutes les dimensions, quel que soit l'âge (Figure 21).

## Analyse et synthèse générale

- Comme pour les adultes, il existe une différence importante selon le sexe dans le domaine de la qualité de vie.

En ce qui concerne la qualité de vie ressentie, mesurée par le profil de santé de Duke, les filles ont une perception qualitativement différente des garçons, dans un sens plus pessimiste, et ce dès l'âge de

Figure 19

### Scores moyens de qualité de vie selon la taille d'agglomération

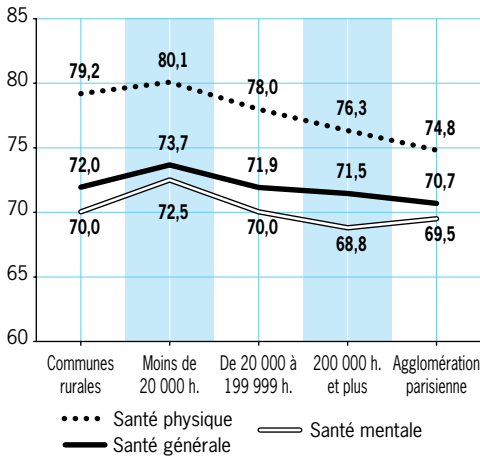


Figure 20

### Scores moyens de qualité de vie selon le profil tabagique

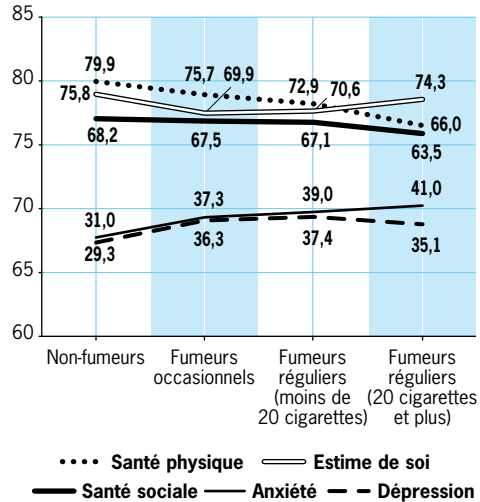
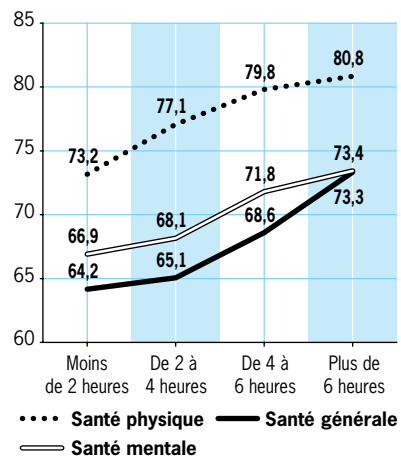


Figure 21

### Pratique sportive et scores moyens de qualité de vie





13 ans. Ce constat va perdurer tout au long de la vie. Dans la perspective de mise en place d'actions de prévention, il est important d'être attentif au saut quantitatif quant à la santé psychologique et mentale chez les jeunes filles vers 14-15 ans. S'il existe un effet « puberté », il se produirait avec quelque retard par rapport à l'âge moyen de ce phénomène, mais il est possible aussi d'évoquer un seuil de difficultés en relation avec l'entrée en second cycle d'études pour celles qui sont concernées. Les filles sont aussi plus souvent fatiguées que les garçons, déclarent plus de problèmes de sommeil et la perception de leur propre santé est plus négative. Dans la même perspective, elles sont plus craintives par rapport aux risques pour la santé dans bien des domaines.

En revanche, les garçons expriment probablement plus leur malaise, quand il existe, sur un mode « agi » de prise de risque. Cette attitude correspond à une certaine modalité de stratégie de « coping »<sup>1</sup> (voir les chapitres concernant la consommation d'alcool, les conduites d'essai, la violence et la consommation de drogues illicites).

Ces facteurs déterminant une vulnérabilité plus accrue chez les jeunes filles et un « mode de compensation » marqué chez les garçons doivent aider à réorienter les objectifs des démarches éducatives liées à la santé : groupes de pairs, activités valorisantes, mobilisation sociale.

Le mécanisme de défense par lequel les garçons mettent en acte (« agissent ») leur malaise peut se déceler aussi dans un comportement actif de mise à distance, voire de rejet de l'école (absentéisme, renvoi), alors que les filles déclarent au contraire plus souvent aimer l'école et s'y comportent de la manière plus attendue par les adultes. Dans le même ordre d'idées, les filles se révèlent plus « studieuses » que les garçons en s'adonnant moins à la télévision et aux jeux vidéo, et en lisant plus. Il s'agit peut-être de l'effet d'une plus grande

intériorisation du contrôle parental, d'un contrôle réel des parents plus important pour ce qui concerne les adolescentes, ou tout simplement de goûts et d'intérêts différents selon le sexe, sans que ces explicitations ne s'excluent mutuellement.

La perception du contrôle parental paraît en tout cas beaucoup plus marqué pour les filles, notamment en ce qui concerne le désir des parents de savoir où sont les enfants et le suivi des horaires de rentrée par les adultes en charge de l'éducation. Pour ce dernier item, les filles ne « rejoignent » réellement les garçons quant au degré de liberté accordée qu'au moment de leur majorité. Il est possible aussi d'évoquer un souci du respect de « normes » implicites plus marqué chez les filles. L'aspect social de l'investissement des garçons (sortie avec des copains) n'est probablement pas sans relation avec la moindre intensité du contrôle suscité.

• **La question de l'âge est aussi très présente dans la qualité de vie et son contexte.** Bien entendu, les plus jeunes sortent moins et, corrélativement, ils regardent plus souvent la télévision, jouent plus aux jeux vidéo et pratiquent plus la lecture. Ils ont, par ailleurs, un intérêt pour l'école plus affirmé et toutes les dimensions de la qualité de vie mesurée (qualité de vie physique, mentale et sociale) sont meilleures. Ils dorment, bien entendu, beaucoup plus et mieux que les plus âgés, et la perception de leur propre santé est meilleure. Ils sont, de plus, beaucoup moins craintifs que leurs aînés pour un certain nombre de risques ou de maladies. L'âge de 12 ans est celui où la qualité de vie des garçons est la plus semblable à celle des filles. Ce constat pourrait être repris en ce qui concerne les comportements de santé.

• Dans la perspective d'une attitude préventive plus cohérente, **il est important de souligner la relation entre la structure familiale et certains aspects de la qualité de vie.** Ainsi, les jeunes ayant vécu une séparation ou un décès parental dis-

1. Le « coping » constitue la manière personnelle de faire face aux difficultés.

posent de scores de qualité de vie (physique, mentale, sociale) moins bons que les autres, plus encore s'il s'agit du décès d'un parent. De la même façon, il semblerait que les adolescents ne vivant pas avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) s'inscrivent moins facilement dans l'institution scolaire (absentéisme, redoublements) et mènent une vie sociale extérieure avec les copains plus intense. Sans stigmatiser telle ou telle configuration familiale, il est important de porter une attention spécifique sur la fragilisation possible de certaines situations qui doivent faire l'objet de la vigilance des éducateurs, notamment au niveau de l'appel à des professionnels de l'écoute ou de l'aide. La mise en évidence de ces situations plus marquées de vulnérabilité doit orienter le travail en éducation pour la santé sur les représentations, afin de démystifier le recours à l'aide psychologique, identification et connaissance des réseaux d'aide...

- **La profession du chef de famille** paraît importante dans les questions pour lesquelles les déterminants sociaux sont classiquement retenus (rapport à l'école et redoublement), ainsi que pour certains comportements qui mettent en jeu des attitudes culturelles pouvant être liées à la profession (sociabilité amicale par exemple). Comme dans le Baromètre santé adultes 95/96 [2], les enfants d'agriculteurs se signalent par une qualité de vie déclarée meilleure dans plusieurs dimensions. La situation professionnelle quant à elle (travail ou chômage) ne semble pas en cause comme déterminant dans la plupart des questions autour de la qualité de vie (elle apparaît aussi en ce qui concerne le rapport à l'école). Rappelons que ces items étaient souvent renseignés par l'enfant lui-même (avec l'aide de l'enquêteur)<sup>1</sup>.

- **Des facteurs géographiques, notamment liés directement à la taille de l'ag-**

**glomération du domicile, semblent avoir quelque influence sur la qualité de vie** pour ce qui concerne le sommeil et la fatigue, mais aussi dans quasiment toutes les dimensions de la qualité de vie mesurée par le profil de santé de Duke. Pour des raisons probablement beaucoup plus pratiques d'accessibilité des établissements — mais peut-être aussi en fonction de causes complexes liées au rapport à l'école pouvant différer selon le lieu d'habitation —, le taux d'adolescents « en retard à l'école » ou bien « séchant » les cours est en relation directe avec la taille de l'agglomération.

- Dans d'autres chapitres, les relations significatives entre un certain nombre de comportements de santé « dits » à risque (tabac, alcool, consommation de substances psychoactives illicites, prise de risque physique, violence) sont abordés. **Il est important de souligner ici combien tout ou partie de ces comportements ont une corrélation négative aussi bien avec les dimensions de la qualité de vie mesurée** (profil de santé de Duke) dans le domaine physique ou psychologique **qu'avec certains aspects plus qualitatifs comme la relation aux parents**. Les jeunes plus investis dans des sorties et leurs relations avec leurs pairs, sont, de manière attendue, plus exposés à ces risques alors qu'ils manifestent aussi une qualité de vie exprimée inférieure. Dans une optique prenant en compte les facteurs « protecteurs », la pratique du sport s'avère en relation linéaire avec une meilleure qualité de vie.

- Le rapprochement avec le Baromètre santé adultes 95/96 [2] a permis d'adopter **une perspective inter-âges** qui souligne bien la cohérence de certaines évolutions tout au long de la vie aussi bien en ce qui concerne la qualité de vie mesurée (profil de santé de Duke) que pour d'autres aspects comme la durée du sommeil, mais aussi les craintes perçues. Cette optique souligne combien il peut paraître justifié d'étudier les données des adolescents et des

1. Mais pas toujours, car la question était posée au(x) parent(s) quand ceux-ci décrochaient le téléphone



jeunes adultes dans leur continuité, ceci notamment pour améliorer, renseigner et qualifier les interventions en éducation pour la santé à ce moment de l'adolescence et de la postadolescence. Ce type d'analyse a aussi été réalisé dans d'autres chapitres (voir les chapitres Tabac, Alcool, Drogues illicites).

### références bibliographiques

1. Chan Chee C. *Baromètre santé jeunes 1994*. Vanves : CFES, 1997 : 148 p.
2. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.



# Young people's environment and quality of life

Jacques Arènes, Arnaud Gautier

## the key facts in a few figures...

### School and work

92.7% of 12-19 year olds are in the school or university 'system': 35.9% of them like school a lot and 52.3% like it fairly well. Young people in jobs or in apprenticeships (some of whom may still be at school) represent 14.9% of the sample. 65.0% of them like their work a lot and 30.1% like it fairly well.

Among school pupils, girls like school better than boys. Boys have a higher rate of absenteeism and lateness and more often excluded from their school. One third of young people (36.3%) have had to repeat a year once, and 12.7% twice or more.

### Leisure and relationships

More than three quarters (78.2%) of teenagers watched television the day before the interview, a quarter (23.7%) played video games and 51.9% read (excluding school work). These three activities are the most common for the youngest. While the first two tend to be more common among boys, the last is more common among girls.

Half of young people (46.7%) have been, within the last seven days, in a café, bar or games arcade with friends. This is more

frequent for boys, older teenagers, less likely to be living with their original parents (birth or adoptive parents). They have a more marked profile of consumption of psychoactive substances and lower quality of life scores, psychological health in particular. Furthermore, 41.7% of young people have met friends outside their immediate neighbourhood, in the course of the last seven days. The profile of these young people is virtually identical to the previous group but their quality of life is better.

### Parents

83.4% of parents want to know (very or fairly often) where their teenager is, 75.0% listen to their opinions, 59.5% praise them, 58.1% tell them what time to come home, and only 26.9% quickly forget a rule they have made.

A proportion of these parental behaviours is expressed in inverse relation to age. Girls say they are more strictly controlled by their parents than boys while feeling that they are more appreciated by adults. The less young people feel appreciated by their parents, the less they perceive that their parents have some control over them or that their attitude is consistent,



the more they adopt certain risk behaviours (alcohol or tobacco).

### Perception of health risks

These questions were also asked during the 95/96 Adult Health Barometer. Girls are generally more fearful. Considering the way in which fears change from the age of 12 to 75, most fears (cancer, heart disease, industrial accidents, road accidents, depression) increase steadily until the age of 45-54 or 55-64. The fear of suicide affects the youngest (12-17 year olds) and mature adults (35-75 year olds). Aids and sexually transmitted diseases excluding Aids (question put to over 15s) worry the youngest (15-24 year olds).

### Perceived state of health

A very large majority of young people (94.7%) consider their own state of health very or fairly satisfactory. Furthermore, 6 out of 10 young people consider themselves "in very good health" and 3 young people out of 10 "in fairly good health". Almost 70% of teenagers questioned (68.3%) have felt tired during the last week: these are more often girls, and older teenagers. Tiredness increases proportionately with the size of the conurbation in which they live.

### Sleep

More than a third of young people report they have had "a few" or "many" problems sleeping during the last week: these are more often girls and the proportion of sleep problems increases linearly with age. The average time sleeping – 8.3 hours per night – is identical in boys and girls. It reduces with age, going from 9.4 hours at 12 to 7.6 hours at 19 years of age. The 95/96 Adult Health Barometer identified a stabilisation in the average amount of sleep at a figure slightly over 7 hours after the age of 20. The larger the town, the less the time spent sleeping and the more the rate of sleeping problems increases.

### Perception of quality of life measured by the Duke health profile

Boys report a better quality of life than girls for all dimensions (physical, mental, social and general health, self esteem, anxiety and depression). The difference with age is very marked in girls on all dimensions except social; in boys, on the other hand, only the physical health, social health, anxiety and general health scores change slightly with age. A significant jump at around 14-15 years of age for the "mental health" dimension is observed in girls.

Comparison with the data from the 95/96 Adult Health Barometer, reveals that between the ages of 12 and 75 men's perception of their physical health changes only very gradually with age, and that of women undergoes much sharper 'leaps' with a steady and significant reduction from the age of 40-44, as well as the clear fall at around 14-15 years of age. The quality of life linked to mental health does not change markedly in men, while in women, there is first a "dip" between 15 and 19 years of age, then a very clear improvement at the beginning of their working life (up to 30-34 years old) and finally, a clear decrease between the 30-34 and 55-59 year old age groups.

A less good quality of life in most of these dimensions is associated with the family situation (single parent and reconstructed families), living in a large conurbation, having suffered violence, and with drugs use (tobacco, alcohol, illegal drugs). On the other hand, a better quality of life is associated with active participation in sport.











# Nutrition

Béatrice Cotelle, François Baudier

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Le petit déjeuner

Les jeunes interrogés ont pris en moyenne six petits déjeuners lors des sept derniers jours. 7,6 % n'en ont pris aucun : à 12 ans, ils sont 3,9 % et à 19 ans 11,0 %. La prise régulière du petit déjeuner est moins fréquente quand le chef de famille est au chômage, ainsi que chez les jeunes ayant des problèmes de surpoids. Parmi ceux qui ont consommé un petit déjeuner la veille, 75,5 % ont pris du lait ou un produit laitier, 74,0 % du pain, des céréales ou des biscottes, 34,5 % un fruit ou un jus de fruit, 21,6 % un café ou du thé et 23,5 % une viennoiserie ou d'autres gâteaux. On trouve une composition « idéale » du petit déjeuner (trois groupes d'aliments) chez un jeune sur cinq (20,1 %) et une composition « correcte » (deux groupes d'aliments) chez un jeune sur deux (49,3 %). Les jeunes « obèses » sont les moins nombreux à composer de façon idéale (14,5 %) ce premier repas de la journée. Les filles consomment plus de fruits et moins de produits laitiers. Avec les années, la prise de produits laitiers et de pains-céréales-biscottes diminue alors que celle de café augmente.

### Le déjeuner

Au cours de la dernière semaine, 88,2 %

des 12-19 ans ont pris tous les jours leur déjeuner. Les filles, les adolescents les plus âgés et ceux dont le chef de famille est au chômage ou inactif ont tendance à sauter plus souvent ce repas. La maison (49,0 %) et la cantine (40,0 %) sont les deux principaux lieux de prise du repas de midi. Manger dans « un café, restaurant ou fast-food » est un comportement plutôt rare mais qui augmente avec l'âge (1,7 % à 12 ans et 10,1 % à 19 ans). Déjeuner « dans la rue » reste marginal (2,0 %). C'est dans les familles monoparentales que les adolescents prennent le plus souvent le repas de midi seul. L'immense majorité des jeunes (94,3 %) juge positivement l'ambiance à table au cours du dernier repas de midi, tous lieux de prise de repas confondus. Globalement, les jeunes sont satisfaits (83,8 %) des qualités gustatives de leur déjeuner de la veille. C'est sur les repas servis à la cantine qu'ils portent le jugement le plus négatif, même si les deux tiers d'entre eux en sont satisfaits.

### Le dîner

87,7 % des jeunes interrogés ont pris leur repas du soir quotidiennement durant les sept derniers jours, les filles moins



que les garçons, les plus âgés moins que les plus jeunes. Les filles dînent plus souvent en famille et les garçons plus à l'extérieur.

### Le brossage des dents

Les jeunes sont 87,7 % à déclarer se brosser les dents le matin, seulement 29,7 % le midi et 81,3 % le soir ; plus de la moitié disent avoir effectué ce geste deux fois la veille de l'interview, les filles plus que les garçons.

### L'ambiance des repas en famille

L'immense majorité (95,3 %) des jeunes interrogés juge positivement l'ambiance des repas en famille. Cette opinion positive se dégrade un peu avec l'avance en âge (maximum à 16-17 ans).

### Le poids

Près des deux tiers (59,6 %) des jeunes interrogés se trouvent « à peu près du bon poids », plus souvent les garçons que les filles. D'après leur indice de masse corporelle (IMC), 7,5 % sont « maigres », 13,4 % « obèses ». Il y a plus d'obèses chez les garçons (15,0 %) que chez les filles (11,6 %). Les jeunes interrogés tendent globalement vers des IMC supérieurs aux références actuelles. 12,7 % des adolescents déclarent avoir fait un régime pour maigrir au cours de l'année (filles : 21,8 % ; garçons : 4,0 %). Plus l'âge et l'indice de masse corporel augmentent, plus les 12-19 ans ont répondu positivement sur ce point.

### Les prises alimentaires en dehors des repas et la sensation d'avoir eu faim

La veille de l'interview, les trois quarts (77,9 %) des jeunes ont consommé au moins un aliment en dehors des trois repas principaux (les garçons plus que les filles) : boissons sucrées (37,3 %), gâteaux sucrés (58,2 %), gâteaux salés (12,7 %) et sandwichs ou tartines (19,2 %). Les garçons choisissent les tartines, les boissons

sucrées et les gâteaux salés. Le pourcentage des consommateurs de boissons sucrées augmente régulièrement avec l'âge, alors que celui de tartines diminue sensiblement. 5,3 % des adolescents déclarent « ne pas avoir mangé à leur faim » assez ou très souvent au cours des douze derniers mois.

### Indicateurs de troubles du comportement alimentaire

- « *Manger énormément avec de la peine à s'arrêter* » : 12,4 % déclarent avoir été souvent dans cette situation au cours de la dernière année.
- « *Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter* » : la réponse est négative dans 88,9 % des cas ; pour 6,8 % des adolescents, c'est arrivé rarement et pour 4,3 % souvent.
- « *Manger en cachette* » : 16,5 % des jeunes déclarent le faire, 10,8 % rarement, 4,5 % assez souvent et 1,2 % très souvent.
- « *Se faire vomir volontairement* » : la réponse est négative pour 95,5 % des jeunes et pour 3,7 % des adolescents, c'est arrivé rarement. « Souvent » concerne 0,8 % de la population.





Parmi les principaux déterminants de la santé des populations, l'alimentation joue un rôle majeur. L'amélioration spectaculaire de l'espérance de vie constatée dans les pays développés au cours de ces cinquante dernières années s'explique en grande partie par les progrès de l'hygiène de vie, la généralisation de certaines vaccinations..., mais aussi par la diversification des habitudes alimentaires, ainsi qu'une disparition progressive de carences en certains nutriments essentiels. Dans une vision plus prospective de la santé, la nutrition est identifiée comme un facteur incontournable permettant de prévenir certaines affections chroniques : maladies cardio-vasculaires, cancers, ostéoporose...

La France est un pays qui a toujours eu des rapports passionnels avec son alimentation. Son patrimoine est particulièrement riche et vivant, marquant ainsi des singularités qui ont des effets paradoxaux sur la santé de ses habitants [1]. Premier consommateur d'alcool au monde, avec des conséquences sanitaires majeures (cancers, accidents...), la France est aussi un pays relativement protégé vis-à-vis des affections

cardio-vasculaires. Si le rôle de la diète dite méditerranéenne est discuté ainsi que l'effet protecteur supposé d'une consommation modérée d'alcool, les Français ont des spécificités diététiques marquées. Dans ce contexte de traditions culinaires très enracinées, l'équilibre alimentaire est fragile car il est fortement exposé depuis quelques années, d'une part, à un internationalisme nutritionnel parfois appauvrissant en termes de variété des choix et des goûts et, d'autre part, à des injonctions sanitaires souvent peu fondées.

Par ailleurs, la crise sociale actuelle met un nombre important de personnes dans des situations de précarité extrêmes. Sans travail, habitant des logements mal équipés, ces personnes ont une vie aux perspectives incertaines qui leur font souvent perdre leurs quelques repères socioculturels. Bien qu'aujourd'hui les responsables de santé publique évaluent mal l'importance des conséquences nutritionnelles et sanitaires de ces situations de fragilités sociales, il semble que ces ruptures d'équilibre concernent un nombre croissant de familles, d'enfants et d'adolescents.

Les connaissances précises sur l'alimentation des Français et son évolution au fil du temps se sont sensiblement améliorées au cours de ces dernières années. La

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



multiplication des investigations locales ou nationales a été facilitée par la mise à disposition d'outils de recueil plus fiables et d'utilisation plus souple, grâce en particulier à l'outil informatique. L'analyse de l'ensemble de ces travaux révèle un tableau contrasté que le Baromètre santé nutrition 1996 a récemment confirmé [2].

Sans entrer dans le détail de ces résultats, trois constats majeurs ont été faits :

- les Français conservent un certain nombre de repères alimentaires qui semblent encore fortement enracinés dans leurs habitudes de vie et sont des facteurs de diversité et donc d'équilibre nutritionnel. Par exemple, les deux principaux repas — midi et soir — sont pris le plus souvent à la maison ;
- les populations socialement précarisées sont plus régulièrement dans des situations de déséquilibre dont il est difficile de dire aujourd'hui quelles en sont précisément l'importance et les conséquences sur le plan alimentaire et médical. Par exemple, l'obésité est nettement plus marquée chez les femmes de niveau d'études faible ;
- les sujets les plus jeunes (surtout les 18-24 ans dans le Baromètre santé nutrition 1996 [2]) ont certains comportements alimentaires qui sembleraient les exposer à des risques de santé plus grands. Par exemple, ils ont une plus faible consommation de fruits et de légumes que leurs aînés. Pourtant, il est difficile de savoir si toutes ces tendances sont liées à des effets d'âge (dans ce cas, en avançant en âge, ces jeunes adopteraient une grande partie des habitudes alimentaires actuelles de leurs parents) ou à des effets de génération (« en grandissant », ils conserveraient alors les particularités de leur génération d'appartenance, provoquant une rupture dans les habitudes alimentaires des Français). La mise en perspective du premier ou du deuxième scénario pourra être confirmée ou infirmée par les prochains Baromètres santé nutrition. Les résultats du Baromètre santé jeunes permettent de répondre à un certain nombre de questions sur les habitudes alimentaires des 12-19 ans. Tout d'abord, le petit déjeuner est exploré

de façon détaillée : les adolescents sautent-ils souvent ce premier repas de la journée ? De quoi est-il composé ? Avec qui et où le prennent-ils ?

Ensuite, les autres repas sont étudiés : où ont-ils consommé leur dernier déjeuner ? Si c'était à la cantine, l'ont-ils trouvé bon ? Le soir, avec qui ont-ils mangé ? Quelle est en général l'ambiance des repas familiaux ? Ont-ils pris quelque chose entre les repas ? Si oui, était-ce des biscuits, des boissons sucrées, des tartines... ?

Ces données fournissent une photographie assez précise des différentes prises alimentaires au cours de la journée. Elles sont complétées par des informations sur certains comportements alimentaires en relation avec le poids des jeunes et l'image qu'ils se font de leur corps : pratique de régime amaigrissant, tendances à des troubles du comportement alimentaire...

## Résultats

Pour tous les facteurs liés à l'âge et/ou au sexe (redoublement, statut familial, consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites), un ajustement a été effectué afin d'éliminer ces effets. Lorsqu'une différence est signalée, elle tient donc compte de ces facteurs de confusion.

## Les repas

### Le petit déjeuner

#### La fréquence

En moyenne, les jeunes interrogés ont pris six petits déjeuners (5,8) au cours des sept derniers jours. Près des deux tiers (65,3 %) ont effectué ce repas tous les jours et 7,6 % n'en n'ont pris aucun. Si les filles et les garçons ont sensiblement les mêmes habitudes vis-à-vis de ce premier repas de la journée, l'âge joue de façon importante sur sa fréquence qui est moins élevée chez les



plus âgés. À 12 ans, ils sont 3,9 % à l'avoir sauté tous les jours. À 19 ans, ils sont trois fois plus nombreux (11,0 %).

La prise de ce repas varie aussi en fonction de la situation familiale de l'adolescent. En effet, les jeunes qui vivent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont moins nombreux à avoir sauté leur petit déjeuner que les autres (familles monoparentales ou recomposées) : sur une semaine, une moyenne de 5,9 repas chez les premières vs 5,4. De même, la proportion de jeunes qui prennent un petit déjeuner varie selon la situation professionnelle du chef de famille. Une prise régulière de ce repas est moins fréquente quand il est au chômage : un tiers (32,2 %) des enfants de chômeurs l'a sauté « deux fois ou plus » contre un quart (25,1 %) chez ceux dont le chef de famille travaille. La régularité de la prise de petit déjeuner diminue linéairement également avec le nombre de redoublements scolaires. C'est ainsi que les jeunes ayant redoublé n'ont pris ce repas que 5,6 fois vs 6,0 fois chez les autres.

La fréquence des repas sautés augmente significativement et régulièrement en fonction de la taille de l'agglomération où habite le jeune (Tableau I). C'est ainsi que dans les communes rurales, le petit déjeuner a été pris en moyenne 6 fois vs 5,3 fois en agglomération parisienne.

Si l'on croise la fréquence de prise du petit déjeuner avec l'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ , avec le poids et la taille déclarés) en tenant compte du sexe et de l'âge, plus l'IMC augmente, plus le pourcentage de jeunes ayant sauté au moins une fois ce repas au cours des sept derniers jours croît. Autrement dit, plus les jeunes ont des problèmes de surpoids, moins ils prennent de petit déjeuner le matin (Figure 1). Ce constat est fait aussi bien chez les filles que chez les garçons.

Comme chez les 18-75 ans (Baromètre santé adultes [3]), les fumeurs réguliers sautent plus souvent leur petit déjeuner que les autres adolescents : ils n'ont, en effet, pris ce repas que 5,1 fois vs 6 fois pour le reste de la population. Il en est de même pour

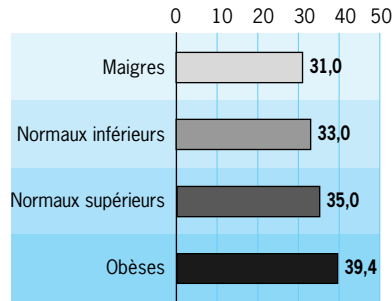
**Tableau I**

**Prise du petit déjeuner en fonction du lieu d'habitation (en pourcentage)**

Petit déjeuner sauté	0 fois	1 fois	2 fois et plus
Communes rurales	69,3	9,5	21,2
Agglomération de moins de 20 000 h.	69,0	8,7	22,3
20 000 à 199 999 h	66,3	8,9	24,8
200 000 h. et plus	65,7	8,1	26,2
Agglomération parisienne	52,5	9,7	37,8

**Figure 1**

**Jeunes ayant sauté leur petit déjeuner au moins une fois au cours de la semaine en fonction de leur corpulence (en pourcentage)**



**Mélanie, élève de troisième**

« Dans ma famille, le petit déj c'est sacré. C'est une vraie réunion de famille. On descend deux baguettes à cinq : on fait une véritable chaîne de tartines ! Un coupe le pain, l'autre le beurre, le troisième range les tartines sur un plat. Ensuite, on se régale tous ensemble. Mais quand je suis toute seule, je n'ai pas envie de faire ça. Alors je mange n'importe quoi, même des chips si j'en trouve, pour avoir quelque chose dans le ventre. »



les jeunes qui boivent au moins une fois par semaine une boisson alcoolisée, qui n'ont pris que 5,5 fois leur petit déjeuner au cours des sept derniers jours.

### L'environnement du petit déjeuner

La veille de l'interview, 12,5 % des jeunes n'avaient pas pris de petit déjeuner vs 7,0 % chez les adultes dans le Baromètre santé nutrition 1996 [2] et 18 % dans le sondage CFES/Cnamts de 1994 réalisé auprès des jeunes [1].

Parmi ceux qui ont pris un petit déjeuner la veille, 50,1 % étaient seuls, 41,8 % en famille et 8,1 % avec des copains. Exception faite de ce dernier item pour lequel les garçons sont plus nombreux à avoir mangé avec des copains, il y a peu de différences entre les garçons et les filles. En revanche, l'âge est un facteur très important. En effet, la prise de ce repas en famille est trois fois moins fréquente chez les 19 ans que chez les 12 ans (21,0 % vs 62,4 %) (Figure 2).

Les jeunes vivant dans des zones rurales sont moins nombreux à avoir pris seuls leur petit déjeuner que ceux des zones urbaines. Par ailleurs, les ruraux prennent deux fois plus souvent leur petit déjeuner avec des copains que les non-ruraux (12,1 % vs 5,2 %), ce qui est sans doute lié au fait qu'ils sont plus fréquemment pensionnaires (Figure 3). D'ailleurs, c'est parmi les enfants d'agriculteurs que ce repas est le plus souvent pris avec des copains. Les jeunes situés dans les deux intervalles d'IMC extrêmes (« maigres » et « obèses ») ont tendance à être plus nombreux à déclarer prendre ce repas en famille.

### Composition du petit déjeuner

Les jeunes qui ont consommé un petit déjeuner la veille (87,5 %), ont pris :

- du lait ou un produit laitier 75,5 %
- du pain, des céréales ou des biscottes 74,0 %
- un fruit ou un jus de fruit 34,5 %
- un café ou du thé (sans ou avec une faible quantité de lait) 21,6 %
- une viennoiserie ou d'autres gâteaux 23,5 %

Figure 2

### Environnement du petit déjeuner selon l'âge (en pourcentage)

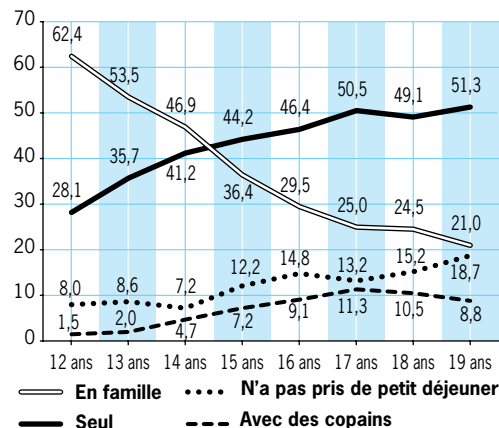
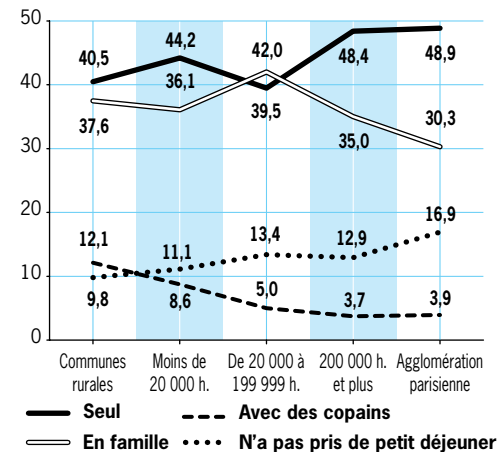


Figure 3

### Environnement du petit déjeuner selon la taille d'agglomération (en pourcentage)



- un œuf, du jambon ou de la charcuterie 0,7 %
- un autre produit 5,8 %

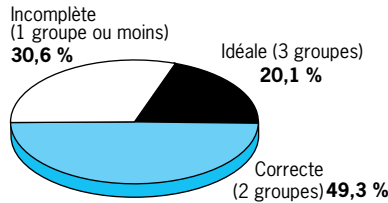
Chez un jeune sur cinq (20,1 %), le petit déjeuner a une composition « idéale », c'est-à-dire avec une prise appartenant à chacun des trois groupes suivants : « lait ou produit laitier », « pains, céréales ou bis-



cottes », « fruits ou jus de fruit ». Pour la moitié d'entre eux (49,3 %), la composition est « correcte » avec une prise alimentaire issue de deux de ces groupes. Un peu moins d'un tiers (30,6 %) a consommé un petit déjeuner « incomplet » avec une prise alimentaire issue d'un seul de ces groupes ou d'un autre groupe (Figure 4). La comparaison avec les résultats du Baromètre santé nutrition 1996 [2] montre que globalement, les jeunes ont en moyenne un petit déjeuner nettement plus équilibré que leurs aînés (18-75 ans), où 57 % d'entre eux avaient consommé un petit déjeuner « incomplet ». Les principaux facteurs sociodémographiques ainsi que certains comportements de santé majeurs, à l'exception du fait de fumer régulièrement, ont peu d'influence sur cette composition du petit déjeuner. Seuls points remarquables : les petits déjeuners incomplets sont un peu plus fréquents chez les sujets plus âgés et les redoublants. Par ailleurs, les jeunes « obèses » sont les moins nombreux à composer de façon idéale ce premier repas de la journée (14,5 %). Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir pris un aliment du groupe « lait ou produit laitier » (78,2 % vs 72,7 %) et également des « viennoiseries ou autres gâteaux » (24,8 % vs 22,2 %). À l'inverse, les filles sont de plus grandes consommatrices de « fruits ou jus de fruit » (38,7 % vs 30,6 %), mais aussi de « café ou de thé » (22,9 % vs 20,3 %). Ces tendances confirment le plus faible apport en produits laitiers et donc en calcium, parmi les adolescentes, par rapport à la population masculine. Compte tenu des risques spécifiques d'ostéoporose que présente la population féminine, ce constat devrait faire l'objet de mesures de santé publique particulières auprès de cette population. L'âge a une influence notable sur le choix de ces aliments (Figure 5). La consommation de produits des groupes « lait et produit laitier » et « pain, céréales ou biscuits » diminue avec l'âge à l'inverse de celle du « café ou thé » qui augmente. Les enfants dont le chef de famille est cadre sont plus nombreux à avoir consommé

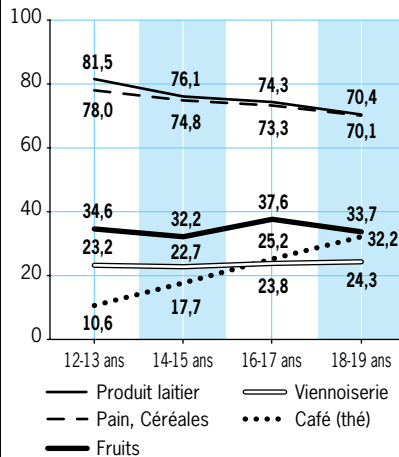
**Figure 4**

**Association des différents groupes d'aliments au petit déjeuner (base ; 3 603 jeunes ayant pris un petit déjeuner la veille de l'interview)**



**Figure 5**

**Aliments consommés au petit déjeuner en fonction de l'âge (en pourcentage)**



« du pain, des céréales ou des biscottes ». Inversement, ils consomment moins de « café ou de thé » que les autres. Ce sont les adolescents dont le chef de famille est ouvrier qui sont les plus importants consommateurs de « viennoiseries ou autres gâteaux » et qui choisissent le moins souvent des fruits pour ce repas. Les enfants d'ouvriers et d'agriculteurs sont également ceux qui semblent consommer le plus de « café et de thé ». Ces tendances valideraient,



**Éléonore, maman de trois filles de 13, 17 et 19 ans**

**« J'ai constaté que les matins où je ne me lève pas parce que je ne suis pas obligée, les filles ont vraiment tendance à alléger au maximum leur petit déjeuner. Donc je fais un gros effort pour prendre le plus souvent possible le petit déjeuner avec elles. Je veille à ce qu'elles mangent au moins un laitage, un jus de fruit et une tartine. C'est le minimum. On ne dit pas grand chose, on ne se parle pas beaucoup car tout le monde a encore sommeil mais au moins on est ensemble. Les filles n'aiment pas commencer la journée sans qu'on ait partagé ce moment. »**

pour la population jeune, le constat fait dans le dernier Baromètre santé nutrition [2], d'un petit déjeuner plus équilibré dans les catégories sociales plus favorisées.

## Le déjeuner

### La fréquence

88,2 % des jeunes de 12 à 19 ans ont pris tous les jours leur déjeuner au cours de la dernière semaine, 5,4 % l'ont sauté une seule fois et 6,3 % deux fois et plus (dont 0,5 % tous les jours). Les filles ont tendance à sauter plus souvent ce repas (13,1 % des filles ont sauté le déjeuner au moins une fois vs 10,5 % pour les garçons). L'âge influence de façon non négligeable la prise ou non du déjeuner. C'est ainsi que dans les classes d'âge les plus élevées, les adolescents sautent plus souvent le repas de midi : à 12-13 ans, 1,3 % des enfants ne l'ont pas pris « une à deux fois au cours de la dernière semaine » vs 11,7 % à 18-19 ans. Si l'on croise ces données avec le sexe, cette évolution est plus marquée chez les filles que chez les garçons. Les jeunes ayant déjà redoublé déclarent

plus souvent sauter leur déjeuner. En revanche, les jeunes qui vivent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) le prennent plus régulièrement (9,7 % l'ont sauté au moins une fois) par rapport aux enfants issus de familles monoparentales (18,2 %) ou recomposées (17,8 %).

Les jeunes dont le chef de famille est au chômage ou inactif sautent plus souvent le déjeuner. Il en est de même pour les enfants d'ouvriers, d'artisans et de commerçants. À l'opposé, les enfants d'agriculteurs y sont plus fidèles. Les adolescents vivant en agglomération parisienne sont significativement plus nombreux que les autres à avoir sauté au moins une fois le déjeuner dans la semaine (20,9 % vs 10,2 %).

À la différence du petit déjeuner, les jeunes ayant un « IMC » élevé ne sautent pas plus souvent ce repas que les autres.

### Le lieu et l'environnement du déjeuner

La veille de l'interview, 1,7 % des jeunes n'avaient pas déjeuné (vs 5 % chez les adultes d'après le Baromètre santé nutrition 1996 [2]). Parmi ceux qui ont pris ce repas, près de la moitié (49,0 %) ont déclaré avoir déjeuné chez eux. Les autres principaux lieux de repas sont présentés sur la Figure 6. Par ailleurs, 6,7 % ont déjeuné seuls.

Le lieu de ce repas évolue en fonction de l'âge de l'interviewé, avec une diminution globale de la fréquentation du domicile familial jusque vers 17 ans, suivie d'une augmentation pour atteindre à 19 ans un pourcentage équivalent à celui des enfants de 12 ans. La fréquentation de la cantine reste à peu près stable jusque vers 16-17 ans, puis chute à 18 et 19 ans. Ces deux lieux de repas restent néanmoins les plus fréquentés par les jeunes quel que soit l'âge. Manger dans « un café, restaurant ou fast-food » est un comportement plutôt rare jusqu'à 14 ans et devient plus courant à partir de 15 ans, pour ensuite ne cesser d'augmenter. Enfin, déjeuner « dans la rue » ou ailleurs reste un comportement marginal, quel que soit l'âge des jeunes (Figure 7). Les jeunes qui ont déjà redoublé mangent moins souvent à la cantine et plus réguliè-



rement chez eux, « dans la rue » et dans les « cafés, restaurants ou fast-food ».

Les ruraux sont plus nombreux que les autres à déjeuner à la cantine (53,5 % vs 34,9 %), ce qui s'explique très logiquement par l'éloignement géographique du lieu d'habitation.

Lorsque le chef de famille est au chômage, les jeunes sont plus de la moitié (57,4 %) à être rentrés chez eux le midi la veille de l'interview vs 40,3 % pour ceux dont le chef de famille travaille. De plus, ils ne sont que 28,7 % à prendre leur repas à l'école (vs 41,0 % pour ceux dont le chef de famille travaille). De façon plus spécifique, ce sont les enfants d'agriculteurs qui ont pris le plus souvent (63,2 %) leur déjeuner la veille de l'interview entre copains. Logiquement, ce sont aussi les enfants d'agriculteurs qui fréquentent le plus la cantine (58,4 % vs 39,3 %) et le moins la maison le midi (36,5 % vs 49,5 %).

**L'ambiance du déjeuner**

L'immense majorité des jeunes (94,3 %) juge

positivement l'ambiance à table au cours du dernier repas de midi (Figure 8). Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons, ni selon l'âge.

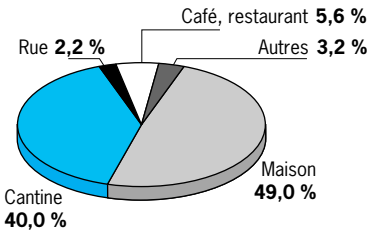
C'est à la cantine que l'ambiance des repas est la plus souvent jugée « très bonne » (Tableau II). Le score d'ambiance reste le meilleur (« très » ou « plutôt bonne »), tous lieux de prise de repas confondus, lorsque les jeunes déjeunent « au café, au restaurant ou au fast-food » et c'est « dans la rue » que le jugement est le plus sévère.

**La perception de la qualité du déjeuner**

Globalement, les jeunes sont satisfaits (83,8 % de ceux qui ont déjeuné) des qualités

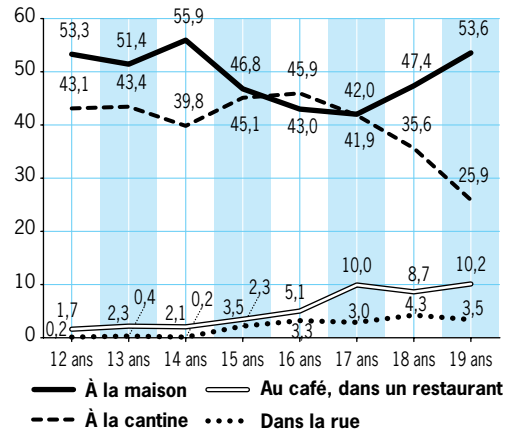
**Figure 6**

**Lieu de prise du déjeuner**



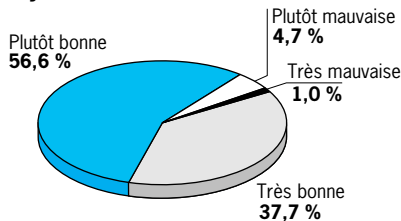
**Figure 7**

**Déjeuner selon le lieu et l'âge (en pourcentage)**



**Figure 8**

**Perception de l'ambiance du déjeuner**



**Tableau II**

**Ambiance du repas de midi selon son lieu de prise (en pourcentage ; base = 4 043 jeunes qui ont déjeuné)**

	très bonne	plutôt bonne	plutôt mauvaise	très mauvaise
À la maison	34,0	60,9	4,5	0,6
À la cantine	41,6	52,0	4,9	1,5
Dans la rue	27,8	58,9	8,9	4,4
Au café, au restaurant	37,5	59,9	2,6	
Autre	52,3	42,3	5,4	









gustatives (« très bonnes » et « plutôt bonnes ») de leur déjeuner de la veille (Figure 9), sans différence entre les filles et les garçons, ni selon l'âge.

Le croisement de ces réponses avec le lieu de prise du déjeuner souligne que c'est sur les repas servis à la cantine que les jeunes portent le jugement le plus négatif, mais avec tout de même les deux tiers des adolescents qui sont satisfaits (Figure 10).

### Le dîner

#### La fréquence

87,7 % des jeunes interrogés ont pris leur repas du soir quotidiennement durant les sept derniers jours, ce pourcentage étant quasi identique à celui du déjeuner. Parmi les 12,3 % qui l'ont sauté, 6,6 % ne l'ont fait qu'une seule fois et 5,7 % deux fois ou plus.

La différence entre les filles et les garçons

est très significative : les filles sont beaucoup plus nombreuses à déclarer avoir sauté ce repas que les garçons (au moins une fois : 15,8 % vs 9,0 %).

De même que pour le petit déjeuner et le déjeuner, l'âge influence la prise du dîner : à 12-13 ans, ils sont 6,5 % à l'avoir sauté au moins une fois, à 18-19 ans, ils sont plus du double (15,6 %), ce phénomène étant accentué chez les filles (Figure 11).

À la différence des repas du matin et du midi, les autres facteurs sociodémographiques et de comportements interviennent peu en dehors de la notion de chômage dans la famille. En effet, ce sont dans ces familles que les jeunes ont le plus souvent sauté deux fois ou plus le dîner de la veille.

#### L'environnement du dîner

La veille de l'interview, seuls 1,6 % des jeunes interrogés n'avaient pas dîné (chiffre identique à celui des adultes qui était de 2 % d'après le Baromètre santé nutrition 1996 [2]). Parmi ceux qui ont pris ce repas, la grande majorité l'a fait en famille (86,7 %, 6,4 % seuls et 6,9 % entre copains).

Les filles dînent un peu plus en famille que les garçons (88,1 % vs 85,4 %).

La prise du repas du soir en famille diminue avec les années, surtout à partir de 16 ans, alors que les dîners « seul » ou « avec des copains » progressent (Figure 12).

Plus les jeunes vivent en milieu urbanisé, plus ils mangent souvent seuls, mais ceci reste globalement assez marginal. C'est ainsi que l'on passe de 5,0 % dans les communes rurales à 7,6 % en agglomération parisienne. Une spécificité des enfants d'agriculteurs : ils mangent plus souvent le soir avec des copains (éloignement en rapport avec les études effectuées).

Figure 9

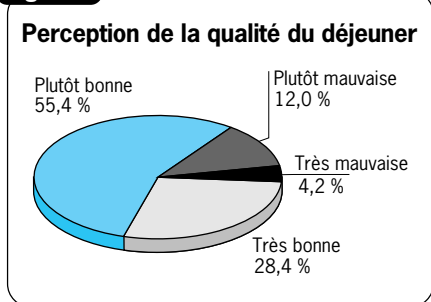
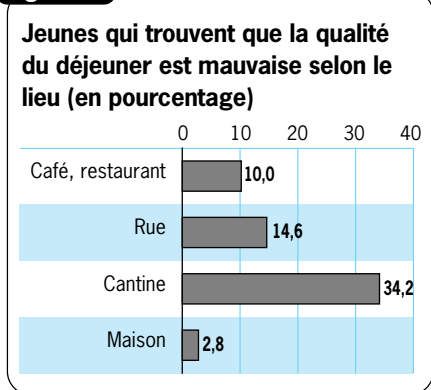


Figure 10



### Le brossage des dents

L'hygiène bucco-dentaire faisant suite aux trois repas principaux a été étudiée et nous donne les éléments suivants :

Les jeunes déclarent se brosser plus fréquemment les dents le matin (87,7 %) que le midi (29,7 %) ou que le soir (81,3 %).



Quel que soit le moment de la journée, les filles sont plus nombreuses à se brosser les dents que les garçons (Figure 13).

Plus de la moitié des jeunes interrogés déclarent s'être lavé les dents deux fois la veille de l'interview, moins d'un quart trois fois, un cinquième une fois et 2,4 % (soit 99 personnes) pas du tout.

L'âge ne met pas en évidence de variations notables sur ce comportement, quel que soit le moment de la journée.

Les jeunes qui rentrent déjeuner à la maison

sont plus nombreux à se laver les dents après ce repas que les autres (45,7 % vs 15,0 %).

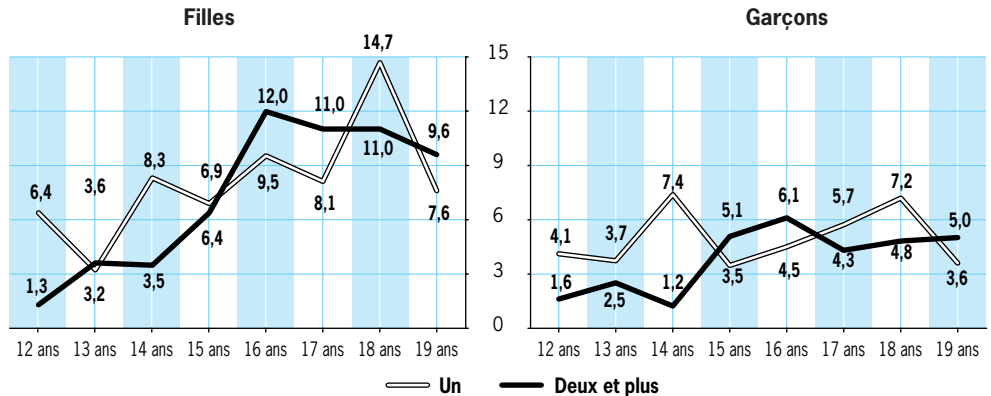
### L'ambiance des repas en famille

L'immense majorité (95,3 %) des jeunes interrogés juge positivement l'ambiance des repas en famille (Figure 14). Elle se « dégrade » un peu avec les années surtout autour de 16-17 ans (Figure 15).

Elle varie aussi de façon significative en

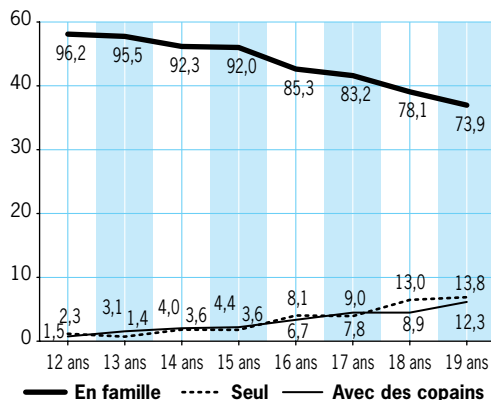
**Figure 11**

#### Repas du soir sauté au cours des sept derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



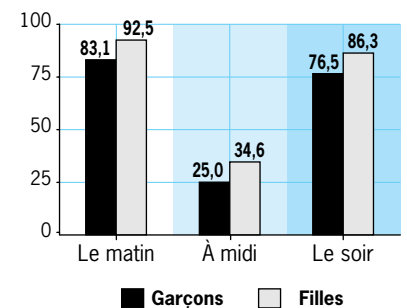
**Figure 12**

#### Lieu du dîner suivant l'âge (en pourcentage)



**Figure 13**

#### Jeunes déclarant s'être brossé les dents la veille de l'interview, selon le sexe et le moment de la journée (en pourcentage)

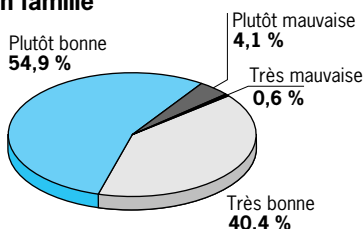




fonction de la situation familiale (Tableau III). Plus la taille des agglomérations augmente moins la satisfaction concernant l'ambiance des repas familiaux est grande.

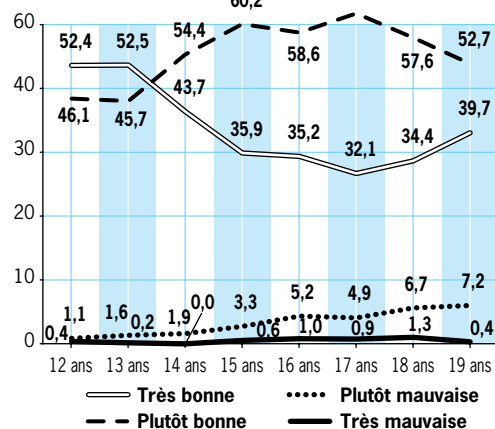
**Figure 14**

**Perception de l'ambiance des repas en famille**



**Figure 15**

**Ambiance des repas en famille selon l'âge (en pourcentage)**



**Tableau III**

**Ambiance familiale des repas en fonction de la situation de famille (en pourcentage)**

	très bonne	plutôt bonne	plutôt mauvaise	très mauvaise
Monoparentale (n=515)	33,3	61,6	4,1	1,0
De naissance (ou d'adoption) (n=3 259)	41,3	55,0	3,4	0,3
Recomposée (n=236)	45,5	40,8	11,1	2,6

**Le poids**

**L'indice de masse corporelle (IMC)**

L'IMC est une mesure du poids ajustée par rapport à la taille. Son calcul (poids/taille<sup>2</sup>) permet de comparer et de connaître la corpulence des individus. Cet indice est fonction du sexe mais, pour les enfants et les adolescents, il est aussi fonction de l'âge. Dans le Baromètre santé jeunes, le poids et la taille déclarés des adolescents ont été identifiés et comparés aux valeurs de référence utilisées en France [4]. Il est nécessaire de rester prudent face à ces résultats, car des comparaisons sont faites entre des valeurs déclarées et des données mesurées. Les IMC, tous âges confondus, ont été regroupés selon certains groupes de percentiles de la population de référence. Quatre classes d'IMC, correspondant à ce qui est préconisé pour diagnostiquer cliniquement une maigreur ou une obésité chez l'enfant, ont été constituées :

- maigres, les jeunes dont l'IMC est inférieur ou égal au 10<sup>e</sup> percentile ;
- normaux inférieurs, les jeunes dont l'IMC est compris entre le 10<sup>e</sup> et le 50<sup>e</sup> percentile ;
- normaux supérieurs, les jeunes dont l'IMC est compris entre le 50<sup>e</sup> et le 90<sup>e</sup> percentile ;
- obèses, les jeunes dont l'IMC est supérieur ou égal au 90<sup>e</sup> percentile.

**Le poids perçu**

Près des deux tiers (59,6 %) des jeunes interrogés se trouvent « à peu près du bon poids » et ce sont plus souvent les garçons que les filles qui sont dans ce cas. L'ensemble des différences de perception selon le sexe est présenté sur la Figure 16. Il y a peu de variation de la perception de son poids suivant l'âge et globalement les filles ont une vision plus négative de leur poids surtout dans le sens d'un excès.

L'étude de l'IMC montre que les jeunes ont en général une perception « réaliste » de leur corpulence. Il faut cependant rester prudent puisque le poids et la taille sont déclarés. Ceux qui se trouvent le plus fréquemment « à peu près du bon poids » sont le plus souvent ceux dont l'IMC est « nor-



mal ». Cependant, 37,4 % des filles et 7,2 % des garçons qui ont un IMC normal se trouvent un peu ou beaucoup trop gros. Les deux tiers des obèses (65,2 %) se trouvent trop gros, alors que moins de la moitié des jeunes maigres (40,4 %) se considèrent comme étant trop maigres (Figure 17). Les jeunes qui vivent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont plus nombreux à s'estimer « à peu près du bon poids » (60,3 % vs 57,4 % pour les autres), et à l'inverse, on retrouve plus de 12-19 ans se jugeant « un peu trop maigres » ou « un peu trop gros » chez ceux issus de familles monoparentales.

### Le poids déclaré

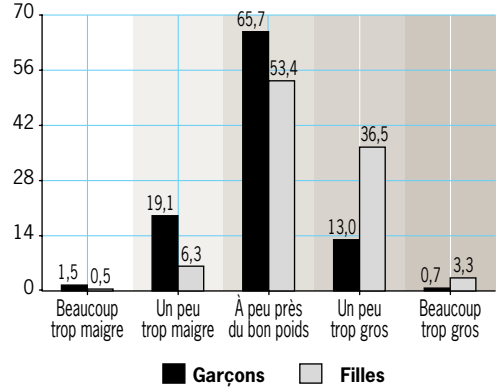
Pour la population considérée, les résultats globaux et l'analyse suivant le sexe sont présentés dans le *Tableau IV*.

Quel que soit le sexe, les jeunes interrogés tendent globalement vers des IMC supérieurs aux références actuelles [4], donc vers des excès de poids (Figure 18).

En croisant la corpulence avec l'âge, on constate que plus ce dernier augmente, plus les jeunes tendent à la minceur (30,5 % des 12 ans sont classés dans les « normaux inférieurs » vs 39,2 % à 19 ans). À l'opposé,

**Figure 16**

**Perception du corps selon le sexe (en pourcentage)**



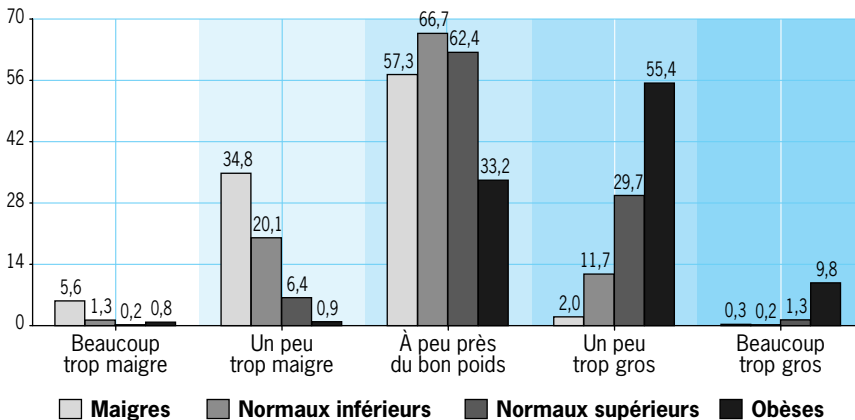
**Tableau IV**

**Indice de masse corporelle selon le sexe des adolescents (en pourcentage)**

	Maigres	Normaux inférieurs	Normaux supérieurs	Obèses
Garçons (n=2 067)	6,5	31,9	46,6	15,0
Filles (n=1 982)	8,5	41,9	38,0	11,6
Total (n=4 049)	7,5	36,7	42,4	13,4

**Figure 17**

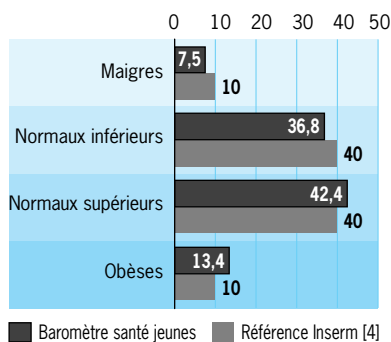
**Perception de son corps selon l'indice de masse corporelle (en pourcentage de chaque classe d'IMC)**





**Figure 18**

**Indice de masse corporelle déclaré, comparé à celui de la population de référence française (en pourcentage)**



l'obésité est plus fréquente à 12 ans avec deux fois plus de jeunes concernés (21,4 %) qu'à 19 ans (10,2 %). Quel que soit l'âge, les garçons ont un IMC supérieur à celui de référence, alors que cet indicateur est chez les filles proche des normes françaises (Figure 19).

Ces résultats qui prennent en compte le sexe de l'interviewé doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, il est possible de faire l'hypothèse que les jeunes filles, surtout en grandissant, auront peut-être plus tendance que les garçons à

minimiser leur poids réel, la norme sociale étant plus tolérante vis-à-vis des hommes que des femmes sur la question du poids. Par rapport à la profession du chef de famille, il y a plus d'obèses parmi les enfants d'agriculteurs (17,2 %) et d'artisans/commerçants (17,7 %). À l'inverse, les enfants dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont nettement moins touchés par cette pathologie (7,6 % vs 14,9 % pour les autres professions). En revanche, le statut du chef de famille (travail, chômage, inactif) n'est pas un facteur discriminant.

Il y a un pourcentage plus grand d'enfants obèses (16,4 %) dans les familles monoparentales que dans les autres types de famille (12,9 %).

Parmi les jeunes interrogés, les adolescents qui ne sont pas fumeurs réguliers sont plus souvent obèses que le reste de la population (14,7 % vs 9,1 %).

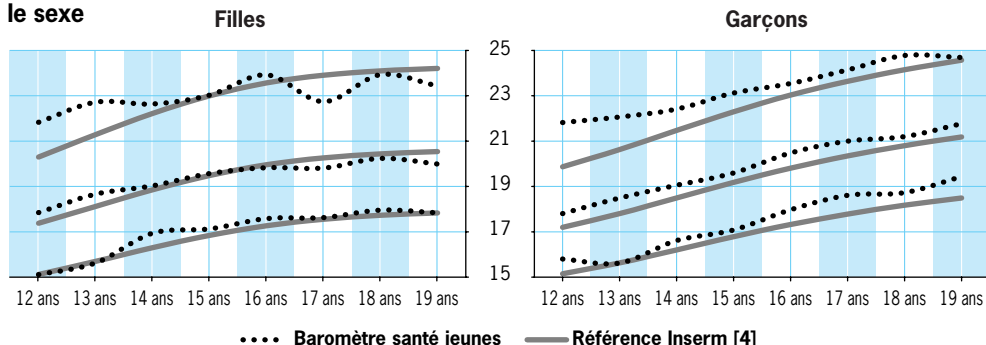
### Les prises alimentaires hors des repas principaux

#### La fréquence

La veille de l'interview, les trois quarts (77,9 %) des jeunes ont consommé au moins un aliment (sous forme liquide ou solide) en dehors des trois repas principaux. Tout ou partie de ces prises alimentaires a pu

**Figure 19**

**Comparaison des percentiles (10/50/90<sup>es</sup>) de l'indice de masse corporelle selon l'âge et le sexe**





être inclus dans un goûter, mais le questionnaire ne permet pas de connaître l'heure et le regroupement éventuel de ce « grignotage ». Cette terminologie est donc utilisée ici de façon extensive par rapport à l'usage courant, le goûter étant considéré habituellement, à cet âge, comme une pratique distincte du grignotage.

Les garçons et les habitants d'agglomération de 200 000 habitants et plus sont plus nombreux à avoir consommé « au moins une fois » un aliment en dehors des trois repas principaux. Les résultats concernant les liens éventuels entre grignotages et obésité sont en contradiction avec les résultats attendus, sans explication probante en dehors d'une sous-déclaration parmi les sujets de poids élevé, en raison d'une pression sociale importante (Figure 20). Lorsque l'on analyse la fréquence de prise de ces différents types d'aliments parmi la population qui déclare en avoir consommé, aucun lien n'est retrouvé.

### Le type et la fréquence des aliments consommés

Plus d'un tiers des jeunes (37,3 %) ont pris au moins une fois une boisson sucrée en dehors des repas. Ils sont près des deux tiers (58,2 %) à avoir pris des gâteaux sucrés, 12,7 % des gâteaux salés et seulement un sur cinq (19,2 %) des sandwiches ou des tartines (pain). Ce dernier chiffre semble faible si l'on considère qu'un éventuel goûter est inclus dans ces données.

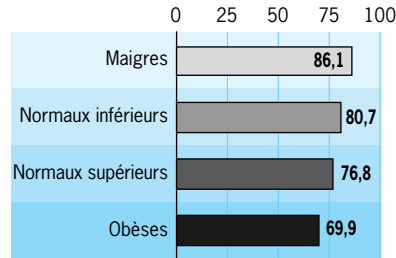
En terme de fréquence, les jeunes qui ont, la veille de l'interview, pris des boissons sucrées en ont consommé en moyenne 2,1 fois, 2,0 fois pour les gâteaux sucrés, 1,4 pour les tartines et 1,4 pour les gâteaux salés. Le Tableau V montre que les garçons choisissent de façon préférentielle les tartines, les boissons sucrées et les gâteaux salés et lorsqu'ils le font, c'est plus souvent que les filles.

Le pourcentage des consommateurs de boissons sucrées augmente régulièrement avec l'âge, alors que celui de tartines diminue sensiblement. Ceci est aussi vrai en terme de fréquence pour les consomma-

teurs de ces deux types de produits. La prise de gâteaux sucrés est à son maximum à 14-15 ans (Figure 21).

**Figure 20**

### « Grignotage » selon l'indice de masse corporelle (en pourcentage)



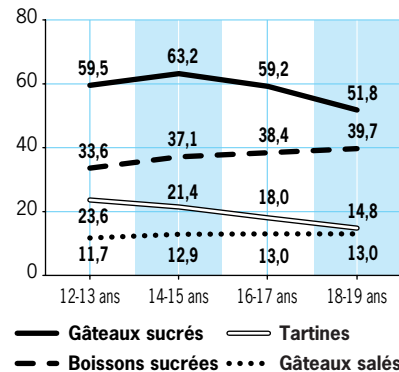
**Tableau V**

### Types d'aliments consommés en dehors des trois repas selon le sexe (en pourcentage)

Jeunes ayant pris des	boissons sucrées	gâteaux sucrés	gâteaux salés	tartines
Garçons	44,3	57,8	14,6	22,0
Filles	30,0	58,5	10,6	16,4
Total	37,3	58,2	12,7	19,2

**Figure 21**

### Les quatre types d'aliments consommés selon l'âge (en pourcentage)





## Quelques comportements alimentaires spécifiques

### La sensation d'avoir eu faim

5,3 % des jeunes déclarent « ne pas avoir mangé à leur faim » assez souvent ou très souvent au cours des douze derniers mois (4,3 % de garçons et 6,3 % de filles). C'est arrivé « rarement » pour 16,5 % des adolescents. Cette situation augmente légèrement avec l'âge et c'est en agglomération parisienne que l'on trouve le plus de jeunes dans cette situation (7,5 %).

Les jeunes disant « avoir eu assez souvent ou très souvent faim au cours des douze derniers mois » se répartissent de la manière suivante en fonction de l'activité du chef de famille : travaille (4,7 %) ; au chômage (7,5 %) ; inactif (10,7 %).

### La pratique d'un régime amaigrissant

12,7 % des jeunes interrogés déclarent avoir fait un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois. Une fille sur cinq (21,8 %) est concernée, seulement 4,0 % des garçons déclarent en avoir fait un (Figure 22). Avec l'âge, la déclaration pour ce type de comportement augmente.

Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont moins nombreux à pratiquer ce type de régime. C'est chez les agriculteurs que les jeunes s'y intéressent le moins, avec seulement 5,8 % d'entre eux qui en ont suivi un. À l'opposé, les enfants d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprise sont 20,9 % à en avoir fait un. La pratique de régimes amaigrissants augmente avec la taille de l'agglomération. L'IMC est, logiquement, très lié à la pratique d'un régime : plus il augmente, plus la fréquence des régimes croît. Les « maigres » sont 4,6 % à avoir essayé de maigrir alors que les « obèses » sont cinq fois plus nombreux (25,9 %). Ce dernier pourcentage peut paraître relativement faible puisque cela signifie qu'au moins les trois quarts des adolescents obèses ne sont pas pris en charge sur le plan diététique (Figure 23). Globalement, les scores de santé (physique,

Figure 22

Jeunes ayant fait un régime pour maigrir selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

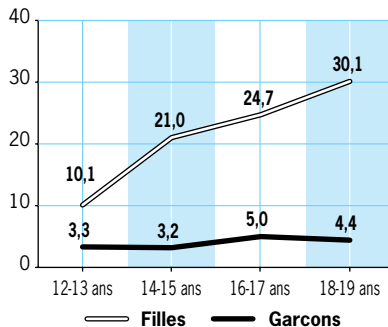
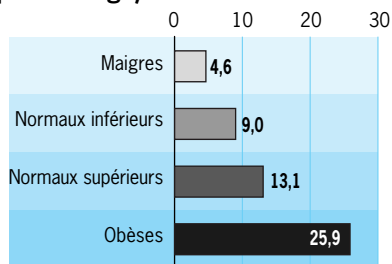


Figure 23

Jeunes ayant fait un régime selon l'indice de masse corporelle (en pourcentage)



sociale et mentale) au profil de santé de Duke sont plus bas parmi les jeunes qui ont déclaré avoir fait un régime amaigrissant, ce qui traduit très certainement un sentiment de mal-être plus prononcé dans cette population.

### Indicateurs de troubles du comportement alimentaire

#### « Manger énormément avec de la peine à s'arrêter »

Plus d'un jeune sur dix (12,4 %) déclarent avoir été assez souvent ou très souvent dans cette situation au cours des douze



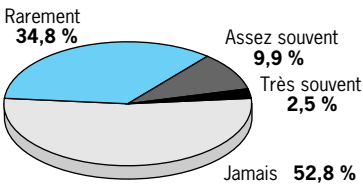


derniers mois (Figure 24), avec de faibles différences entre les filles et les garçons. Il semble que ce soit vers le milieu de l'adolescence que les jeunes soient le plus enclins à ce comportement (Figure 25). Plus les jeunes ont un IMC important, plus ils rapportent ce comportement. Enfin, les scores de santé à l'échelle de Duke diminuent très nettement (surtout les scores de santé physique et mentale) avec l'expression croissante de ce comportement compulsif (Figure 26).

**« Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter »**  
La réponse est négative dans 88,9 % des

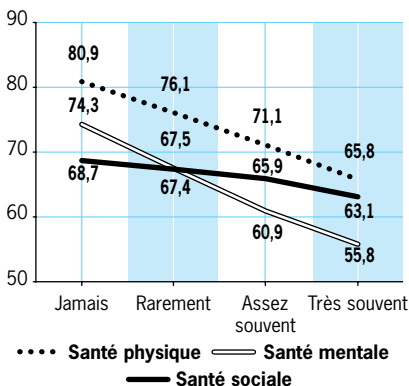
**Figure 24**

**Jeunes ayant mangé énormément avec de la peine à s'arrêter**



**Figure 26**

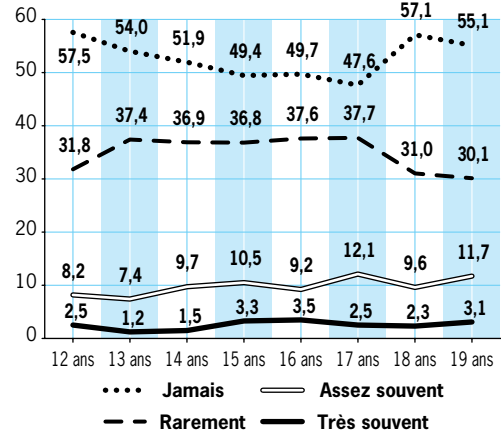
**« Manger énormément avec de la peine à vous arrêter » et scores moyens de santé au profil de Duke**



cas. Pour 6,8 % des adolescents, c'est arrivé rarement et pour 4,3 %, souvent. Les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à avoir ressenti cette peur (15 % vs 7,4 %). Il y a une augmentation de cette crainte vers 14-15 ans, qui diminue par la suite (Figure 27). Plus les adolescents ont un IMC important, plus ils rapportent cette appréhension.

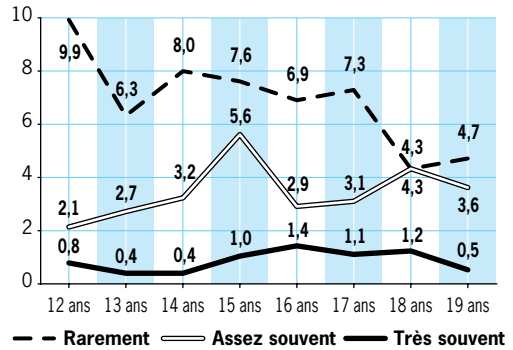
**Figure 25**

**« Manger énormément avec de la peine à vous arrêter » selon l'âge (en pourcentage)**



**Figure 27**

**« Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter » selon l'âge (en pourcentage)**









Les scores de santé au profil de Duke (surtout mentale et physique) décroissent avec l'intensité de cette crainte (Figure 28).

**« Manger en cachette »**

16,5 % des jeunes déclarent manger en cachette, dont 10,8 % rarement, 4,5 % assez souvent et seulement 1,2 % très souvent. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons et ce comportement diminue avec l'âge ; il passe de 22,2 % à 12 ans à 7,6 % à 19 ans (Figure 29).

Les jeunes « obèses » sont beaucoup plus nombreux à déclarer « manger en cachette » que les autres et, de façon générale, plus la corpulence augmente, plus ce comportement est constaté.

De la même façon que pour les comportements alimentaires précédents, les scores de santé diminuent avec l'augmentation de la fréquence « manger en cachette » (surtout pour la santé mentale) (Figure 30).

**« Se faire vomir volontairement »**

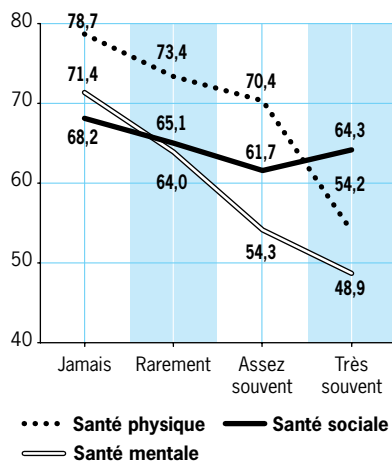
La réponse est négative pour 95,5 % des jeunes et pour 3,7 % des adolescents, c'est arrivé rarement. « Très souvent » et « assez

souvent » ne concernent que 0,8 % de la population.

En raison d'effectifs faibles, les autres analyses n'ont pu être réalisées.

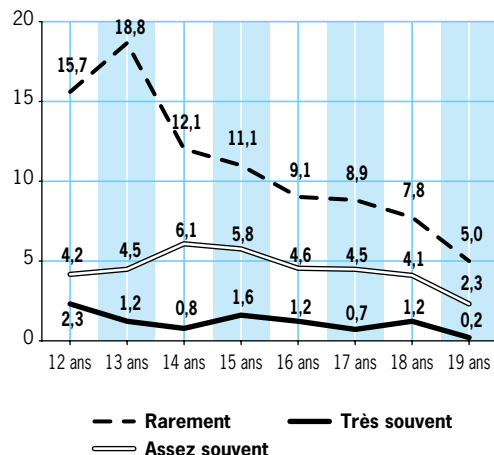
**Figure 28**

**« Redouter de commencer à manger de peur de ne pouvoir vous arrêter » et scores moyens de santé au profil de Duke**



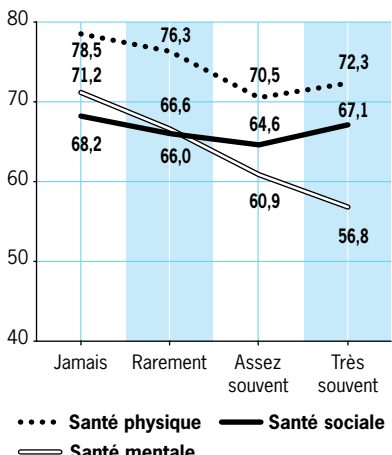
**Figure 29**

**« Manger en cachette » selon l'âge (en pourcentage)**



**Figure 30**

**« Manger en cachette » et scores moyens de santé au profil de Duke**





## Analyse et synthèse

### Le sexe

La fréquence, l'environnement et l'équilibre nutritionnel du petit déjeuner ne diffèrent pas de façon sensible selon le sexe. Pourtant, il est important de noter que les 12-19 ans de sexe masculin ont des apports en produits laitiers significativement plus élevés que les adolescentes, alors que ces dernières choisissent plus souvent des fruits pour ce premier repas de la journée.

Les filles sautent plus fréquemment leur déjeuner et leur dîner que les garçons, mais quand elles en prennent un (ce qui est le cas dans l'immense majorité des situations), c'est plus souvent en famille. Concernant l'ambiance et la qualité des repas, il n'y a pas de différences selon le sexe.

Les garçons déclarent manger en dehors des repas principaux plus que les filles et ils choisissent de façon préférentielle des tartines, des boissons sucrées et des gâteaux salés.

Les adolescentes se perçoivent plus régulièrement « grosses » que les garçons et font cinq fois plus souvent des régimes amaigrissants, alors que le calcul de leur indice de masse corporelle tendrait à montrer qu'il y a plus de problèmes d'obésité chez les garçons. Ces résultats sont à interpréter avec une certaine prudence en raison d'une possible sous-déclaration du poids chez les filles, liée à une pression sociale plus forte sur ce sujet sensible. Ces IMC plus faibles déclarés par les filles peuvent également être dus à la pratique plus fréquente de régimes chez ces dernières. Parmi « les indicateurs » de troubles du comportement alimentaire, seul le fait « de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter » est une attitude plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Concernant certains autres comportements, comme le fait de « se faire vomir volontairement », la faiblesse des effectifs ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives selon le sexe.

### Cécile, élève de troisième

**« L'année dernière, je faisais beaucoup de danse, je voulais devenir professionnelle. Dans l'école que je fréquentais, on se montait la tête entre nous : il ne fallait surtout pas grossir si on voulait réussir un jour. Moi j'ai essayé plusieurs régimes, j'en arrivais à prendre des malaises parce que je ne mangeais presque plus rien. Autour de moi, plusieurs filles sont carrément tombées dans l'anorexie. Une a perdu 20 kg pendant l'été. À la rentrée, on ne l'a pas reconnue. Cela m'a fait très peur. J'ai tout arrêté, la danse et les régimes. Je ne voulais pas y laisser ma peau. »**

### L'âge

La fréquence de prise des petits déjeuners diminue avec l'âge et, au fil des années, les 12-19 ans prennent de plus en plus souvent ce premier repas de la journée seuls. Par ailleurs, c'est parmi les plus âgés que le petit déjeuner est le plus régulièrement incomplet sur le plan nutritionnel : « le lait et les produits laitiers » et « le pain et les céréales » sont de moins en moins souvent consommés, tout en restant tout de même à un niveau élevé parmi ceux qui déclarent avoir pris un petit déjeuner la veille : à 18-19 ans, plus des deux tiers ont pris « du lait et des produits laitiers », *idem* pour « le pain et les céréales ». En revanche, le pourcentage de jeunes ayant pris « du café ou du thé » (avec ou sans une faible quantité de lait) triple de 12-13 ans à 18-19 ans. Plus les adolescents sont âgés, plus ils sautent leur déjeuner. Avec les années, ils le prennent de plus en plus rarement à la cantine et de plus en plus souvent, même si cela reste assez marginal, « au café, dans un restaurant ou au fast-food » et dans la



Le repas pris à la maison est à son minimum vers 17 ans et augmente de nouveau à partir de cet âge jusqu'à 19 ans où il atteint le même niveau qu'à 12 ans.

Comme pour les autres repas, la fréquence de prise du dîner diminue avec les années, tout en restant toujours à des niveaux très élevés. Ce repas de fin de journée est nettement moins pris en famille à 19 ans qu'à 12 ans. L'importance des copains croît sensiblement mais aussi le fait de manger seul.

Si très peu de jeunes considèrent que l'ambiance des repas familiaux est en général mauvaise, ce sentiment augmente sensiblement avec les années.

Les problèmes d'obésité se rencontrent plus fréquemment chez les plus jeunes mais ce constat peut être lié à la situation pubertaire.

La prise de boissons sucrées augmente

avec l'âge et c'est l'inverse pour les tartines qui sont consommées plus régulièrement parmi les plus jeunes.

La fréquence des régimes amaigrissants augmente considérablement avec l'âge (et spécifiquement pour les filles). « *Manger énormément avec de la peine à s'arrêter* » et « *redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter* » sont des situations qui sont à leur maximum au milieu de l'adolescence. Avec les années, les jeunes déclarent de moins en moins souvent « *manger en cachette* ».

### Statut social du chef de famille

Le petit déjeuner est pris moins fréquemment lorsque le chef de famille est au chômage et ce premier repas de la journée est pris plus souvent seul dans les foyers d'ouvriers. Par ailleurs, c'est dans les familles d'ouvriers et d'inactifs que les apports en groupes d'aliments intéressants du point de vue nutritionnel sont les moins fréquents.

Pour le repas de midi, c'est aussi dans les familles où le chef de famille est au chômage ou inactif que l'on saute le plus souvent le déjeuner. Quand les enfants issus de ces milieux sociaux prennent ce repas, ils le font plus souvent chez eux, « dans des cafés, restaurants ou fast-food » et « dans les rues », qu'à la cantine. Le soir, c'est encore les enfants de chômeurs qui sautent le plus régulièrement le dîner.

Si les enfants de chefs d'entreprise et de cadres ont moins de problèmes d'excès de poids que le reste de la population, il n'a pas été retrouvé dans cette étude un indice de masse corporelle supérieur aux autres catégories chez les enfants d'ouvriers, d'employés, de chômeurs ou d'inactifs. En revanche, les plus gros consommateurs de boissons et de gâteaux sucrés sont parmi les jeunes dont le chef de famille est en difficulté sociale ou appartient à une catégorie sociale plus défavorisée.

C'est dans les foyers où le chef de famille est inactif ou chômeur qu'il y a le pourcentage le plus élevé de jeunes qui déclarent

#### Hélène, maman de trois enfants de 9, 15 et 19 ans

« J'ai vécu pendant très longtemps en région parisienne où les temps de transport sont beaucoup plus longs qu'en province. Je ne connaissais pas les repas en famille. Mes enfants dinaient avant nous pour pouvoir se coucher tôt et je dinais avec mon mari plus tard, à son retour du travail. En arrivant dans la région lyonnaise, j'ai découvert le bonheur d'un repas en famille. C'est quelque chose de fantastique. On parle de tout et de rien, des études, d'un concert, d'un film qu'on va aller voir ensemble, du week-end qui approche, des vacances au ski qu'on prépare. C'est un moment très agréable de grande complicité et d'échange privilégié mais aussi d'écoute réciproque. Cela soude fortement la famille. »



« *ne pas avoir mangé à leur faim* » au cours des douze derniers mois.

## Statut familial

Le petit déjeuner et le repas de midi sont moins souvent sautés chez les jeunes qui vivent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) que dans les familles recomposées et monoparentales. Quand les jeunes de familles monoparentales prennent un repas à midi (ce qui est en majorité le cas), ils le font plus régulièrement seuls que les autres adolescents. Globalement, c'est dans les familles recomposées que les jeunes jugent le plus sévèrement l'ambiance des repas familiaux. La perception du poids est la plus positive parmi les 12-19 ans de familles de naissance (ou d'adoption) (c'est aussi parmi les enfants de ces foyers qu'il y a le moins de jeunes qui pratiquent des régimes amaigrissants) et les problèmes d'obésité sont plus marqués dans les familles monoparentales.

## Redoublement

Les jeunes qui ont déjà redoublé prennent moins régulièrement leur petit déjeuner et lorsqu'ils le font, ce repas est moins complet que pour le reste de la population. À midi, ils sont aussi plus nombreux à sauter leur déjeuner et quand ils le prennent, c'est moins fréquemment à la cantine que les autres.

## Zones d'habitation

C'est en zone urbaine que l'on saute le plus souvent le petit déjeuner. Pour le repas de midi, ce sont les adolescents de zones rurales (éloignement géographique lié à la scolarité) et ceux de la région parisienne (habitude sociale de sauter ce repas ou d'y consacrer peu de temps) qui le prennent le moins souvent (c'est là encore une situation peu fréquente même pour ces populations spécifiques). Par ailleurs, les ruraux mangent plus à la cantine et les urbains chez eux. L'ambiance des repas fa-

miliaux est perçue plus négativement en milieu urbain. Les prises alimentaires en dehors des repas principaux sont plus répandues dans les villes et c'est dans la région parisienne qu'il y a le plus de jeunes qui déclarent avoir eu souvent faim au cours des douze derniers mois. Si l'indice de masse corporelle n'augmente pas avec la taille de la commune (en dehors du fait que les enfants d'agriculteurs semblent plus gros que le reste de la population), plus les jeunes sont urbanisés, plus ils déclarent avoir déjà fait un régime amaigrissant.

## Autres comportements de santé

### Alcool

Les buveurs réguliers (c'est-à-dire au moins une fois par semaine) sautent plus régulièrement leur petit déjeuner, ont une vision plus péjorative sur l'ambiance des repas familiaux, déclarent plus souvent « *ne pas se trouver du bon poids* », consomment plus de boissons sucrées en dehors des repas, déclarent plus souvent « *manger énormément avec de la peine à s'arrêter* » et « *se faire vomir volontairement* ».

### Tabac

Les mêmes liens sont retrouvés entre les fumeurs réguliers (c'est-à-dire au moins une cigarette par jour) et les différentes caractéristiques analysées précédemment (pour la consommation d'alcool), avec deux spécificités : les fumeurs qui prennent un petit déjeuner l'équilibrent moins bien que le reste de la population et les consommateurs réguliers de tabac ont moins souvent un surpoids que le reste de la population.

### Drogues

Les consommateurs de produits illicites — c'est-à-dire les personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie une drogue (pratiquement uniquement du haschich) — ont une vision plus négative de l'ambiance des repas familiaux, déclarent plus souvent « *manger énormément*



avec de la peine à s'arrêter » et « se faire vomir volontairement ».

### Scores de santé physique, mentale et sociale

Les jeunes qui ont déjà pratiqué un régime amaigrissant et ceux qui déclarent avoir souvent été dans les situations suivantes : « manger énormément avec de la peine à s'arrêter », « redouter de commencer à manger de peur de ne pouvoir s'arrêter », « manger en cachette » et « se faire vomir volontairement », ont des scores de santé mentale et physique au profil de Duke plus dégradés. Cette réalité est beaucoup moins sensible pour les scores de santé sociale.

### références bibliographiques

1. L'alimentation des adolescents français. Entre tradition et innovation. In : Textes et documents pour la classe (TDC). *Les Français et l'alimentation*, octobre 1994 ; n° 681 : 20-3.
2. Baudier F., Rotily M., Le Bihan G. Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.
3. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
4. Rolland-Cachera M. F., Cole T. J., Sempé M., Tichet J., Rossignol C., Charraud A. *Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years*. *Europ. J. Clin. Nut.* 1991 ; 45 : 13-21.





# Nutrition

Béatrice Cotelle, François Baudier

## the key facts in a few figures...

### Breakfast

The young people questioned ate breakfast, on average, six times in the previous seven days. 7.6% had not eaten breakfast at all; 3.9% at the age of 12 and 11.0% at the age of 19. Eating breakfast regularly is less frequent when the head of the household is unemployed and among young people with problems of excess weight. Of those young people who had eaten breakfast the previous day, 75.5% had had milk or a dairy product, 74.0% had bread, cereal or crackers, 34.5% fruit or fruit juice, 21.6% coffee or tea and 23.5% a Danish pastry or other cake. One young person in five (20.1%) had eaten an “ideal” breakfast (three food groups), and one in two young people (49.3%) had a “satisfactory” breakfast (two food groups). Fewer “obese” young people selected a perfect balance of foods for this first meal of the day. Girls consumed more fruit and less dairy produce. As they get older, consumption of dairy products and breads - cereals - crackers reduces while coffee consumption increases.

### Lunch

During the previous week 88.2% of 12

to 19 year olds had eaten lunch every day. Girls, the oldest teenagers and those whose head of household is unemployed or not economically active tend to skip this meal more frequently. Home (49.0%) and the canteen (40.0%) are the two main places where the midday meal is eaten. Eating in “a café, restaurant or fast food outlet” is fairly rare behaviour but increases with age (1.7% at age 12 and 10.1% at 19 years of age). Lunch “in the street” remains marginal (2.0%) . It is in single parent families that teenagers are most likely to eat their midday meal alone. The great majority of young people (94.3%) regard the atmosphere at table during the last midday meal positively for all places where meals are eaten. Overall, young people are satisfied (83.8%) with the quality of their lunch on the previous day. It is canteen lunches that are judged most negatively even though two thirds of them are satisfied.

### Dinner

87.7% of young people questioned ate an evening meal every day over the previous seven days, fewer girls than boys, older subjects more than younger. When



they eat, girls most often do so with the family and boys are more likely to do so outside the home.

### Dental hygiene

87.7% of young people declare brushing their teeth in the morning, only 29.7% at midday and 81.3% at night; more than half say they did so twice on the day before the interview, girls more than boys.

### Atmosphere of family meals

The vast majority (95.3%) of young people questioned judge the atmosphere of family meals positively. This positive declaration deteriorates a little as they get older (peaking at 16-17 years of age).

### Weight

Almost two thirds (59.6%) of young people questioned consider themselves to be "about the right weight", more often boys than girls. Their Body Mass Index (BMI) revealed 7.5% as "thin" and 15% "obese". More boys were obese (15.0%) than girls (11.6%). The young people questioned tend overall towards higher BMIs than current standards. 12.7% of teenagers say they have dieted in order to slim over the course of the year (girls: 21.8%; boys: 4.0%). The older the teenager and the higher the Body Mass Index, the more likely 12-19 year olds were to give a positive answer to this question.

### Food consumption outside meal times and feeling hungry

On the day before the interview, three quarters (77.9%) of young people consumed at least one food outside the three main meals (boys more than girls): sugary drinks (37.3%), sugary cakes (58.2%), savoury cakes (12.7%) and sandwiches or bread with a spread (19.2%). Boys chose bread with a spread, sugary drinks and savoury cakes. The percentage consuming sugary drinks increased steadily with age, while that consuming bread

and a spread fell significantly. 5.3% of teenagers report "not having eaten enough to feel full" fairly or very often during the previous twelve months.

### Indicators of problem food behaviour

- "Eating enormously and finding it difficult to stop": 12.4% say they have often been in this situation during the last year.
- "Fearing to start eating in case you can't stop": 88.9% give a negative response: for 6.8% of teenagers this happens very occasionally and for 4.3% often.
- "Eating secretly": 16.5% of teenagers report doing this, 10.8% rarely, 4.5% fairly frequently and 1.2% very frequently
- "Deliberately making yourself vomit": 95.5% of young people answered no to this question and 3.7% did this very occasionally. "Often" applies to 0.8% of the population.





BAYLINE







# Sport et activité physique

Philippe Guilbert, François Baudier

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Activité physique

La moitié (50,5 %) des 12-19 ans n'a pas fait d'activité physique la veille, c'est-à-dire une « activité entraînant une transpiration ou une accélération du rythme cardiaque ». Un peu plus d'un quart (26,4 %) a déclaré en faire plus d'une heure par jour, les garçons davantage que les filles.

### Activité sportive

Sur l'ensemble de la semaine écoulée, les jeunes ont fait en moyenne plus de 4 heures ½ de sport. Cette durée varie fortement d'un individu à l'autre : 13,7 % des adolescents n'en ont pas fait du tout et près d'un quart en a fait au moins une heure par jour en moyenne.

Les garçons sont plus nombreux à avoir fait un sport au cours de la semaine précédente et cette pratique est moins fréquente à mesure qu'ils avancent en âge. Les 12-19 ans scolarisés ont fait, en moyenne, 5 heures de sport environ au cours des sept derniers jours : les garçons presque 6 heures et les filles presque 4 heures. Ce sont les collégiens qui déclarent la moyenne la plus élevée avec près de 5 heures 30.

Globalement, les jeunes non scolarisés

(ou partiellement scolarisés) font deux fois moins de sport que les adolescents allant à l'école et cette pratique s'effectue le plus souvent seul(e) ou avec des copains (moins en club).

En ce qui concerne la qualité de vie (profil de santé de Duke), les scores de santé sont plus élevés parmi les adolescents ayant fait du sport ou ayant eu une activité physique.

Les adolescents vivant dans un ménage dont le chef de famille est au chômage ou inactif, sont ceux qui ont fait le moins souvent du sport au cours des sept derniers jours.

### Les raisons de la pratique d'un sport

Pour près des trois quarts (73,9 %) des 12-19 ans, faire du sport est avant tout se faire plaisir. Ce pourcentage est plus élevé chez les plus jeunes.

Les filles sont quatre fois plus nombreuses que les garçons à faire du sport pour maigrir (20,3 % vs 4,0 %). Les garçons répondent plus fréquemment faire du sport pour gagner (19,3 % vs 6,2 %).

Les jeunes qui vivent dans des communes rurales déclarent chercher davantage que les autres adolescents à établir un lien social par le biais de la pratique sportive.







L'activité sportive et plus généralement l'activité physique constituent un enjeu important en terme de bien-être physique, mental et social. Cette association repose sur un déterminant intermédiaire, la condition physique. Idéalement, une pratique sportive entraîne une amélioration de la condition physique qui, elle-même, est favorable à la santé. Or, le lien entre activité physique ou sportive et condition physique est loin d'être simple, tout comme celui entre condition physique et état de santé. Les sportifs en mauvaise condition physique ou en mauvaise santé existent. Néanmoins, comme le soulignent plusieurs études, *l'influence de l'activité physique et sportive sur la santé est de plus en plus reconnue : prévention des affections cardio-vasculaires et des affections dégénératives du squelette, amélioration du statut mental...* [1].

La connaissance de ces relations complexes passe notamment par une description quantitative et qualitative de la pratique physique et sportive. Malheureusement, la France n'est pas aussi avancée dans ce domaine que certains pays anglo-saxons. Une revue de littérature de 1993 [2] recense à partir de trois bases de données une trentaine

d'enquêtes sur le sujet dont une seule en langue française et une traduction.

Le Baromètre santé jeunes 97/98 reprend une série de questions de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), portant d'une part sur l'activité physique la veille de l'entretien téléphonique et d'autre part, sur l'activité sportive au cours de la dernière semaine. Ce chapitre présente donc la description du temps d'activité physique et sportive selon le sexe, l'âge et d'autres variables sociodémographiques, en séparant l'analyse entre les jeunes scolarisés et les jeunes non scolarisés (ou partiellement scolarisés). Une troisième partie évoque les différentes motivations à la pratique d'un sport abordant ainsi ce sujet d'un point de vue plus qualitatif.

## Activité physique

L'activité « physique » est une notion beaucoup plus vaste que celle d'activité « sportive », évoquée par la suite. Par activité physique, il faut entendre dans ce Baromètre « toute activité entraînant une transpiration ou une accélération du rythme cardiaque, comme faire du sport, se déplacer en bicyclette ou transporter du matériel ».

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



Il y a donc une différence sensible entre activité physique et pratique d'un sport.

Sur l'ensemble de l'échantillon (n=4 115), la moitié des répondants (50,5 %) déclare ne pas avoir fait d'activité physique lors de la journée précédant l'interview. Les autres modalités de réponses les plus fréquentes sont, par ordre décroissant, deux heures précises (14,3 %) et une heure précise (12,7 %) (Figure 1).

Si l'on ne considère que ceux qui ont eu une activité physique (49,5 % des répondants), la moyenne double, passant à plus d'1 heure 30 par adolescent (97,8 minutes). L'écart type très élevé (76,0) témoigne de la grande disparité des réponses. Cela peut s'expliquer par le mélange d'activités purement sportives, d'activités professionnelles physiquement fatigantes et d'efforts physiques pouvant ne prendre que quelques minutes.

Les garçons sont 56,9 % à avoir eu une activité physique fatigante contre 41,7 % des filles. Il existe des différences de statut scolaire et de scores de qualité de vie entre les jeunes qui déclarent une activité physique et ceux qui n'en ont pas. Les collégiens ont plus souvent eu une activité physique. Par ailleurs, les scores de santé (physique et sociale) au profil de Duke sont meilleurs chez les jeunes qui ont eu une activité physique la veille (Figure 2). Il faut considérer ces liens avec prudence et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est complexe de mettre en parallèle des scores de qualité de vie liée à la santé reflétant des états physiques et sociaux résultant d'une longue période et une variable d'activité physique mesurée sur un seul jour. En tout état de cause, la qualité de vie évaluée ici rend compte d'une perception de la santé globale et non pas d'une mesure d'un état de santé. Par ailleurs, indépendamment de l'activité physique de la veille, les scores de qualité de vie au profil de santé de Duke sont légèrement moins bons après 15 ans (cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes). Il sera donc intéressant de voir, pour la pratique sportive, si les mêmes tendances sont retrouvées concernant les scores.

### Typologie de ceux qui déclarent avoir eu une activité physique la veille

Les garçons déclarent un temps d'activité physique plus long que les filles, 1 heure 45 vs 1 heure 30 environ (Tableau I). Les jeunes de 18 et 19 ans sont ceux qui ont passé le plus de temps à une activité physique la veille, avec à peu près 2 heures déclarées vs 1 heure 30 pour les autres groupes d'âge. Il est important de rappeler que les jeunes

Figure 1

#### Temps d'activité physique la veille pour l'ensemble de la population

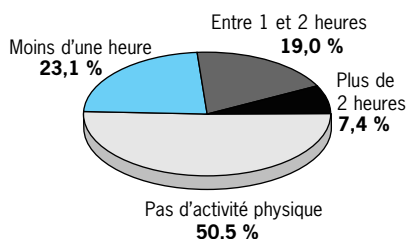
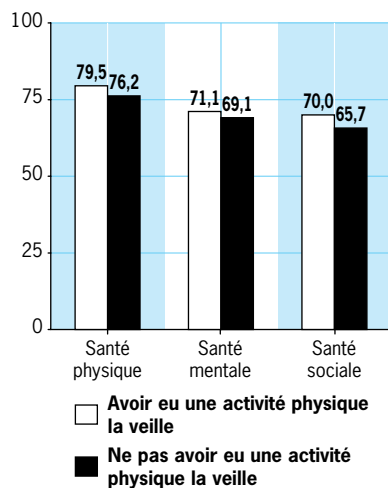


Figure 2

#### Activité physique et scores de santé pour l'ensemble de la population



Différence non significative pour le score de santé mentale après prise en compte des facteurs de confusion (sexe, établissement scolaire).



professionnels sont plus nombreux chez les 18-19 ans que chez les 12-14 ans. Or, la moyenne du temps d'activité physique est beaucoup plus élevée parmi les non-scolaires que parmi les jeunes scolarisés (2 heures 30 vs 1 heure 30). Le découpage selon la scolarité en cours, excluant les résultats des jeunes sortis du système scolaire, montre que les jeunes ont davantage d'activité physique en seconde cycle qu'au collège<sup>1</sup>. L'activité physique des lycéens est approximativement égale à 1 heure 40 minutes contre 1 heure 30 au collège. Plus encore qu'au lycée, c'est en classe de CAP et BEP que la durée de l'activité physique de la veille est la plus importante avec 1 heure 50 minutes. Dans la mesure où l'enseignement en CAP/BEP comporte souvent une dimension « manuelle » plus rarement présente au lycée, il n'est pas surprenant de constater un temps d'activité physique supérieur pour les jeunes de ces filières professionnelles.

## Activité sportive

La pratique sportive est évaluée au cours des sept derniers jours dans trois lieux différents : à l'école, au sein d'un club et tout seul ou avec des copains en dehors de l'école. Le nombre d'heures (et minutes) de sport pratiquées est mesuré au cours de la semaine écoulée.

Sur cette période, les jeunes ont fait en moyenne plus de 4 heures 30 de sport (4 heures 40). Cette durée varie fortement d'un individu à l'autre : 13,7 % des jeunes n'ont pas fait de sport au cours des sept derniers jours et 24,3 % en ont fait au moins une heure par jour (en moyenne 7 heures dans la semaine) (Figure 3). La répartition précise des heures de sport suivant les jours de la semaine n'est pas connue, ni le type de sport pratiqué.

1. Le second cycle a regroupé les classes de seconde, première, terminales générale, technique et professionnelle.

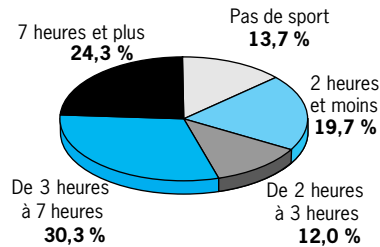
**Tableau 1**

### Temps d'activité la veille en fonction du sexe et de l'établissement scolaire (n=2 037 ; en heures et minutes)

Sexe	
Filles	1:28
Garçons	1:45
Établissement scolaire	
Collège	1:51
CAP/BEP	1:30
Lycée	1:40
Supérieur au Bac	1:20
Autres	1:52

**Figure 3**

### Temps de sport au cours des sept derniers jours



Avant d'entrer dans le détail des lieux de pratique et des groupes de jeunes (*les scolarisés, les partiellement scolarisés et les jeunes sortis du système scolaire*), il est important de s'intéresser globalement à la pratique ou non d'un sport et de voir si des différences apparaissent en fonction des critères sociodémographiques ou comportementaux habituels.

La pratique d'un sport varie selon le sexe et l'âge du répondant (Figure 4). Les garçons sont plus nombreux à avoir fait un sport lors de la semaine précédant l'interview et cette pratique diminue avec l'âge. Cela est particulièrement vrai à partir de 17 ans, quel que soit le sexe.

Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) ont fait plus souvent du sport au cours des sept derniers

Figure 4

Pratique d'un sport au cours de la semaine selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

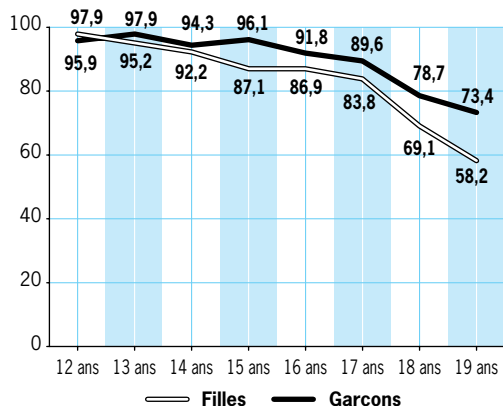
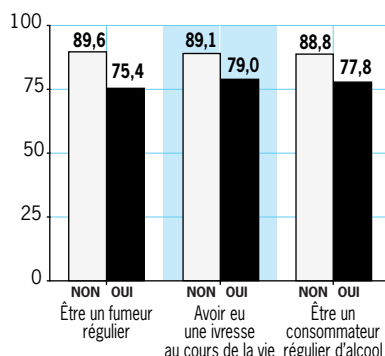


Figure 5

Pratique sportive au cours des sept derniers jours et consommation de substances psychoactives (en pourcentage)



jours que ceux appartenant à d'autres structures familiales (monoparentale, recomposée ou vivant seul(e)). Les adolescents dont le chef de famille est au chômage ou inactif, sont ceux qui ont fait le moins souvent du sport au cours des sept derniers jours. Au niveau des comportements de santé, les jeunes ayant des habitudes de vie plus modérées par rapport au tabac et à l'alcool, s'adonnent plus fréquemment — au moins une fois au cours de la semaine — à la pratique d'un sport (Figure 5).

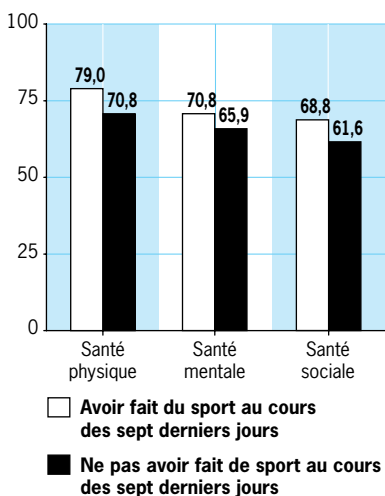
Les scores de qualité de vie (dans le domaine physique, mental et social) sont toujours meilleurs pour les jeunes qui ont pratiqué au moins une fois une activité sportive au cours de la dernière semaine (Figure 6).

Sport et jeunes scolarisés

Tous lieux confondus, les 12-19 ans scolarisés ont fait en moyenne environ 5 heures de sport au cours des sept derniers jours : les garçons presque 6 heures et les filles presque 4 heures. La durée de sport hebdomadaire est beaucoup plus importante chez les plus jeunes : à 12 ans, elle avoisine les 5 heures 30, alors qu'à 19 ans

Figure 6

Activité sportive et scores de santé



elle est d'un peu plus de 3 heures. Ce sont les collégiens qui ont le déclaratif le plus élevé avec en moyenne près de 5 heures 30. Les jeunes habitant en ville ont fait plus de sport au cours des sept derniers jours que ceux vivant en communes rurales : 5 heures vs 4 heures 30.



## À l'école

Au collège, trois heures de sport sont au programme et seulement deux au lycée. Plus d'un jeune sur six (22,4 %) déclarent n'avoir fait aucune heure de sport lors de la semaine passée.

Sur l'ensemble des 12-19 ans scolarisés, le temps moyen passé à faire du sport à l'école au cours des sept derniers jours est d'environ 2 heures 15 (132,0 minutes). L'écart type très élevé (108,3) reflète très certainement la différence des régimes entre le collège, le lycée et l'enseignement supérieur où le sport est optionnel. 34,7 % en ont fait 2 heures précises, 23,1 %, 3 heures et 15,6 % plus de 3 heures (Figure 7). Les garçons déclarent une pratique sportive à l'école plus longue, 2 heures 20 minutes vs 2 heures 04 pour les filles (Tableau II). C'est au collège que la moyenne est la plus élevée avec 2 heures 52 minutes de sport sur les sept derniers jours ; suivent le lycée, les « CAP/BEP » et les étudiants avec 41 minutes (Tableau II). La baisse du nombre d'heures de sport à l'école en fonction de l'âge du répondant (Figure 8) est fortement liée au type de structure éducative dans laquelle il se trouve.

En ne considérant maintenant que les adolescents ayant fait du sport à l'école au cours de la dernière semaine, les garçons en ont fait presque 3 heures contre 2 heures 40 pour les filles.

## En dehors de l'école dans un club

Il s'agit de regarder ici la pratique sportive encadrée ou organisée : délivrance d'une licence et passage en principe d'une visite médicale autorisant la pratique du sport en question. En moyenne et pour l'ensemble de la population, les 12-19 ans ont pratiqué 1 heure 30 de sport en club. La prédominance masculine dans ce domaine est nette puisque les garçons font deux fois plus de sport en club que les filles : 2 heures vs 1 heure 10 (au cours des sept derniers jours) (Figures 9 et 10). Les plus jeunes pratiquent plus longuement un sport en club que les plus âgés. Par ailleurs, les jeunes non scolarisés (ou partiellement)

Figure 7

### Durée de la pratique sportive à l'école (n=3 816)

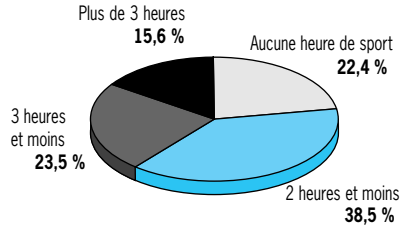


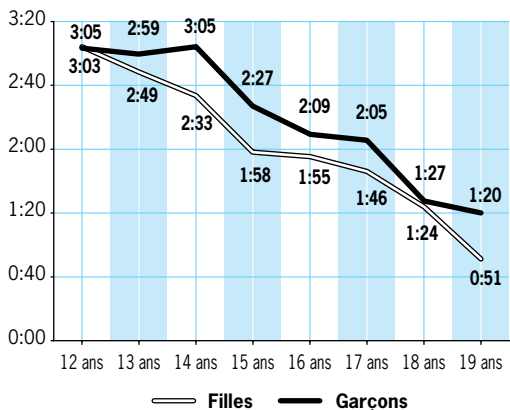
Tableau II

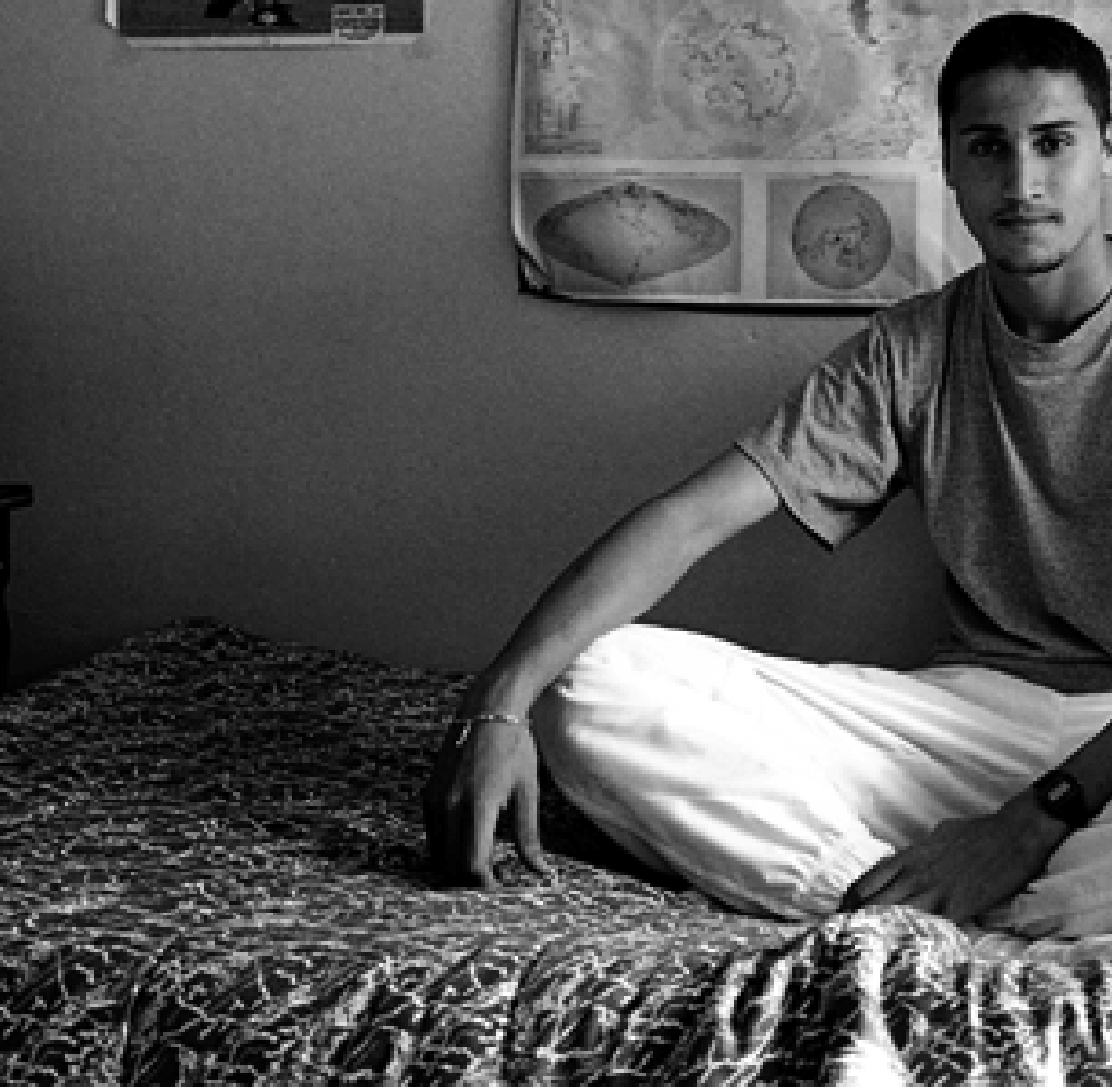
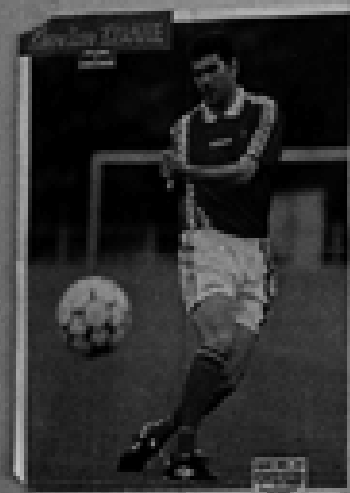
### Temps de sport à l'école au cours des sept derniers jours (en heures et minutes pour l'ensemble de la population scolarisée)

Sexe	
Filles	2:04
Garçons	2:20
Établissement scolaire	
Collège	1:57
CAP/BEP	2:52
Lycée	1:59
Supérieur au Bac	0:41
Autres	0:42

Figure 8

### Temps de sport à l'école au cours des sept derniers jours (en heures et minutes pour l'ensemble de la population scolarisée)

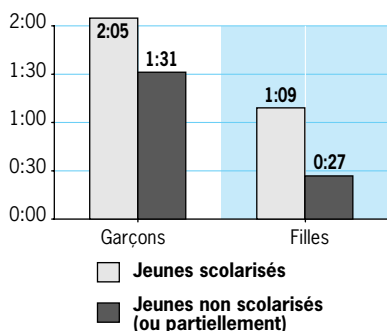






**Figure 9**

**Temps de sport en club selon le sexe et le statut scolaire au cours des sept derniers jours (en heures et minutes pour l'ensemble de la population)**



pratiquent moins de sport en club que les autres (même en tenant compte de l'âge). En prenant comme base uniquement les adolescents ayant fait du sport en club (46,9 %), durant la dernière semaine, les garçons ont fait environ 4 heures de sport en club, les filles presque 3 heures.

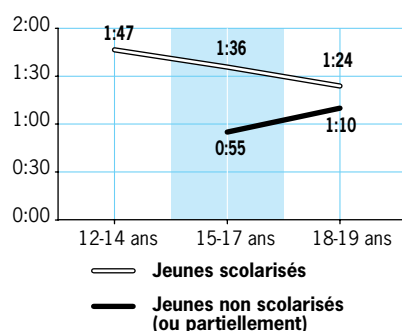
### En dehors de l'école, tout seul ou avec des copains

La durée moyenne de sport pratiqué seul ou entre copains en dehors d'une structure officielle et sans droit d'inscription est de 1 heure. Les garçons s'adonnent davantage à la pratique d'un sport dans ces conditions que les filles (Figure 11). Ils ont passé près d'1 heure 20 à en faire seul ou avec des copains (au cours des sept derniers jours) tandis que les filles n'y ont consacré que 39 minutes. En revanche, les jeunes non scolarisés (ou partiellement) pratiquent plus ce type de sport que les autres. Il en est de même pour ceux vivant en milieu urbain.

En excluant de l'analyse ceux qui déclarent ne pas avoir fait de sport seul ou avec des copains (58,2 %), la moyenne pour les garçons est de 2 heures 30 et celle des filles d'environ 2 heures.

**Figure 10**

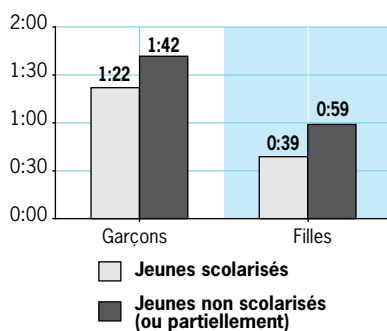
**Temps de sport en club selon l'âge et le statut scolaire au cours des sept derniers jours<sup>a</sup> (en heures et minutes pour l'ensemble de la population)**



a. Les 12-14 ans sont toujours scolarisés.

**Figure 11**

**Temps de sport seul ou avec des copains, au cours des sept derniers jours (en heures et minutes pour l'ensemble de la population)**



### Sport et jeunes non scolarisés

Les jeunes qui ne sont plus à l'école représentent 7,3 % de l'échantillon (n=299). La moitié travaille (51,8 %), plus d'un tiers (37,5 %) sont en apprentissage ou en formation alternée et 10,7 % sont en processus d'insertion. Les jeunes en apprentis-





sage ou en formation alternée sont scolarisés pour une partie de l'année.

Au total et en moyenne, les adolescents non scolarisés (ou partiellement scolarisés) ont fait 2 heures 30 de sport environ au cours des sept derniers jours, soit deux fois moins que les élèves scolarisés. La différence correspond, à quelques minutes près, à la durée des heures de sport obligatoires dispensées à l'école. De plus, la répartition du temps de sport en fonction du lieu n'est pas équivalente entre les deux groupes (voir résultats commentés plus haut). La moitié des jeunes sortis partiellement ou complètement du système scolaire n'a pas fait de sport au cours des sept derniers jours. Les garçons en ont pratiqué 3 heures 15 contre 1 heure 25 minutes pour les filles. Parmi les adolescents non scolarisés (ou partiellement), ce sont ceux vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption), ceux habitant dans un foyer dont le chef de famille travaille et les jeunes dont le père est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure qui ont en moyenne la pratique sportive la plus longue. Enfin, en n'examinant que les réponses des adolescents ayant fait du sport au cours des sept derniers jours (48,9 %), le nombre d'heures de sport avoisine les 5 heures (garçons : 5 heures 40 ; filles : 3 heures 50).

## Les raisons principales à la pratique d'un sport

Lors de l'entretien, il a été demandé quelles étaient les principales motivations à faire du sport. Parmi les huit items proposés par l'enquêteur, les jeunes pouvaient en choisir jusqu'à trois. Les 1,2 % qui ont déclaré ne pas pratiquer de sport n'ont pas été pris en considération dans l'analyse. Les huit motivations proposées étaient : faire du sport pour le plaisir, pour la santé, pour maigrir, pour se muscler, pour rencontrer des amis, pour gagner (par esprit de compétition), par obligation<sup>1</sup> (parents, école) et pour une autre raison.

La première motivation mise en avant est le plaisir. Pour près des trois quarts des

jeunes, faire du sport c'est se faire plaisir (73,9 %). Viennent ensuite par ordre décroissant, pour rencontrer des amis, pour la santé, pour se muscler, pour gagner, pour maigrir, parce qu'on y est obligé et pour une autre raison (Figure 12).

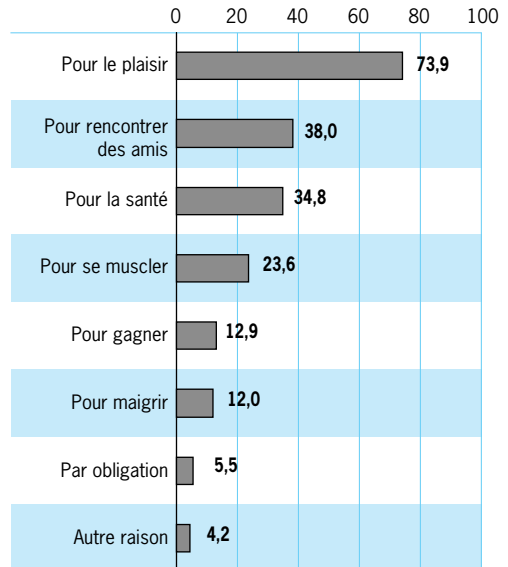
### Garçons/Filles

Ils font du sport pour des raisons en grande partie équivalentes. Ils diffèrent cependant sur quelques points (Figure 13). Les filles sont plus nombreuses à faire du sport pour maigrir<sup>2</sup> : 20,3 % vs 4,0 % pour les garçons. Elles en font également davantage parce qu'elles y sont obligées et un peu moins pour une « autre raison ». Les garçons ont répondu plus fréquemment que les filles faire du sport pour gagner : 19,3 % vs 6,2 %.

1. Certains ont à la fois répondu en faire par obligation et par plaisir (3,4 %).
2. Le sport aide à maigrir si des règles diététiques y sont associées.

Figure 12

### Les motivations à la pratique d'un sport (en pourcentage)





### Âge

La pratique du sport pour le plaisir varie en fonction de l'âge du répondant. C'est à 12 ans que cette réponse est la plus citée. 80,0 % des jeunes de cet âge font du sport pour le plaisir. Ce pourcentage diminue avec l'âge de l'interviewé et atteint son minimum pour les jeunes de 16 ans (69,3 %).

- « Le sport pour la santé » est une motivation qui ne cesse d'augmenter avec l'âge de l'interviewé (Figure 14).

- « Le sport pour maigrir » est plus fréquemment cité parmi les jeunes de 16 ans. Faut-il y voir un lien avec leur déclaratif le plus bas pour la pratique d'un sport pour le plaisir ?

La musculation comme raison de faire du sport est une motivation qui progresse avec l'âge du répondant, comme « faire du sport pour la santé ». De 15,2 % des réponses à 12 ans, on passe à 31,8 % à 19 ans. Les jeunes qui ont répondu faire du sport pour maigrir sont plus nombreux à avoir également déclaré en faire pour se muscler.

C'est de nouveau à 16 ans que l'on observe le taux de réponse « faire du sport parce qu'on y est obligé » le plus élevé : 7,8 %. La rencontre d'amis, l'esprit de compétition et les autres motivations sont des motivations stables selon l'âge de l'interviewé.

### Communes rurales/zones urbaines

Les jeunes qui vivent dans des communes rurales recherchent davantage à établir un lien social par le biais de la pratique d'un sport. 41,3 % souhaitent rencontrer des amis vs 36,7 % des jeunes habitant une agglomération urbaine. Ces derniers déclarent faire plus souvent du sport pour la santé et se muscler. Pour les autres items, les réponses ne diffèrent pas de façon significative.

### Catégorie socioprofessionnelle du chef de famille

Les adolescents dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont 79,0 % à faire du sport pour le plaisir. Il s'agit du plus haut score, alors

Figure 13

### Les raisons principales à la pratique d'un sport selon le sexe (en pourcentage)

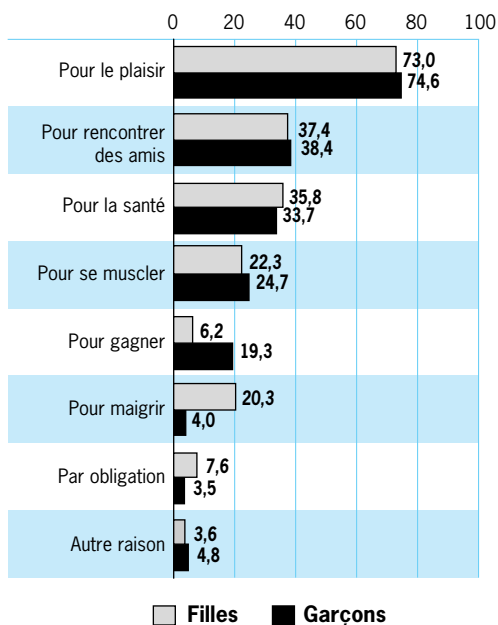
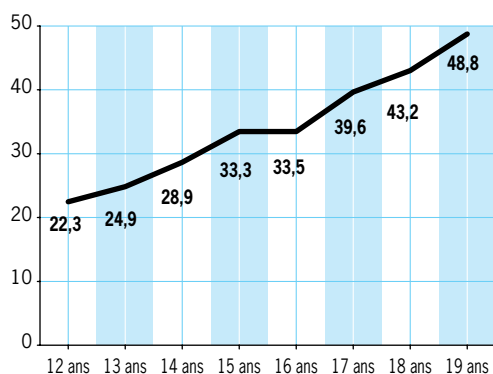


Figure 14

### « Le sport pour la santé » en fonction de l'âge (en pourcentage)



que les minimums sont atteints pour les jeunes dont le chef de famille est « ouvrier » et « autres sans activité ». Ces derniers sont les plus nombreux à déclarer faire du sport



pour la santé. Les moins concernés par cette motivation sont les enfants d'agriculteurs (ou agriculteurs eux-mêmes). Ils sont également les moins nombreux à faire du sport pour maigrir et les plus nombreux à en faire pour rencontrer des amis.

### Situation professionnelle du chef de famille

Les jeunes qui travaillent ou dont le chef de famille travaille, font davantage de sport pour le plaisir, pour rencontrer des amis et pour gagner. Ceux dont le chef de famille est au chômage ou inactif sont plus souvent attirés par les aspects santé et musculation du sport.

## Analyse et synthèse

### Sexe

Les garçons déclarent un temps et une fréquence d'activité physique et sportive supérieurs à ceux des filles. Ils font plus de sport à l'école, en club et seuls ou avec des copains. Cette spécificité se retrouve aussi dans l'enquête nationale sur la santé et les styles de vie des adolescents (15-20 ans scolarisés), menée en Suisse en 1992 et 1993 [3]. Dans cette étude, 57,6 % des garçons font assez ou très souvent du sport dans un club sportif, contre seulement 37,6 % des filles. L'enquête de l'Inserm sur les adolescents scolarisés âgés de 11 à 19 ans, réalisée en 1993, donne des résultats qui vont dans le même sens : « *Trois garçons sur quatre (73 %) et moins d'une fille sur deux (48 %) font du sport en dehors de l'école. Non seulement les garçons sont plus nombreux à pratiquer un sport, mais ils le font d'une manière plus intensive : en moyenne deux heures de plus que les filles...* » [4].

Par ailleurs, les garçons font plus souvent du sport pour gagner, alors que les filles sont plus souvent motivées par la perte de poids. Dans ce domaine, les résultats de

### Mélanie, élève de troisième

**« Je fais énormément de volley : cinq heures d'entraînement par semaine, plus les matchs le samedi. Je ne pourrais pas m'en passer. Cela me permet de me défouler. Sur le terrain, je me lâche complètement, je me donne à fond, quitte à me jeter par terre pour récupérer un ballon ! Ensuite, cela me donne confiance en moi. Quand on gagne un match en compétition, je me dis que je ne suis pas si nulle que ça et j'ai vraiment l'impression d'avoir aidé à cette victoire. Et surtout, depuis que je fréquente le club de volley, j'ai découvert un autre univers. Celui de l'amitié, vraie, forte, de la solidarité. Les filles de l'équipe, on est comme les doigts de la main. On est là pour gagner ensemble et se soutenir dès que l'une flanche. Je n'avais jamais connu ça ailleurs que dans le sport ».**

l'enquête suisse [3] coïncident avec ceux du Baromètre santé jeunes : « *les motivations liées à l'image de soi et à la santé sont plus spécifiquement féminines, tandis que les motivations liées à la compétitivité et aux aspects relationnels sont plus spécifiquement masculines* » [3].

### Âge

Selon que l'on s'intéresse à l'activité physique ou à l'activité sportive, les résultats selon l'âge du répondant ne vont pas dans le même sens. Pour l'activité physique, ce sont les plus âgés qui ont une pratique plus longue, tandis qu'en ce qui concerne la pratique d'un sport, ce sont les plus jeunes qui en font davantage. Cette décroissance de la pratique sportive avec l'âge ne se retrouve pas dans l'enquête suisse [3], mais la majorité de l'échantillon était âgée de



16 à 19 ans. L'étude Inserm [4] constatait aussi que les collégiens faisaient plus de sport que les lycéens. Cette réduction de la pratique sportive avec l'âge peut notamment s'expliquer par l'apparition de nouveaux centres d'intérêt et/ou par l'augmentation de contraintes (travail, transport, sorties, etc.).

### Autres caractéristiques

Les jeunes qui ne fument pas (*ou moins d'une cigarette par jour*) ou/et qui ne boivent pas régulièrement de l'alcool (*moins d'une fois par semaine*), ont plus souvent fait du sport au cours des sept derniers jours. Cette observation renvoie à l'idée selon laquelle une pratique régulière d'un sport exige une certaine hygiène de vie excluant la consommation excessive de ces produits. Mais faire beaucoup de sport ne signifie pas pour autant, ne pas en consommer. À ce sujet, une étude sur le sport et la consommation d'alcool à l'adolescence montre que « *les jeunes ayant une pratique sportive intense sont aussi nombreux à consommer que les non-sportifs alors que les jeunes ayant une pratique modérée sont les moins consommateurs* » [5].

Enfin, les scores de santé ont tendance à être en faveur des jeunes ayant une activité physique ou sportive, soulignant l'impact positif que peuvent avoir ces activités sur leur santé et sur leur qualité de vie.

### références bibliographiques

1. Michaud P. A., Narring F. *La condition physique des enfants et des adolescents : comment la mesurer ? Une revue de littérature*. Archives de Pédiatrie 1996 ; 3 : 497-504.

2. Vuillemin A., Denis G., Guillemin F., Jeandel C. *Revue des questionnaires d'évaluation de l'activité physique*. Rev. Epidemiol. Santé publ. 1998 ; 46 : 49-55.

3. Michaud P. A., Alvin P. (sous la dir.). *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*.

Lausanne : Payot/Paris : Doin/Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 636 p.

4. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.

5. Choquet M., Hassler C. *Sport et consommation d'alcool à l'adolescence*. Alcoolologie 1997 ; 19 (1) : 21-7.



# Sport and physical activity

Philippe Guilbert, François Baudier

## the key facts in a few figures...

### Physical activity

Half (50.5%) of 12-19 year olds did no physical activity the day before the interview, i.e. an “activity leading to perspiring or an accelerated heart rate”. A little over a quarter (26.4%) stated they exercised for more than one hour a day, boys more than girls.

### Sporting activity

Over the whole of the preceding week, young people had participated in sport for an average of 4½ hours. The length of time varied considerably from one individual to another: 13.7% of teenagers had participated in no sport at all and almost a quarter had taken part for at least one hour a day.

More boys had participated in a sport during the week preceding the interview and this activity became less frequent as they got older.

On average, 12-19 year olds at school had participated in some form of sport for approximately 5 hours in the course of the last seven days: boys almost 6 hours and girls almost 4 hours. Comprehensive school pupils reported the highest average with almost 5½ hours.

Overall, young people not at school (or

in part-time education) did half as much sport as teenagers attending school and most frequently did this activity alone or with friends (less in clubs).

As far as quality of life is concerned (Duke Scale), health scores are highest among teenagers who have participated in some sport or other physical activity.

Teenagers living in a household whose head is unemployed or not economically active, are those least likely to have participated in sport during the last seven days.

### Reasons for doing a sport

For almost three quarters (73.9%) of 12-19 year olds, sports activity is above all enjoyable. This percentage is highest amongst the youngest of them.

Four times more girls than boys do sport in order to slim (20.3% v 4.0%). Boys more frequently say that they participate in sport in order to win (19.3% v 6.2%). Young people living in rural areas are more likely than other teenagers to say that they make social contacts through sports activities.











# Vie affective et sexuelle

**Christiane Dressen,  
Philippe Guilbert, Arnaud Gautier**

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Le ou la petit(e) ami(e)

Près de la moitié des 15-19 ans (41,6 % des garçons et 48,7 % des filles) ont un petit ami ou une petite amie au moment de l'enquête et ces pourcentages augmentent avec l'âge. La durée moyenne déclarée de cette relation amoureuse augmente également avec l'âge : de quatre mois chez les 15 ans, elle passe à un an et trois mois chez les 19 ans.

### Les relations sexuelles

Les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir déjà eu des rapports sexuels (50,7 % vs 46,1 %). Ce pourcentage progresse rapidement avec l'âge : de 51,3 % chez les 17 ans à 80,1 % chez les 19 ans, quel que soit le sexe. L'âge médian au premier rapport est situé à 17 ans, pour les filles comme pour les garçons, sans modification depuis plusieurs décennies. Les garçons sont nettement plus nombreux à déclarer avoir eu plusieurs partenaires (64,2 % vs 48,5 %) et ce pourcentage augmente avec l'âge.

### L'utilisation du préservatif et/ou de la pilule

87,1 % des jeunes (garçons et filles) sexuellement actifs (ayant déjà eu des rapports

sexuels) déclarent avoir utilisé le préservatif la première fois (soit une progression d'environ 10 % depuis l'enquête de l'Agence nationale de recherche sur le sida de 1994). Les plus jeunes sont les plus nombreux à adopter ce comportement. Lors de la dernière relation sexuelle évoquée, le préservatif est nettement moins utilisé que lors de la première fois. Il a été demandé si la pilule avait été utilisée par l'adolescente ou par la partenaire de l'adolescent au cours du premier et du dernier rapport. La pilule est globalement peu employée lors des premiers rapports (par moins d'un tiers des jeunes), elle l'est beaucoup plus lors du dernier rapport, en particulier à 19 ans (57,2 %). 9,1 % des jeunes n'ont utilisé aucune de ces deux méthodes (préservatif ou pilule) pour le premier rapport et 7,2 % pour le dernier.

### Pilule du lendemain, grossesses et IVG

Plus d'une jeune fille sexuellement active sur dix (13,6 %) ont utilisé la pilule du lendemain et 6,2 % ont déjà été enceintes (soit 2,8 % de l'ensemble des filles de 15-19 ans). Parmi celles-ci, 20 % ont eu un enfant (soit 0,5 % des filles de 15-19 ans).



**Test de dépistage du sida**

Parmi l'ensemble des 15-19 ans, les filles ont plus souvent fait un test VIH que les garçons (12,4 % vs 8,5 %). Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge et ce, particulièrement à partir de 18 ans.



La période de l'adolescence offre des instants de découverte et d'expérience particulièrement intenses quand il s'agit de sentiments amoureux. L'école, comme lieu de socialisation, met en relation chaque année de nombreux jeunes entre eux. Les rentrées scolaires s'accompagnent en général de nouvelles rencontres d'où naîtront peut-être de nouvelles affinités. D'autres lieux de sociabilité permettent aussi le développement des relations entre jeunes (cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes). Des événements importants pour la vie affective du jeune arrivent entre 15 ans et 19 ans. À la fin de cette période, une très grande partie des jeunes ont un(e) petit(e) ami(e) et sont sexuellement actifs (ont eu dans leur vie au moins un rapport sexuel). La mise en place de ces comportements pose, dans le contexte actuel, le problème de risques éventuels encourus par rapport aux maladies sexuellement transmissibles en général et au sida en particulier. Les messages préventifs concernant l'importance de l'utilisation des préservatifs s'accompagnent-ils, dans les faits, de pratiques sexuelles protégées ?

Le présent chapitre étudie donc la vie affective

et sexuelle des jeunes de 15-19 ans dans plusieurs de ses dimensions. En plus des thèmes couramment abordés (avoir un(e) petit(e) ami(e), être sexuellement actif), des questions sur la contraception et l'utilisation de préservatifs font l'objet de ce chapitre. Enfin, les jeunes ont également été interrogés sur certains points plus sensibles : utilisation de la pilule du lendemain, grossesse éventuelle menée ou non à son terme, rapports homosexuels et « rapports sexuels forcés » (cf. chapitre Violence, suicide et conduites d'essai). Toutes ces questions méritaient un traitement particulier dans le déroulement de l'enquête. Les enquêteurs ont adopté, quand cela s'avérait nécessaire, un ton moins neutre et plus chaleureux que lors d'une enquête plus traditionnelle. En outre, les adolescents avaient la possibilité de joindre après l'entretien un médecin ou un psychologue pour poser les questions qu'ils désiraient ou simplement parler avec eux.

## Résultats

### Le (ou la) petit(e) ami(e)

Près d'un jeune de 15-19 ans sur deux a actuellement un petit ami ou une petite amie

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



(41,6 % des garçons et 48,7 % des filles). Ce pourcentage croît très régulièrement avec l'âge pour les deux sexes (Figure 1). À partir de 16 ans, davantage de filles que de garçons déclarent avoir un petit ami. Les garçons sont légèrement plus nombreux chez les plus jeunes : 33,6 % des 15 ans vs 29,6 % chez les filles. On observe également qu'à niveau d'âge égal, les jeunes ayant redoublé sont plus nombreux à avoir un(e) petit(e) ami(e).

Les trois quarts (73,9 %) des jeunes déclarant avoir un(e) petit(e) ami(e) ont déjà eu une relation sexuelle au cours de la vie. Ainsi, pour 26,1 % des adolescents de cet âge, avoir un(e) petit(e) ami(e) n'implique ont déjà eu des rapports sexuels.

Par ailleurs, 27,7 % des adolescents n'ont pas actuellement de petit(e) ami(e), mais ont déjà eu des rapports sexuels.

En moyenne, les garçons sont en relation avec des petites amies plus jeunes qu'eux, tandis que les filles ont des petits amis plus âgés, ce qui correspond au schéma sociologique classique (Figure 2) et l'âge du ou (de la) petit(e) ami(e) augmente avec l'âge du répondant.

La relation avec le ou (la) petit(e) ami(e) dure en moyenne depuis dix mois (297 jours). Les filles ont une durée beaucoup plus élevée (près d'un an, 364 jours) que les garçons (environ sept mois, 224 jours). Cette durée de la relation avec le ou (la) petit(e) ami(e) augmente avec l'âge. Celle-ci passe de quatre mois chez les 15 ans, à environ un an et trois mois chez les 19 ans. La relation se prolonge davantage quand le jeune est sexuellement actif (Figure 3).

Les filles disent passer plus de temps avec leur petit ami que les garçons, environ sept heures en plus par semaine (Figure 4). Cette durée progresse avec l'âge pour les deux sexes. Les enfants de familles recomposées et monoparentales passent plus de temps avec leur petit(e) ami(e), comme si le fait de vivre dans une famille de ce type favorisait la recherche d'une relation plus stable avec un compagnon ou une compagne extérieur(e) à la famille.

## Les relations sexuelles

Seuls 3,2 % des jeunes déclarent avoir eu des rapports sexuels sans pénétration. Cette pratique disparaît peu à peu avec l'âge ; ils ne sont plus que 0,9 % à 19 ans.

Les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir eu des relations sexuelles au cours de leur vie (50,7 %) que les filles (46,1 %). Ce pourcentage progresse rapidement avec

Figure 1

Jeunes déclarant avoir un(e) petit(e) ami(e) selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

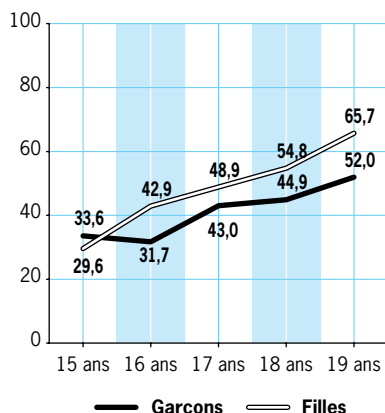
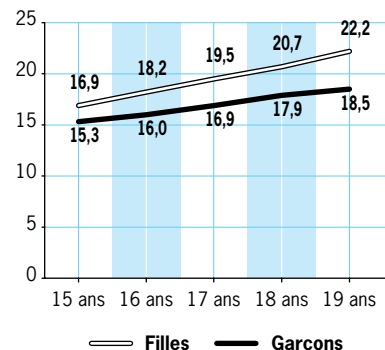


Figure 2

Âge moyen du ou de la petite amie (année) selon le sexe et l'âge





l'âge : ainsi de 51,3 % pour les jeunes de 17 ans, on passe à 80,1 % à 19 ans, quel que soit le sexe (Figure 5). Les jeunes ayant déjà redoublé sont beaucoup plus nombreux à être dans ce cas. Comme pour le fait d'avoir ou non un(e) petit(e) ami(e), les enfants vivant soit dans une famille monoparentale, soit dans une famille recomposée, déclarent plus fréquemment être sexuellement actifs. Parmi ceux qui vivent seuls

(ayant déjà quitté le domicile parental : catégorie « autre » du Tableau), environ huit sur dix (78,8 %) sont dans cette situation (Tableau I).

### La première fois

La mesure de l'âge précis auquel ces adolescents ont eu leurs premières relations sexuelles est complexe à établir. En effet,

Figure 3

**Durée moyenne de la relation selon l'âge et selon le fait d'avoir eu ou non un rapport sexuel au cours de la vie (en jours)**

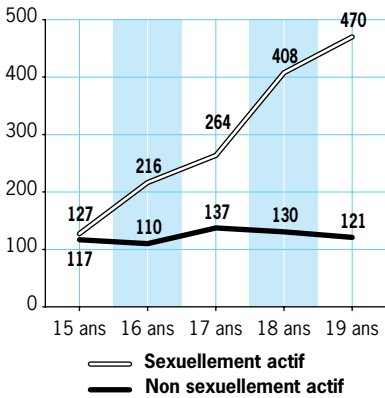


Tableau I

**Avoir eu des relations sexuelles au cours de la vie selon la fréquence des redoublements et la situation parentale (n=2 675 ; en pourcentage)**

Nombre de redoublements	
Aucune fois	37,2
1 fois	53,6
2 fois et plus	63,5
Situation parentale	
Famille monoparentale	61,1
Parents de naissance (ou d'adoption)	43,1
Famille recomposée	69,9
Autre	78,8

Figure 4

**Temps moyen passé par semaine avec le ou la petite amie selon le sexe et l'âge (en heures)**

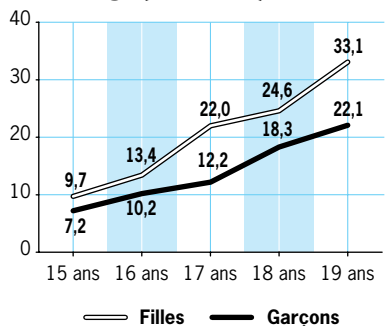
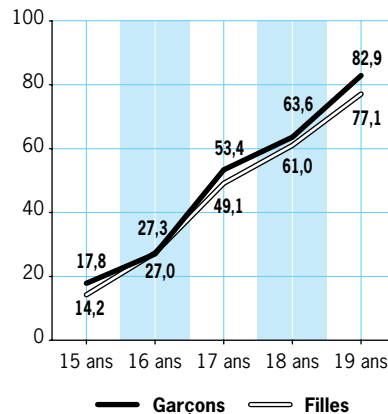


Figure 5

**Adolescents déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**





**Claire, élève de terminale**

**« À chaque fois que je suis sortie avec un garçon, j'ai systématiquement utilisé un préservatif. La question ne se pose même pas. J'ai déjà eu une occasion où le garçon n'avait pas de préservatif, j'ai refusé de faire l'amour avec lui. Même si cela casse un peu l'ambiance, l'utilisation du préservatif ne m'a jamais posé de problème dans mes relations avec les garçons. Cela se fait de façon plutôt naturelle. Et je pense que c'est général chez les gens de ma génération. La vie est plus importante qu'un moment de plaisir ! Quand je suis restée un an et demi avec le même garçon, on a fait un test HIV au bout de trois mois, avant de ne plus utiliser de préservatif. On se faisait confiance sur notre fidélité. »**

une partie de ces jeunes n'a pas encore eu cette expérience et il est donc difficile d'effectuer le calcul d'âge moyen au premier rapport. Pour cette raison, il a été évalué l'âge médian au premier rapport (âge pour lequel plus de la moitié des adolescents ont eu leur premier rapport). De plus, les données de l'enquête ne permettent de calculer qu'un âge en années au moment du premier rapport (le mois dans l'année n'est pas renseigné). Il n'est donc pas possible d'aboutir à des données aussi précises que celle de l'enquête sur l'entrée dans la sexualité [1]. Un tableau de fréquence de l'âge au premier rapport a néanmoins été calculé et l'âge médian peut être situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons.

En comparant ces résultats aux données de l'enquête de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) [1], les chiffres apparaissent extrêmement cohérents bien

que moins précis puisque, toutes filières confondues, l'âge médian au premier rapport était, dans l'enquête de 1994, de 17 ans et 3 mois pour les garçons et de 17 ans et 6 mois pour les filles.

Il est possible de reprendre le commentaire d'Hugues Lagrange dans son chapitre « Diversité sociale des premiers échanges sexuels » [1], selon lequel le calendrier d'entrée dans la sexualité au cours des dernières décennies n'a pas été modifié et que le seul phénomène marquant est le rapprochement entre les âges médians des deux sexes.

Pour environ 0,4 %, le partenaire de la première expérience sexuelle était du même sexe : 0,6 % chez les garçons et 0,2 % chez les filles (effectif évidemment très faible). Ces chiffres sont un peu différents de ceux enregistrés dans l'enquête de l'ANRS [1], mais la question n'avait pour objet que la première relation sexuelle alors que dans l'étude de 1994, elle portait sur l'ensemble de la vie (1,4 % des garçons et 1,3 % des filles déclarant avoir eu, au cours de leur vie, au moins un partenaire sexuel du même sexe qu'eux).

## **Nombre de partenaires et pratique de prévention**

Les garçons sont nettement plus nombreux à déclarer avoir eu d'autres partenaires sexuels : 64,2 % vs 48,5 % (Figure 6). L'enquête ANRS [1] fournit des données comparables (garçons : 65,7 %, filles : 45,3 %). La proportion de jeunes déclarant avoir eu plusieurs partenaires augmente avec l'âge avec une augmentation importante entre 15 et 16 ans pour les garçons, et entre 16 et 17 ans pour les filles. Un autre saut quantitatif du pourcentage de jeunes ayant eu plus d'un partenaire a lieu entre 18 et 19 ans pour les deux sexes. Les adolescents vivant dans l'agglomération parisienne sont beaucoup plus nombreux à déclarer avoir connu plusieurs partenaires. Ils sont 65,4 % dans ce cas vs 49,8 % dans les communes de 200 000 habitants et plus, et entre 54 % et 59 % dans les autres types de com-



munes. Par ailleurs, les jeunes qui ont déjà redoublé sont plus nombreux à déclarer avoir eu d'autres partenaires. On constate également un statut particulier pour les enfants des familles recomposées. En effet, 70,8 % d'entre eux ont eu plusieurs partenaires vs seulement 57,8 et 53,8 % pour les autres types de familles (monoparentales ou avec parents de naissance (ou d'adoption)). Ce thème mériterait un approfondissement particulier, d'autant plus qu'il a été remarqué, sur d'autres thèmes du présent Baromètre santé, que les enfants vivant dans des familles monoparentales ou recomposées présentaient également des caractéristiques spécifiques en tenant compte du sexe et de l'âge.

### Utilisation du préservatif

87,1 % des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir utilisé le préservatif la première fois. Il n'y a pas de différences significatives entre les garçons (88,6 %) et les filles (85,4 %). En 1994, les pourcentages étaient, pour la même tranche d'âge, respectivement de 78,9 % chez les garçons et 74,4 % chez les filles [1]. Cette progression dans

l'usage du préservatif est à rapprocher des campagnes de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles (MST). Ce comportement est moins adopté à mesure que l'âge du répondant augmente (Figure 7). Dans l'enquête de l'ANRS [1], les auteurs avaient également constaté un pourcentage plus élevé d'utilisation du préservatif chez les 15-16 ans et une diminution progressive avec l'âge.

Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) auraient tendance à plus utiliser le préservatif (89,3 %) que les autres (famille monoparentale : 83,5 % et famille recomposée : 82,1 %).

Lors de la dernière relation sexuelle, le préservatif est nettement moins utilisé que la première fois : 79,6 % pour les garçons (88,6 % la première fois) et 53,5 % pour les filles (85,4 % la première fois) (Figure 8). Ces données sont légèrement supérieures à celles de l'enquête « L'entrée dans la sexualité » [1] (72,5 % pour les garçons et 51,1 % pour les filles parmi les jeunes de 15-18 ans) et ce quelle que soit la tranche d'âge étudiée. Comme il a été noté pour l'utilisation du préservatif « la première fois », cette utilisation a été plus fréquente lors

Figure 6

Jeunes déclarant avoir eu d'autres partenaires selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

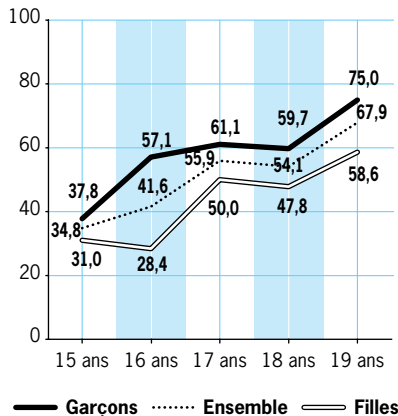
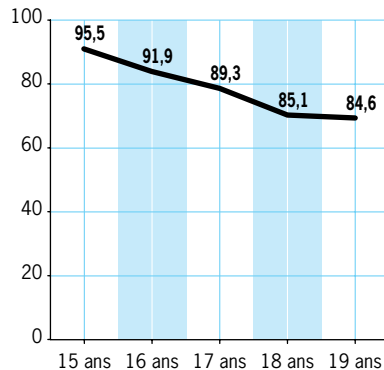


Figure 7

Jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif la première fois selon l'âge (en pourcentage)





du dernier rapport sexuel chez les plus jeunes (Figure 9). Ce constat était également celui de l'enquête ANRS [1].

Ce sont les jeunes vivant avec leurs parents de naissance et ceux habitant une commune rurale qui ont utilisé le plus souvent le préservatif la dernière fois (Tableau II). Les jeunes ayant redoublé au moins deux fois ont utilisé plus souvent le préservatif la dernière fois (75,0 %).

En comparant l'utilisation du préservatif lors de la première et de la dernière fois pour les jeunes qui ont eu plusieurs partenaires, les résultats suivants sont observés.

Pas de changement déclaré entre première et dernière fois :

- 64,0 % des jeunes ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel et lors du dernier,
- 7,7 % ne l'ont pas utilisé dans les deux cas.

Changement déclaré entre première et dernière fois :

- 5,8 % l'ont utilisé la dernière fois mais pas la première,
- 22,5 % l'avaient utilisé la première fois mais pas la dernière.

D'une manière générale, les filles disent moins souvent utiliser le préservatif que les garçons. Ce phénomène semble s'expliquer au moins partiellement par le fait que les filles ont des partenaires plus âgés que les

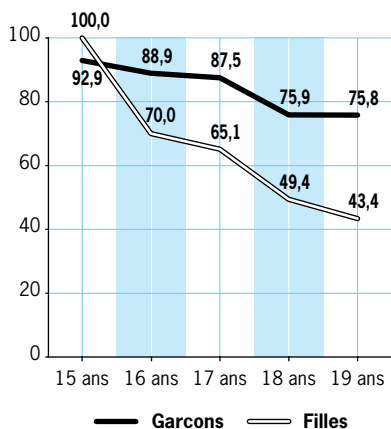
**Tableau II**

**Utilisation d'un préservatif la dernière fois parmi les 15-19 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels, selon certaines caractéristiques (n=715 ; en pourcentage)**

Zone d'habitat	
Communes rurales	76,4
Communes non rurales	67,1
Situation parentale	
Famille monoparentale	65,4
Famille de naissance (ou d'adoption)	73,9
Famille recomposée	62,7
Autre	50,0
Nombre de redoublements	
Aucune fois	67,4
1 fois	67,6
2 fois ou plus	75,0

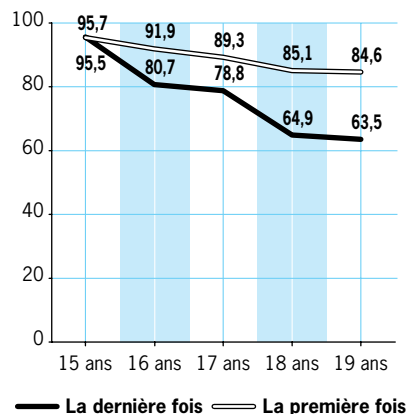
**Figure 8**

**Utilisation d'un préservatif la dernière fois parmi les 15-19 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels (en pourcentage)**



**Figure 9**

**Adolescents ayant utilisé le préservatif selon l'âge lors du premier et du dernier rapport sexuel (en pourcentage)**







garçons de l'échantillon et que ces derniers utilisent moins cette méthode que les plus jeunes. Par ailleurs, le fait que les filles ont des relations plus stables que les garçons pourrait également induire une différence quant à l'utilisation du préservatif. Globalement, les chiffres d'utilisation du préservatif suivent les tendances observées dans l'enquête ANRS [1].

### Utilisation de la pilule

La question a été posée aux filles et aux garçons (utilisation de la pilule par l'adolescente ou par la partenaire quand l'interviewé est un garçon). Il est à remarquer un faible pourcentage d'utilisatrices de pilule lors du premier rapport sexuel : seulement un peu plus d'un jeune (filles ou garçons) sur quatre déclare l'avoir utilisée. Il est constaté que 12,3 % des garçons ne savent pas si leur première partenaire féminine a pris la pilule. Les filles de plus de 17 ans utilisent plus souvent la pilule la première fois.

Il existe une nette augmentation de l'emploi de la pilule contraceptive entre la première et la dernière fois (27,8 % vs 52,8 %) et une diminution des réponses « ne sait pas » chez les garçons.

L'utilisation de la pilule la dernière fois (soi-même pour les filles ou la partenaire pour les garçons) passe de 34,8 % chez les adolescents âgés de 15 ans à 57,2 % chez ceux de 19 ans (Figure 10).

En ne prenant en compte que les déclarations des filles sur leur propre utilisation de la pilule, il est à noter un pic à 18 ans avec 76,6 % (pour la dernière fois) et un chiffre également très élevé chez les 15 ans (Figure 11).

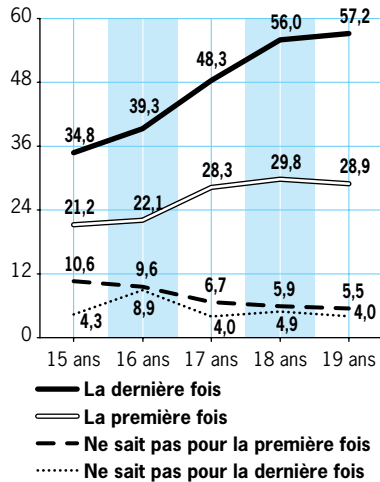
Parmi l'ensemble des jeunes ayant eu plusieurs partenaires :

- 20,1 % des jeunes ont utilisé la pilule lors de leur premier rapport sexuel et lors du dernier,
- 38,3 % ne l'ont pas utilisée ces deux fois-là,
- 28,6 % l'ont utilisée la dernière fois alors qu'ils ne l'avaient pas fait la première fois,

- 3,2 % l'avaient utilisée la première fois et ne l'ont pas fait la dernière.
- 9,8 % ne savent pas (NSP).

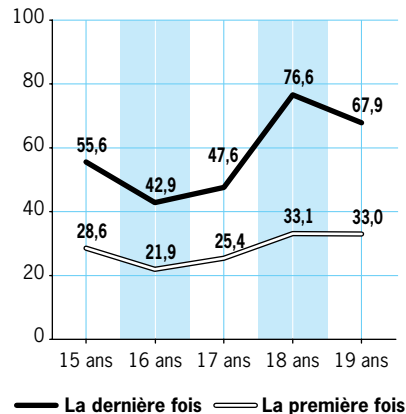
**Figure 10**

**Utilisation de la pilule lors du premier et du dernier rapport sexuel selon l'âge (en pourcentage des garçons et filles)**



**Figure 11**

**Filles ayant utilisé la pilule lors du premier et du dernier rapport sexuel selon l'âge (en pourcentage)**





### Utilisation du préservatif et/ou de la pilule lors du premier et du dernier rapport

La Figure 12 récapitule la répartition des jeunes (filles et garçons ayant eu plusieurs partenaires) selon qu'ils ont ou non utilisé un préservatif et/ou la pilule lors du premier et du dernier rapport. Un peu moins d'un tiers (25,5 % au premier rapport et 30,4 % au dernier rapport) a utilisé les deux méthodes à la fois, plus de 60 % (65,4 % et 62,4 %) l'une ou l'autre des deux méthodes. 9,1 % pour le premier rapport et 7,2 % pour le dernier n'ont utilisé aucune de ces méthodes.

### Pilule du lendemain, grossesses et IVG

13,6 % des jeunes filles sexuellement actives de 15 à 19 ans ont déjà utilisé la pilule du lendemain. Ce pourcentage est moins élevé que celui observé dans l'enquête suisse menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne [2] (c'est-à-dire 20 %).

6,2 % (n=36) des adolescentes sexuellement actives ont déjà été enceintes (2,8 % des jeunes filles de 15 à 19 ans dans l'échantillon). Parmi celles-ci, 20 % ont mené la

grossesse à son terme (soit 0,5 % de la population féminine). Ainsi, quatre jeunes filles enceintes sur cinq ont soit effectué une IVG, soit vécu une interruption spontanée de grossesse.

L'enquête sur l'entrée dans la sexualité de 1994 [1] donne un pourcentage moins élevé de grossesses (3,3 %), mais ce résultat ne concerne que les 15-18 ans et doit être plutôt rapproché des 4,1 % des 15-18 ans de notre enquête qui ont déjà été enceintes.

### Test de dépistage du sida

Parmi l'ensemble des 15-19 ans, les filles ont plus souvent effectué un test VIH que les garçons : 12,4 % vs 8,5 %. Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge et ce, particulièrement à partir de 18 ans. À 19 ans, ils sont même un quart (25,2 %) à déclarer en avoir fait un (Figure 13). La pratique du dépistage est logiquement liée au fait d'être sexuellement actif et d'avoir eu plus d'un partenaire. Ainsi, 90 % des jeunes qui se sont fait dépister ont déjà eu des rapports sexuels et 80 % ont eu plusieurs partenaires.

Pour l'enquête suisse citée [2], 16,7 % des 17-18 ans interrogés avaient déjà effectué un test VIH.

Figure 12

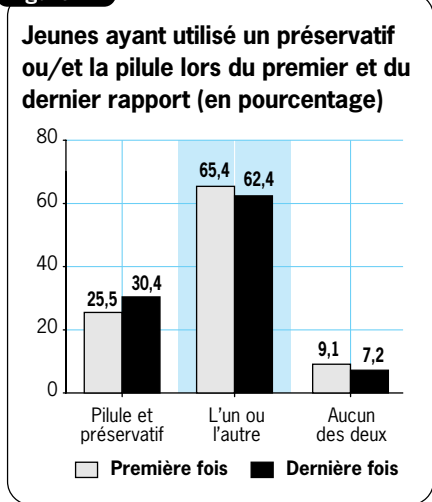
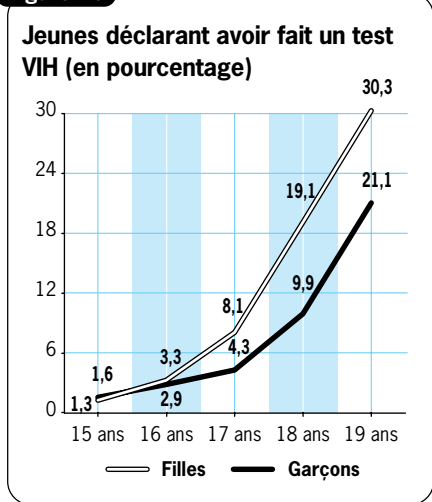


Figure 13





## Analyse et synthèse

### Le sexe

Les différences entre filles et garçons semblent s'être estompées avec le temps en ce qui concerne le début des relations sexuelles.

Il reste, qu'en moyenne, les garçons ont des petites amies plus jeunes qu'eux et que les filles leur préfèrent leurs aînés.

Les filles ont dans l'ensemble des relations plus stables que les garçons et disent passer plus de temps avec leur petit ami.

Les garçons sont quant à eux plus nombreux à déclarer avoir eu des rapports sexuels au cours de leur vie. Ils déclarent également un plus grand nombre de partenaires sexuels que les filles.

### L'âge

L'âge est logiquement un facteur déterminant de l'évolution des pratiques dans le domaine de la sexualité : la tranche d'âge considérée correspond à la mise en place de la vie affective et sexuelle. En effet, le pourcentage de jeunes garçons et filles déclarant avoir eu un(e) petit(e) ami(e) augmente nettement avec l'âge. Il en est de même de la durée moyenne de la relation et des pourcentages de jeunes sexuellement actifs.

L'âge médian du premier rapport n'a pas été modifié au cours des dernières décennies et est toujours situé autour de 17 ans, pour les filles comme pour les garçons.

Les plus jeunes sont aussi ceux qui utilisent le plus souvent un préservatif lors de leur premier rapport sexuel mais aussi lors de leur dernier rapport, alors que l'utilisation de la pilule augmente avec l'âge des filles. Le recours au test de dépistage du sida est surtout le fait des plus âgés.

### Autres caractéristiques

La situation familiale du jeune semble jouer un rôle important dans l'adoption de com-

portements dans le domaine de la sexualité. Ainsi, les jeunes vivant dans une famille recomposée ou monoparentale déclarent plus fréquemment que ceux vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) avoir eu des rapports sexuels et avoir eu plusieurs partenaires. Ils sont, en revanche, moins nombreux à utiliser un préservatif lors de leur premier ou dernier rapport sexuel.

Les résultats collectés sur la vie affective et sexuelle sont extrêmement cohérents avec ceux de l'enquête ANRS [1] et la possibilité de construire des indicateurs utilisables dans la durée se trouve donc affirmée.

Il est possible d'observer en particulier une grande stabilité de l'âge de début des relations sexuelles. Par ailleurs, les comportements de protection semblent évoluer avec l'âge et le type de relation, et aller vers une association des pratiques de contraception et de protection des MST. Il est aussi à remarquer l'importance du recours au test de dépistage qui tient sa place parmi d'autres comportements de protection dans le couple et intervient dans l'installation d'une relation durable.

Les observations sur le statut spécifique des jeunes vivant dans des familles monoparentales ou recomposées suggèrent d'approfondir une interprétation qui se doit d'être nuancée et de tenir compte de nombreuses variables de confusion possibles (notamment celles qui sont relatives à l'aspect socioéconomique).

### références bibliographiques

1. Lagrange H., Lhomond B. (sous la dir. de). *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, 1997 : 431 p.

2. Narring F., Michaud P.-A., Wydler H., Davatz F., Villaret M. *Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997 : 150 p. + annexes 66 p.



# Emotional and sexual life

**Christiane Dressen,  
Philippe Guilbert, Arnaud Gautier**

## the key facts in a few figures...

### **The boyfriend or girlfriend**

Almost half of 15-19 year olds (41.6% of boys and 48.7% of girls) had a girlfriend or boyfriend at the time of the survey and these percentages increase with age. According to declaration, the average duration of this amorous relationship also increases with age: from four months among 15 year olds, it rises to one year three months among 19 year olds.

### **Sexual relations**

More boys than girls say they have already had sexual intercourse (50.7% v 46.1%). This percentage increases rapidly with age: from 51.3% among 17 year olds to 80.1% among 19 year olds for both sexes. The median age of first sexual intercourse is at about 17 years of age, for both girls and boys, this has not changed for several decades. Significantly more boys state they have had several partners (64.2% v 48.5%) and this percentage increases with age.

### **Use of condoms and/or the pill**

87.1% of sexually active young people (boys and girls) having already had sexual intercourse say they used condoms the

first time they had sexual intercourse (an increase of about 10% since the 1994 Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) survey). More of the youngest teenagers adopted this behaviour. On the last occasion of sexual intercourse, the condom was used significantly less than the first time. Subjects were asked if the pill had been used by the teenager or by his partner during the first and most recent sexual relationship. The pill is overall little used at the time of first sexual intercourse (by fewer than one third of young people), it was used much more at the time of the most recent sexual intercourse, in particular by 19 year olds (57.2%). 9.1% of young people used neither of these two methods (condom or pill) for the first sexual intercourse and 7.2% for the most recent.

### **Morning-after pill, pregnancy and abortion**

More than one sexually active girl in ten (13.6%) has used the morning-after pill and 6.2% have previously been pregnant (2.8% of all girls aged 15-19). Of these, 20% have had a child (0.5% of girls aged 15-19).



### **HIV test**

Of all 15-19 year olds, girls are more likely to have been tested for HIV than boys (12.4% v 8.5%). This percentage increases considerably with age and especially from the age of 18.











# Consommation de substances psychoactives

Le dernier Baromètre santé adultes 95/96 [1] s'est attaché à considérer le cadre général des comportements de santé. Ainsi, il a été identifié un profil de comportement concernant plus les hommes jeunes et associant la consommation de plusieurs substances psychoactives licites ou illicites (tabac, alcool notamment avec ivresse, cannabis). Le Baromètre santé jeunes a gardé pour perspective de ne pas perdre de vue les interrelations éventuelles entre ces différents comportements.

Il a donc été décidé d'embrasser, dans un même chapitre, l'ensemble des consommations de substances psychoactives et en particulier celles qui font l'objet d'un intérêt du CFES, à savoir les substances psychoactives illicites — principalement le cannabis dans ce type d'enquête en population générale —, le tabac et l'alcool. Cette approche présente aussi l'intérêt stratégique de permettre l'étude des polyconsommations qui sont courantes chez les adolescents et les jeunes adultes. De la polyconsommation à la polytoxicomanie le pas est grand, qui ne peut pas être entièrement exploré dans une enquête en population générale, mais, à chaque fois que possible, la distinction a été faite entre l'usage d'expérimentation et l'utilisation plus régulière du produit, voire de certains marqueurs

d'une consommation excessive (test Deta pour l'alcool). Cependant, il n'est pas injustifié de chercher à connaître le « profil » du consommateur ou polyconsommateur non nécessairement dépendant d'une substance, car il existe un continuum et non une rupture radicale entre la consommation d'une substance et une éventuelle future addiction.

Comme l'indique le Professeur Parquet [2], la question de la dangerosité d'un produit ne peut être résumée ainsi par l'activité des molécules, mais est aussi corrélée aux caractéristiques du consommateur lui-même et à des déterminants sociaux et culturels associés. Ainsi, « *on peut affirmer que la consommation de n'importe quelle substance psychoactive — même l'alcool, la substance psychoactive la plus consommée en France — peut exposer la personne à des risques. C'est pourquoi il convient de placer les pratiques consommatoires de substances psychoactives dans le cadre des comportements et conduites à risque* » [2]. Le présent Baromètre a donc cerné l'usage de ces substances aussi bien dans le cadre de leurs interrelations éventuelles, que dans la perspective de les resituer par rapport à d'autres risques et aux déterminants environnementaux, familiaux et psychologiques.



### références bibliographiques

1. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
2. Rapport du Professeur Parquet. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 30.











# Alcool

François Baudier, Philippe Guilbert

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Fréquence de consommation pour l'ensemble des alcools

Les trois quarts des jeunes déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, les garçons plus que les filles, et ce pourcentage augmente de façon linéaire avec l'âge. Les jeunes d'origine sociale plus modeste, ceux dont le chef de famille est au chômage et les adolescents vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont moins nombreux à être consommateurs d'alcool. *A contrario*, les jeunes fumant régulièrement du tabac, les adolescents qui ont déjà consommé du cannabis dans leur vie et ceux ayant déjà eu des rapports sexuels sont plus nombreux à avoir consommé de l'alcool au cours de leur vie.

Parmi l'ensemble des adolescents, un peu moins d'un quart (23,0 %) déclarent au cours de la dernière année avoir pris de l'alcool au moins une fois par semaine et parmi ces derniers, une faible proportion (1,2 %) en absorbe tous les jours. Cette fréquence de consommation varie en fonction des mêmes critères sociodémographiques et comportementaux que précédemment, sauf en ce qui concerne le statut social (la prise d'alcool est plus fréquente chez les adolescents dont les

parents sont agriculteurs ou inactifs) et la structure familiale (pas de différences significatives suivant ce critère).

### Quantité consommée pour l'ensemble des alcools

Les jeunes qui disent avoir bu de l'alcool la veille ont consommé en moyenne 2,4 verres. Un peu plus de la moitié d'entre eux n'en ont pris qu'un seul. Les garçons absorbent en moyenne un verre de plus que les filles et la consommation moyenne des 12-19 ans augmente de façon linéaire avec l'âge, surtout chez les garçons. L'origine sociale, le statut familial de l'adolescent ainsi que les autres variables d'analyse (vie sexuelle et consommation de tabac et de cannabis) ne sont pas discriminantes en ce qui concerne les quantités d'alcool consommées.

### Fréquence de consommation suivant le type d'alcools

La bière est la boisson la plus régulièrement choisie par les 12-19 ans. Deux modes de consommation des différents alcools ont été identifiés. Le premier concerne « les autres alcools » (champagne, cidre...) et le vin. Pour ces boissons, les habitudes débutent de façon assez précoce



et semblent correspondre à une consommation plutôt « familiale ». C'est d'ailleurs pour ces deux types d'alcool que les différences filles/garçons sont les plus faibles. En revanche, pour la bière et les alcools forts, la progression selon l'âge se fait de façon un peu plus tardive mais avec une augmentation plus forte au fil des années.

### **Quantité d'alcool consommée suivant le type de boissons**

Parmi les jeunes qui ont pris de l'alcool la veille, ce sont les buveurs d'alcools forts qui en absorbent la plus grande quantité (2,2 verres), sans différence significative selon le sexe et l'âge. Ce sont essentiellement pour la bière et le vin que les quantités consommées augmentent de façon linéaire avec l'âge et sont plus importantes chez les garçons.

### **Ivresse**

Un peu plus d'un quart des 12-19 ans ont déjà été ivres au cours de la vie, les garçons plus que les filles (34,2 % vs 21,6 %). Ce comportement progresse fortement avec l'âge et la différence selon le sexe s'accroît avec les années. Parmi ceux qui ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, les deux tiers n'ont jamais été ivres. Ce comportement est plus fréquent chez les filles. Si le statut social de la famille d'appartenance du jeune ne semble pas être un facteur discriminant par rapport à la notion d'ivresse au cours de la vie, tous les facteurs sociodémographiques et comportementaux identifiés précédemment semblent intervenir dans le même sens.

L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi sans différence significative entre les garçons et les filles. Le nombre d'ivresses au cours des douze derniers mois est de 4,6 parmi ceux qui déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie. Les garçons ont été en moyenne deux fois plus souvent ivres que les filles, avec des grandes disparités interindividuelles et une augmen-

tation très sensible avec l'âge, et ceci quel que soit le sexe. La quantité d'alcool absorbée au cours de la dernière ivresse est en moyenne de 9,5 verres (11,2 pour les garçons vs 6,8 pour les filles).

### **Perception de son propre comportement par rapport à l'alcool**

Le test Deta a permis d'identifier 3,1 % de jeunes consommateurs à haut risque, 4,2 % chez les garçons et 2,0 % parmi les filles. Les scores de santé physique et mentale au profil de Duke sont significativement moins bons pour les adolescents considérés comme buveurs à risque (ce qui n'est pas le cas pour le score de santé sociale).

### **Information sur l'alcool**

Un quart des jeunes déclare avoir déjà eu des séances d'information sur l'alcool à l'école (dont 19,6 % lors d'un cours). Ils sont un peu plus du double (60,8 %) à souhaiter en bénéficier. Ce désir d'information n'est pas lié aux habitudes de consommation d'alcool. Il est à noter que les élèves qui ont déjà bénéficié d'une information sur l'alcool à l'école sont plus nombreux à en être à nouveau deman-





La consommation d'alcool en général et de vin en particulier fait partie de la culture d'un certain nombre de pays. L'initiation est, en France, relativement précoce, puisque dès l'âge de 11 ans, 80 % des garçons et 70 % des filles ont déjà consommé une boisson contenant de l'alcool [1]. Par ailleurs, parmi la population adulte, 95 % des 18-75 ans se déclarent consommateurs d'alcool [2]. Les conséquences en terme de mortalité et de morbidité sont considérables. C'est ainsi que la consommation excessive d'alcool explique pour une bonne partie, de façon directe (cirrhose, psychose...) ou indirecte (suicide, accidents domestiques...), la mortalité prématurée particulièrement marquée en France [3].

Au cours de ces dernières années, la « façon de boire » des Français a fortement évolué. Globalement, si le niveau de consommation reste un des plus élevés au monde, une décroissance régulière est observée depuis quelques décennies. Pour les jeunes générations, le vin n'est plus la boisson de tous les repas et les alcools forts ou la bière accompagnent maintenant une consommation essentiellement de fin de semaine ou irrégulière.

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.

Dans ce contexte, l'ivresse prend une place importante et certains consommateurs d'alcool utilisent ces produits comme de véritables drogues, les associant parfois à d'autres substances.

Le présent chapitre sur « l'alcool et les adolescents » vient utilement compléter les observations recueillies chez les 18-75 ans, lors du Baromètre santé adultes 95/96 [2] et surtout du Baromètre Santé nutrition adultes 1996 [4]. En effet, ce dernier explorait de façon détaillée la prise des boissons à travers les habitudes alimentaires des Français. Quelle est la fréquence et la quantité d'alcool consommée par les jeunes ? Que boivent-ils de préférence ? La différence entre les filles et les garçons est-elle toujours aussi marquée ? À quel âge les adolescents ont-ils eu leur première ivresse ?

Les réponses à toutes ces questions devraient éclairer utilement les orientations futures de santé publique et les choix éducatifs à faire pour que le discours des adultes auprès des jeunes soit aussi proche que possible de leurs réalités de vie.

## Résultats

La consommation d'alcool a été évaluée en fonction de quatre catégories de boissons :



## Alcool

- le vin,
- la bière,
- les alcools forts,
- les autres alcools (cidre, champagne, vins doux...).

## La consommation d'alcool

### Fréquence de consommation pour l'ensemble des alcools

Les trois quarts des jeunes (76,4 %) déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, les garçons plus que les filles et le pourcentage de consommateurs augmente de façon linéaire avec l'âge (Figure 1).

Les jeunes d'origine sociale plus modeste (jeunes dont le chef de famille est ouvrier : 68,1 % vs 88,2 % pour les cadres et les professions intellectuelles supérieures) et ceux habitant dans une famille dont le chef de famille est au chômage se déclarent moins souvent consommateurs d'alcool au cours de leur vie. Il en est de même pour les adolescents vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption).

A contrario, les jeunes fumant régulièrement du tabac ont une prévalence dans ce domaine supérieure aux autres jeunes (fumeurs occasionnels et non-fumeurs) : 95,1 % vs

70,7 %. Le même constat est fait pour les jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels et pour ceux ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Parmi ces derniers, les jeunes en ayant consommé dix fois ou plus au cours de leur vie ont tous déjà bu de l'alcool au moins une fois. Toutes ces différences restent significatives quel que soit l'âge des sujets interrogés.

Parmi l'ensemble des adolescents, un peu moins d'un quart (23,0 %) déclarent au cours de la dernière année avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine et, parmi ces derniers, une faible proportion (1,2 %) en prend tous les jours. Cette fréquence de consommation est différente selon le sexe, les garçons étant des consommateurs plus réguliers que les filles (Figure 2).

La fréquence de consommation progresse aussi de façon importante selon l'âge. Ainsi, chez les 12-14 ans, ils sont 5,7 % à avoir bu au moins une fois par semaine de l'alcool au cours des douze derniers mois, alors qu'ils sont près de la moitié (43,2 %) à 18-19 ans (et 54,5 % chez les garçons de 18-19 ans).

En revanche, les variations suivant l'origine sociale et la situation professionnelle du chef de famille sont différentes par rapport à celles retrouvées précédemment. Ainsi, les jeunes dont le chef de famille est agriculteur ont une consommation plus régulière, avec plus d'un tiers (36,5 %) d'entre eux déclarant boire au moins une fois par semaine de l'alcool au cours des douze derniers mois. Les adolescents issus d'un foyer dont le chef de famille est inactif sont aussi des buveurs d'alcool plus fréquents que les autres jeunes.

Les fréquences de consommation diffèrent selon le statut tabagique du répondant. Près d'un fumeur régulier sur deux (46,9 %) déclare boire de l'alcool au moins une fois par semaine vs seulement un sur six (15,7 %) pour les autres adolescents. L'âge explique pour partie cette différence (mais pas entièrement), dans la mesure où le pourcentage de consommateurs hebdomadaires d'alcool progresse fortement avec les

Figure 1

### Buveurs au cours de la vie selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

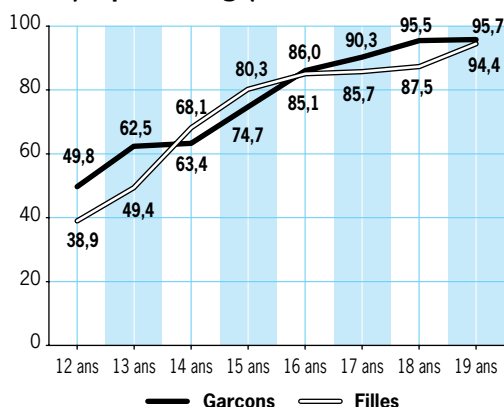
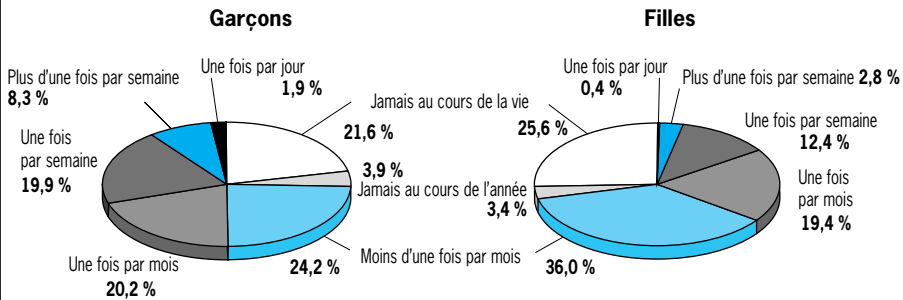




Figure 2

### Consommation d'alcool selon le sexe (en pourcentage)



années et qu'il en est de même pour le pourcentage de fumeurs réguliers. Un effet « sexe » existe aussi puisque les fumeurs réguliers sont plus souvent des garçons. Comme pour la consommation de tabac, les jeunes de 15 ans et plus ayant déjà eu des rapports sexuels et/ou ayant déjà pris du cannabis sont des consommateurs d'alcool plus réguliers. Au total, toutes les relations observées entre la consommation d'alcool et certains comportements de santé persistent, quels que soient l'âge et le sexe des sujets.

### Quantité consommée pour l'ensemble des alcools

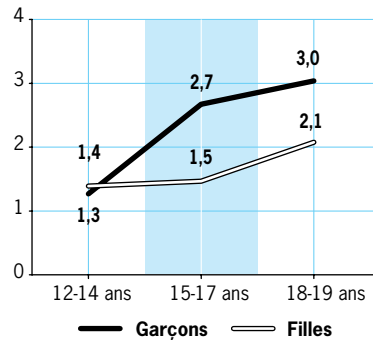
Les jeunes qui déclarent avoir bu de l'alcool la veille ont consommé en moyenne 2,4 verres. Un peu plus de la moitié des adolescents (53,8 %) n'en ont pris qu'un seul. Les garçons absorbent en moyenne un verre de plus que les filles [2,7 vs 1,7] et la consommation moyenne des 12-19 ans augmente de façon linéaire avec l'âge, surtout chez les garçons (Figure 3). L'origine sociale, le statut familial de l'adolescent ainsi que les autres variables d'analyse (vie sexuelle et consommation de tabac et de cannabis) ne sont pas discriminantes en ce qui concerne les quantités d'alcool consommées.

### Fréquence de consommation selon le type d'alcool

Les différentes fréquences de consumma-

Figure 3

### Évolution, selon le sexe et l'âge, du nombre moyen de verres d'alcool consommés la veille parmi les buveurs



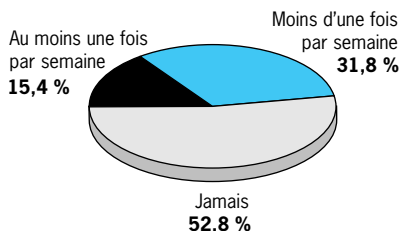
tion selon le type d'alcool sont présentées sur les Figures 4 à 7. La bière est la boisson la plus régulièrement absorbée chez les 12-19 ans.

La Figure 8 illustre deux modes de consommation d'alcool. Le premier concerne « les autres alcools » (champagne, cidre...) et le vin. Pour ces boissons, les habitudes débutent de façon assez précoce et semblent correspondre à une consommation plutôt « familiale ». C'est d'ailleurs pour ces deux types d'alcool que les différences filles/garçons sont les plus faibles. En revanche, pour la bière et les alcools forts, la progression selon l'âge se fait de façon un peu



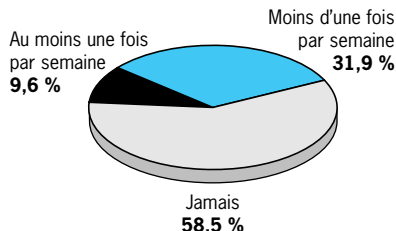
**Figure 4**

**Fréquence de consommation de bière par les jeunes**



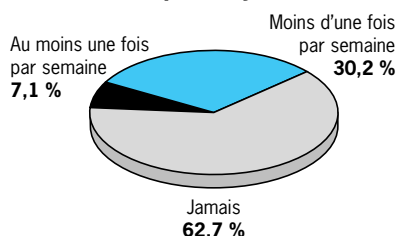
**Figure 5**

**Fréquence de consommation de vin par les jeunes**



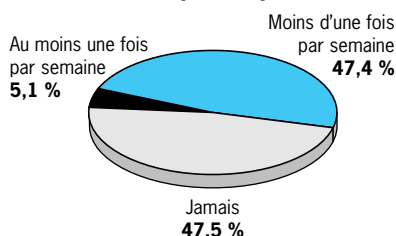
**Figure 6**

**Fréquence de consommation d'alcools forts par les jeunes**



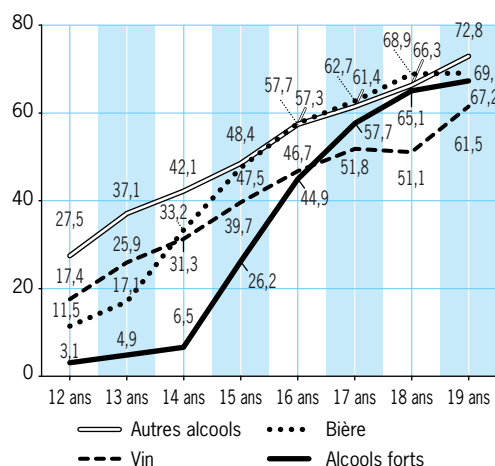
**Figure 7**

**Fréquence de consommation d'autres alcools par les jeunes**



**Figure 8**

**Consommateurs « Au moins une fois au cours de l'année » selon l'âge et le type d'alcools (en pourcentage)**



plus tardive, mais avec une augmentation plus forte au fil des années.

Près de la moitié (46,5 %) des garçons de 18-19 ans déclarent consommer de la bière au moins une fois par semaine (au cours des douze derniers mois), alors qu'ils ne sont que respectivement 21,1 % et 20,3 % pour les alcools forts et le vin.

**Quantité d'alcool consommée selon le type de boissons**

Parmi les jeunes qui ont pris de l'alcool la veille, ce sont les buveurs d'alcools forts qui en absorbent la plus grande quantité (2,2 verres) sans différence significative selon le sexe et l'âge (Figures 9 et 10). Ce sont essentiellement pour la bière et le vin que les quantités consommées augmentent de façon linéaire avec l'âge et sont plus importantes chez les garçons.

Ce sont les buveurs de bière de sexe masculin, âgés de 18-19 ans, qui consomment



le plus grand nombre de verres (2,6 verres) (avec une différence importante entre les garçons et les filles de 18-19 ans, puisque ces dernières boivent une quantité deux fois inférieure aux garçons : 1,4 verre). Dans la population des adolescentes, la prise de

boissons alcoolisées la plus importante concerne les alcools forts. Elle est en moyenne de 2,1 verres, sans différences significatives entre les garçons et les filles, quel que soit l'âge.

Figure 9

**Nombre moyen de verres d'alcool consommés la veille parmi les buveurs, selon le sexe et le type de boissons**

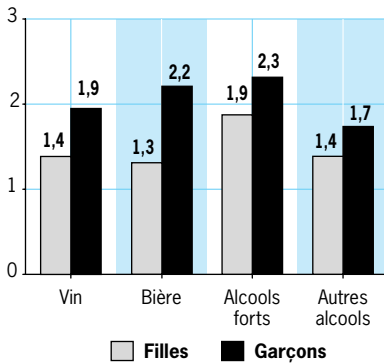
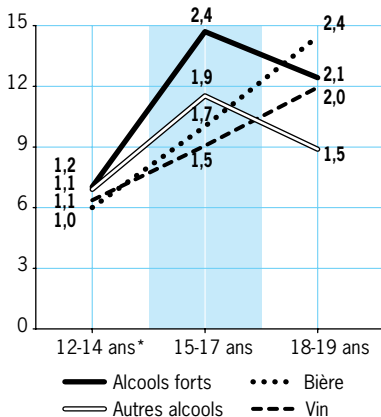


Figure 10

**Nombre moyen de verres d'alcool consommés la veille parmi les buveurs, selon l'âge et le type de boissons**



\* effectifs faibles pour les 12-14 ans (n<15).

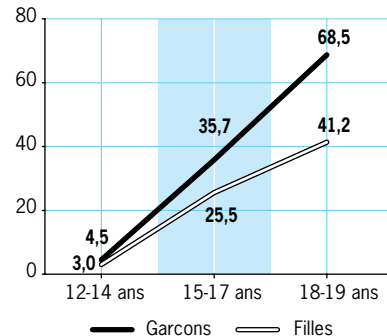
### Ivresse

Un peu plus d'un quart (28,1 %) des 12-19 ans ont déjà été ivres au cours de la vie, les garçons plus que les filles (34,2 % vs 21,6 %) ; ce comportement progresse fortement avec l'âge et le différentiel selon le sexe s'accroît avec les années (Figure 11). Parmi ceux qui ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, les deux tiers (63,3 %) n'ont jamais été ivres. Ce comportement de prise d'alcool sans ivresse est plus fréquent chez les filles (70,9 % vs 56,4 %). Le statut social de la famille d'appartenance du jeune ne semble pas être un facteur discriminant par rapport à la notion d'ivresse au cours de la vie.

En revanche, les jeunes habitant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) ont beaucoup moins souvent connu un état d'ivresse (25,0 % vs 41,9 % pour les jeunes vivant au sein d'un foyer recomposé). Il existe une différence selon le statut tabagique : les jeunes fumeurs réguliers sont en plus grand nombre à avoir connu un état d'ivresse au cours de leur vie : 64,2 % vs

Figure 11

**Ivresse au cours de la vie (au moins une fois) selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**





17,0 % pour les autres jeunes. Il en est de même pour ceux qui ont consommé du cannabis au cours de leur vie. 78,8 % des jeunes ayant déjà pris du cannabis déclarent avoir été ivre au moins une fois au cours de leur vie. Toutes ces différences restent significatives lorsque l'on tient compte de l'âge des personnes interrogées.

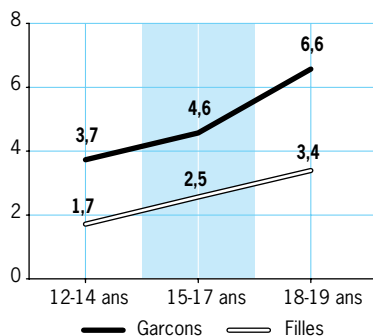
L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi, sans différence significative entre les garçons et les filles ; 15 ans est aussi l'âge moyen de l'initiation au tabac.

Le nombre d'ivresses au cours des douze derniers mois est de 4,6 parmi ceux qui déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie. Les garçons ont été en moyenne deux fois plus souvent ivres que les filles, avec des grandes disparités interindividuelles et une augmentation très sensible avec l'âge, quel que soit le sexe (Figure 12).

Les adolescents ont été interrogés sur la quantité d'alcool absorbée au cours de la dernière ivresse. Elle était en moyenne de 9,5 verres, avec une différence très importante entre les garçons et les filles : 11,2

Figure 12

Nombre moyen d'ivresses au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge (parmi les jeunes qui ont été ivres au cours de l'année)



verres vs 6,8. Ces quantités ne varient pas de façon significative avec l'âge.

Par ailleurs, les quantités rapportées sont très variables suivant les individus, des problèmes de mémorisation intervenant très certainement. Les quantités moyennes pour les 12-19 ans sont quasiment identiques à

Anne, élève de première

« Autour de mon lycée, il y a plusieurs bars. J'y vais assez régulièrement quand j'ai un trou dans mon emploi du temps, entre deux cours ou le matin quand je commence un peu plus tard que d'habitude. Pas pour consommer de la limonade ou des bières mais plutôt des trucs plus forts comme du whisky ou de la vodka. À force, je connais le patron et je paye avec mes tickets restaurant. Je supporte très bien l'alcool et je sais que je ne serai jamais ivre. Au pire, je dormirai. J'ai des antécédents assez forts d'alcoolisme dans ma famille, des deux côtés. Je sais donc que j'ai un très fort risque de devenir alcoolique, mais pour

l'instant je maîtrise le jeu. J'en parle à ma mère et cela m'aide à me retenir. Elle me demande de faire attention, elle s'inquiète. Mais les alcools forts j'aime ça, et je ne vais pas me priver de quelque chose que j'aime ! J'ai bu une fois toute seule chez moi en cachette, une gorgée de chaque alcool et il y en avait beaucoup ! Je me suis sentie très mal car je me suis dit que c'était le début de la fin si je buvais seule chez moi. Parfois, j'ai l'impression que vu mes antécédents familiaux, je cherche à me tester, à repousser mes limites. Sans doute que cela m'amuse de prendre des risques. »



celles observées dans le Baromètre santé adultes 95/96 [2] et ceci quel que soit le sexe.

## Perception de son propre comportement par rapport à l'alcool

Quatre questions ont été posées sur le comportement des jeunes par rapport à leur consommation d'alcool :

- la première portait sur *la notion de besoin ressenti pour diminuer sa consommation*. Un jeune sur vingt est dans cette situation, avec deux fois plus de garçons (7,3 %) que de filles. Ce pourcentage augmente de façon linéaire avec l'âge ;
- la deuxième question avait pour objectif de savoir *si l'entourage du jeune lui avait fait des remarques sur sa consommation d'alcool*. 2,8 % des adolescents étaient dans ce cas avec, là-aussi, une très forte prédominance chez les garçons (3,9 %) par rapport aux filles et une progression linéaire avec l'âge ;
- la troisième question abordait *la perception que les jeunes ont de parfois trop boire*. 4,1 % d'entre eux sont dans ce cas avec les mêmes tendances, selon le sexe et l'âge, que pour les questions précédentes ;
- enfin, la dernière question portait sur *le besoin de consommer de l'alcool dès le matin pour se sentir en forme*. Pratiquement aucun jeune n'a répondu positivement.

À partir des réponses à ces quatre questions, il est possible de calculer le test Deta pour identifier les consommateurs à haut risque (avoir répondu positivement à au moins deux questions). Il est important de rappeler ici que ce test est utilisé essentiellement dans une démarche clinique et principalement pour un public adulte. Il est donc nécessaire de rester prudent quant aux conclusions que l'on pourrait tirer de la présente analyse.

3,1 % des jeunes ont un test Deta positif. Ils sont deux fois plus nombreux parmi les garçons (4,2 % vs 2,0 %) et là-aussi, ce pourcentage progresse de façon linéaire

avec l'âge. Dans la population des 18-75 ans, les adultes à risque sont plus du double : 8,3 % [2]. Les jeunes fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) sont plus nombreux à avoir répondu positivement à au moins deux questions du test Deta. Ceci vaut également pour les adolescents de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles et les jeunes ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. En outre, les scores de santé physique et mentale au profil de Duke sont significativement moins bons pour les adolescents considérés comme buveurs excessifs ou à risque par le test Deta (Figure 13). Ces différences persistent quel que soit l'âge des personnes interrogées.

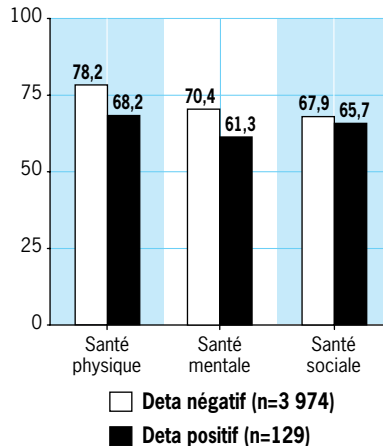
## Information sur l'alcool

Un quart des jeunes (25,8 %) déclare avoir déjà eu des séances d'information sur l'alcool à l'école (dont 19,6 % lors d'un cours), sans différences significatives selon le sexe et l'âge.

Il sont près des deux tiers (60,8 %) à souhaiter en bénéficier, avec un pourcentage un peu plus élevé chez les filles. Ce désir d'information sur l'alcool n'est pas lié aux

Figure 13

### Scores de santé et test Deta





habitudes de consommation d'alcool (avoir été ivre au cours de la vie, nombre moyen d'ivresses au cours de l'année, consommation régulière de boissons alcoolisées — c'est-à-dire au moins une fois par semaine —, test Deta positif).

Il est à noter que les élèves qui ont déjà bénéficié d'une information sur l'alcool à l'école sont plus nombreux à en vouloir à nouveau.

### Jeunes et adultes : des comportements différents par rapport à l'alcool ?

L'âge est un facteur discriminant chez les adolescents âgés de 12 à 19 ans. Ainsi, il peut être intéressant d'appréhender le thème de l'alcool chez les jeunes en le mettant en perspective avec celui des adultes. Quelle est l'évolution de la consommation d'alcool après 19 ans ? Les jeunes ont-ils un rapport avec l'alcool différent des adultes ? Les données du Baromètre santé adultes 95/96 [2] seront utilisées afin de permettre d'ébaucher des réponses à ces questions.

Si la **consommation** d'alcool la veille croît rapidement et linéairement selon l'âge parmi les jeunes, la même remarque peut être formulée chez les adultes avec, pour ces derniers, une augmentation relativement moins rapide (*Figure 14*). La différence entre les sexes perceptible chez les jeunes, surtout à partir de 16 ans et qui ne cesse de s'agrandir jusqu'à 19 ans, s'accroît plus légèrement parmi les adultes. Globalement, les pourcentages augmentent régulièrement jusque vers 40-45 ans (67,8 % des hommes et 33,7 % des femmes ont bu au moins un verre de boisson alcoolisée la veille). À partir de cette période de la vie, la part de ces consommateurs se stabilise à ces niveaux : environ deux tiers des hommes et un tiers des femmes.

La consommation excessive d'alcool conduisant à un état d'**ivresse** semble, chez les adultes, ne plus suivre la même trajectoire que celle observée parmi les adolescents de 12 à 19 ans. En effet, le pourcentage des jeunes ayant eu au moins une

ivresse au cours des douze derniers mois croît rapidement ; en revanche, chez les adultes, ces ivresses diminuent plus lentement jusqu'à 50 ans (*Figure 15*).

L'augmentation des ivresses chez les jeunes, ainsi que la diminution chez les adultes, sont observables aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En revanche, l'augmentation cesse pour les filles vers 17-18 ans, alors que chez les garçons, elle se poursuit au-delà de la période étudiée du Baromètre santé jeunes, c'est-à-dire au-delà de 19 ans. La différence entre les deux sexes est maximale dans la tranche d'âge 20-24 ans.

## Analyse et synthèse

### Le sexe

Pratiquement dans tous les « registres » (pourcentage de consommateurs, fréquence de consommations, nombre de verres, ivresse...), les garçons sont des consommateurs d'alcool plus importants que les filles. Par exemple, tous âges confondus, les garçons sont trois fois plus nombreux (10,2 %) que les filles (3,2 %) à avoir bu plus d'une fois par semaine au cours de la dernière année. En moyenne, parmi « les buveurs d'alcool la veille », les garçons (2,7 verres) consomment un verre d'alcool de plus que les filles. Les adolescents de sexe masculin boivent de plus grandes quantités de vin et de bière, alors que les différences ne sont pas significatives pour les alcools forts et les autres alcools (champagne, cidre, vins doux...). Si l'âge de la première ivresse (15 ans et demi) ne diffère pas selon le sexe, les garçons ont été deux fois plus nombreux à avoir été ivres (4,6 fois) et lorsqu'ils l'ont été, ils déclarent avoir bu un nombre deux fois plus important de verres d'alcool (11,2 verres au cours de la dernière ivresse). De la même façon, ils sont deux fois plus





Figure 14

### Jeunes et adultes ayant consommé au moins un verre d'alcool la veille selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

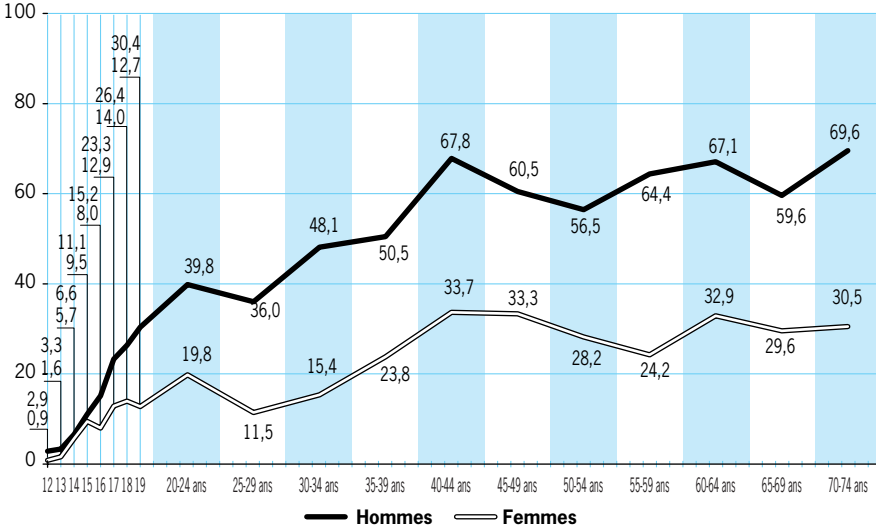
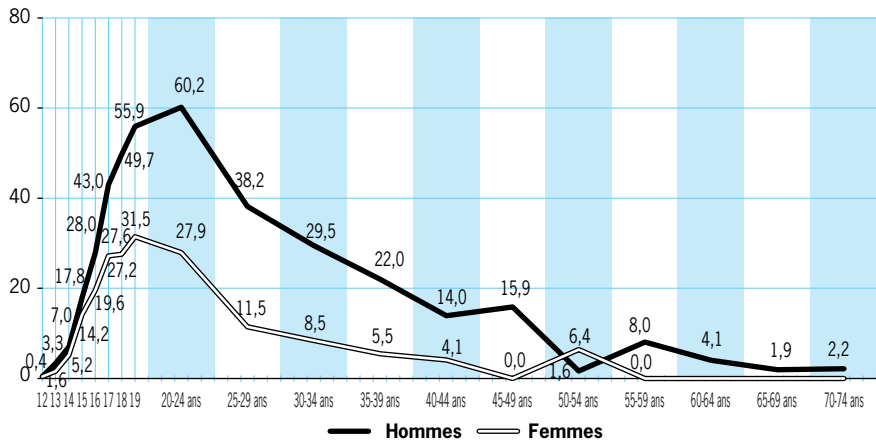


Figure 15

### Jeunes et adultes ayant eu au moins une ivresse au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



nombreux (4,2 %) à être des consommateurs à risque (test Deta positif). Enfin, les filles souhaitent plus souvent que les garçons pouvoir bénéficier d'une information sur l'alcool.

## L'âge

Tous les indicateurs de consommation d'alcool indiquent une progression de celle-ci avec l'âge (en fréquence et en quantité).



Si, à 12 ans, plus de la moitié des jeunes n'ont jamais bu d'alcool au cours de leur vie, ils ne sont plus qu'un sur vingt à 19 ans. Les autres alcools (champagne, cidre, vins doux...) et le vin sont les deux types de boissons les plus consommés à 12-13 ans, ensuite la bière et les alcools forts prennent une place importante. En terme de quantité, ce sont les buveurs de bière de 15-19 ans qui consomment le plus : deux verres et demi la veille de l'enquête. La fréquence des ivresses augmente beaucoup avec l'âge, et la différence selon le sexe est plus conséquente dans les tranches d'âge les plus élevées. En revanche, les quantités absorbées au cours de la dernière ivresse ne varient pas selon l'âge.

### Autres caractéristiques

Globalement, la consommation d'alcool des jeunes varie peu selon le niveau social de la famille. Les adolescents d'origine modeste (ouvrier) ou dont le chef de famille est au chômage se déclarent plus souvent abstinents. En revanche, parmi les jeunes buveurs, ce sont les enfants dont le chef de famille est agriculteur ou inactif qui sont les plus nombreux à déclarer boire au moins une fois par semaine (au cours de la dernière année). Globalement, il n'a pas été observé de différences significatives de la consommation d'alcool chez les jeunes habitant en milieu rural par rapport aux autres adolescents.

Par ailleurs, les jeunes vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) sont moins souvent consommateurs d'alcool. En ce qui concerne certaines habitudes de

vie (tabac, haschich, relations sexuelles), elles sont, comme pour l'alcool, très liées à l'âge. Cependant, à âge égal, les consommateurs de boissons alcoolisées ont plus souvent des conduites de consommation de substances psychoactives multiples et une entrée dans la sexualité plus précoce.

### références bibliographiques

1. Chan Chee C. *Baromètre santé jeunes 1994*. Vanves : CFES, 1997 : 148 p.

2. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.

3. Haut Comité de la santé publique. *La santé*

*en France*. Paris : La Documentation française, 1994, 2 vol. : 333 et 576.

4. Baudier F., Rotily M., Le Bihan G. Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.



# Alcohol

François Baudier, Philippe Guilbert

## the key facts in a few figures...

### Frequency of consumption for all alcoholic drinks

Three quarters of young people state they have consumed alcohol at some time in their life, boys more than girls, and this percentage shows a linear increase with age. Young people from more modest social backgrounds, those from homes where the head of household is unemployed and teenagers living with their birth (or adoptive) parents are less likely to be consumers of alcohol. A contrario, young people smoke tobacco regularly, teenagers who have previously consumed cannabis at some time in their life and those who have already had a sexual relationship are more likely to have consumed alcohol at some time in their life.

Among all teenagers, a little less than a quarter (23.0%), state that they have drunk alcohol at least once a week in the course of the last year and of these, a small proportion (1.2%) consume it every day. The frequency of consumption varies as a function of the same socio-demographic and behavioural criteria as before except in respect of social status (drinking alcohol is most frequent among teenagers whose parents are farm-work-

ers or not economically active) and the family structure (no significant differences on this criterion).

### Amount consumed for all alcoholic drinks

Young people who say they drank alcohol the previous day, consumed on average 2.4 glasses. A little over half of them had only one glass. Boys drank on average one glass more than girls and the average consumption of 12-19 year olds increases linearly with age especially in boys. Social background, the family status of the teenager together the other variables of the analysis (sexual life and consumption of tobacco and cannabis) are not discriminant as far as the amount of alcohol consumed is concerned.

### Frequency of consumption by type of alcoholic drink

Beer is the drink most regularly chosen by 12-19 year olds. Two modes of consumption of the different alcoholic drinks were identified. On one hand, "other alcoholic drinks" (champagne, cider, etc.) and wine. For these drinks, habits start fairly early and seem to correspond to a fairly "familial" pattern of consumption.



It is moreover, for these two types of alcoholic drink, that the differences between boys and girls are smallest. On the other hand, for beer and spirits, the increase with age is a little later but stronger over the years.

#### **Amount consumed by type of alcoholic drink**

Of young people who had drunk alcohol the previous day, it was the spirits drinkers who drank the most (2.2 glasses) with no difference by sex or age. It is primarily for beer and wine that the amounts consumed increase linearly with age and are greatest in boys.

#### **Inebriation**

A little over a quarter of 12-19 year olds have been inebriated at least once in their life, boys more than girls (34.2% v 21.6%). This behaviour increases greatly with age and the difference between the sexes is accentuated the older they are. Of those who have drunk alcohol at least once in their life, two thirds have never been inebriated. This behaviour is more frequent in girls. While the social status of the family to which the young person belongs does not seem to be a discriminant factor in perceived inebriation at some time in their life, all the previously identified socio-demographic and behavioural factors seem to operate in the same direction.

The average age at which inebriation first occurs is 15 and half years with no significant difference between boys and girls. The number of times inebriation has occurred during the last twelve months is 4.6 among those who report having been inebriated at least once in their life. Boys were on average inebriated twice as often as girls, with great disparities between individuals and a very significant increase with age, regardless of gender. The amount of alcohol consumed on the last occasion on which inebriation occurred was 9.5 glasses (11.2 for boys v 6.8 for girls).

#### **Perception of own behaviour in relation to alcohol**

The Deta test made it possible to identify 3.1% of young drinkers at high risk, 4.2% of the boys and 2.0% of the girls. The physical and mental health scores (Duke profile) were significantly poorer for teenagers considered as drinkers at risk (which is not the case for the social health score).

#### **Information about alcohol**

A quarter of young people stated that they had previously had information sessions about alcohol at school (19.6% during lesson time). Slightly more than double this percentage (60.8%) wished to benefit from such information. This desire for information is not linked to alcohol consumption habits. It should be noted that more of the pupils who had previously benefited from information about alcohol at school were asking for it again.









# Tabac

François Baudier, Annie Velter

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Consommation

Parmi les 12-19 ans, un peu plus d'un quart (28,8 %) des jeunes déclarent fumer, même de temps en temps (23,6 % régulièrement — au moins une cigarette par jour et 5,2 % occasionnellement — moins d'une cigarette par jour). Ce pourcentage ne varie pas de façon significative selon le sexe (quel que soit l'âge), mais progresse beaucoup avec l'âge pour atteindre plus de 50 % de fumeurs à 19 ans. La profession du chef de famille joue un rôle discriminant vis-à-vis du tabac : plus la catégorie socioprofessionnelle s'élève, plus le pourcentage de fumeurs augmente. Par ailleurs, les enfants vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) sont les moins nombreux à fumer. À partir de 17 ans, les jeunes qui ont déjà redoublé au moins une fois dans leur scolarité sont plus souvent fumeurs.

Depuis 1977, une décroissance du pourcentage d'adolescents français déclarant fumer (même de temps en temps) est observée. Ainsi, en 1977, la prévalence tabagique des 12-18 ans atteignait 46 %, en 1997, elle s'élève à 25,3 %. Ceci est vrai aussi bien chez les garçons que chez les filles, avec une diminution de la différence entre les deux sexes au fil du temps.

Pour les fumeurs réguliers ou occasionnels, la consommation moyenne est de 6,8 cigarettes par jour, 21,1 % des fumeurs réguliers ayant une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour. Chez ces derniers, la consommation moyenne quotidienne augmente significativement et régulièrement avec l'âge (sans différence selon le sexe). C'est ainsi qu'elle double entre 14 ans (3,8 cig/j) et 17 ans (8,3 cig/j). Chez les enfants fumeurs réguliers dont le père est ouvrier, le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est fortement supérieur au reste de la population. En revanche, les jeunes fumeurs réguliers qui vivent avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) consomment moins que les autres.

### Entrée dans le tabagisme

En moyenne, les 12-19 ans fument depuis un peu plus de deux ans (28 mois) au moment de l'enquête et ceux qui déclarent fumer régulièrement le font depuis un peu plus d'un an (15 mois). Lorsque l'on compare l'âge moyen d'initiation au tabagisme au cours du temps, on constate que l'entrée dans le tabagisme se fait plus tard. En 1997, pour les 12-19 ans,





cet âge était de 15,1 avec une différence significative selon le sexe, les garçons entrant dans le tabagisme un peu plus tard que les filles (15,3 ans vs 15,0 ans).

### Changements de comportement

Au cours de la dernière année, un peu plus d'un tiers des jeunes fumeurs (38,5 %) n'ont pas changé leur consommation ; 13,0 % ont commencé à fumer et 4,8 % se sont arrêtés. Les autres adolescents ont modifié leur façon de fumer de la manière suivante : augmentation (17,1 %), diminution (34,2 %), cigarettes plus légères (13,4 %), cigarettes plus fortes (5,3 %), pipe ou cigare (0,8 %). Parmi les jeunes fumeurs, plus de la moitié souhaitent s'arrêter (54,3 %). Ce projet diminue avec l'âge et n'est pas différent entre les garçons et les filles.

### Attitude et consommation des parents

À 12-13 ans, moins de la moitié (44,6 %) des parents interdisent à leurs enfants de fumer. La fréquence de l'interdiction parentale est plus forte chez les enfants non fumeurs, quels que soient le sexe et l'âge des adolescents. Globalement, les filles font plus l'objet d'interdiction. Cette pression s'allège avec les années dans les deux sexes. L'interdiction est plus forte quand les enfants vivent avec leurs deux parents. Dans plus de trois quarts des cas (78,0 %), au moins un des deux parents sait que son enfant fume. Cette connaissance augmente avec l'âge et est plus importante chez les garçons. Lorsque les parents sont fumeurs, leurs enfants sont plus souvent fumeurs réguliers.

### Respect de la loi

Plus d'un tiers (34,0 %) des jeunes fumeurs déclarent ne pas respecter la loi à l'école ou à l'université (21,5 % sur les lieux de travail pour ceux qui ont un emploi ou qui sont en formation). Ils sont 33,9 % à transgresser la loi dans les bars, 30 % dans les lieux publics couverts, 15,9 % dans les restaurants et

11,6 % dans les transports en commun. Les filles, les moins de 15 ans et les fumeurs occasionnels transgressent globalement moins la loi.

### Opinions sur le tabac

Une très grande majorité de jeunes (82,4 %) pense que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue. Il y a aussi unanimité (91,5 %) pour dire que les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent. Seulement un jeune sur cinq (20,3 %) pense que fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe. Un peu plus d'un quart (27,8 %) des adolescents pensent qu'à l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur. Il n'y a pas de différence pour cette opinion selon le statut tabagique. Plus de la moitié des jeunes (58,4 %) pensent qu'il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac. Les fumeurs sont deux fois moins nombreux à être de cet avis. Une majorité de jeunes (53,3 %) pense qu'il existe une sorte de guerre entre les fumeurs et les non-fumeurs. Les fumeurs sont plus sensibles à cette perception.

### Comparaison avec d'autres dépenses

Parmi les fumeurs :

- près de la moitié (44,5 %) déclarent avoir consommé une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine au cours de la dernière année. Ils sont trois fois moins nombreux (14,3 %) chez les non-fumeurs ;
- près des deux tiers (60,0 %) déclarent avoir déjà été ivres. Ils sont quatre fois moins (15,1 %) chez les non-fumeurs ;
- plus de la moitié (52,4 %) a pris au moins une fois du cannabis dans sa vie. Ils sont quatre fois moins nombreux (11,9 %) chez les non-fumeurs de tabac.

### Comparaison avec d'autres critères de santé

Le profil de santé de Duke permet d'étudier la santé perçue et la qualité de vie



parmi les jeunes fumeurs ou non-fumeurs. Ce sont surtout les scores de santé physique et mentale qui sont moins bons chez les fumeurs. Au cours des sept derniers jours, les fumeurs ont fait en moyenne presque une heure et demie de sport en moins que les non fumeurs. Parmi les 12-19 ans, les fumeurs déclarent prendre en moyenne moins de repas par semaine que les non-fumeurs et ce quel que soit le repas de la journée. En comparant les indices de masse corporelle selon le statut tabagique des adolescents, les « obèses » sont moins souvent fumeurs (21,3 % vs 30,3 %), et ceci quel que soit le sexe. Les jeunes fumeurs de 15 ans et plus sont deux fois plus nombreux déclarer avoir déjà eu un rapport sexuel (69,4 % vs 34,5 %).

#### **Information et désir d'information sur le tabac**

Plus d'un tiers (36,2 %) des 12-19 ans déclarent avoir reçu des informations sur le tabac au cours des douze derniers mois. Ils sont significativement moins nombreux chez les fumeurs. Plus de la moitié (61,8 %) des jeunes souhaitent avoir des séances d'informations sur ce sujet. Ils sont là aussi beaucoup moins nombreux chez les fumeurs (28,0 %). Les filles fumeuses déclarent avoir eu plus d'informations sur le tabac dans le passé et désirent plus que les garçons fumeurs, en avoir dans le futur. Globalement, les jeunes reçoivent de plus en plus d'informations jusqu'à 18 ans, âge à partir duquel ils sont moins souvent destinataires d'informations sur le tabac. Par ailleurs, ils expriment, avec l'âge, de moins en moins souvent le désir d'en bénéficier.



Il y a un peu plus de vingt ans, le Parlement français adoptait la loi dite « Simone Veil » pour la prévention du tabagisme. Depuis cette époque, de nombreux épisodes ont marqué la lutte contre ce déterminant majeur de la santé des Français [1] :

- premières grandes campagnes publicitaires à la télévision ;
- mobilisation européenne contre ce facteur de risque qui concerne les deux principales causes de mortalité des populations vivant dans l'Union européenne (maladies cardio-vasculaires et cancers) ;
- forte sensibilisation de l'opinion et des décideurs politiques par des autorités de la communauté médicale mobilisées pour alerter sur la gravité et l'urgence de la situation ;
- adoption de la loi Evin en 1991 et de son décret d'application en 1992 ;
- offensive des fabricants de tabac et de certains milieux du sport ou de la presse contre ces mesures...

Les épisodes sont nombreux, parfois inattendus.

Si, globalement, le bilan de ces deux dernières décennies de lutte contre le tabagisme est positif pour la santé publique, la

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.

situation est toujours très fragile en raison des enjeux économiques en présence, de la puissance des groupes internationaux qui soutiennent la production de tabac et de la place qu'occupe, dans la société en général et pour les fumeurs en particulier, la consommation de ce produit.

Par ailleurs, la diminution sensible de la consommation observée depuis le début des années quatre-vingt-dix devra se confirmer dans le futur pour que l'on puisse affirmer qu'une évolution de tendance significative est en train de s'installer.

Enfin, l'offensive actuelle des fabricants de tabac dans l'ensemble des pays en développement et auprès de certains pays de l'Est de l'Europe, ne peut laisser indifférentes les autorités sanitaires françaises.

La consommation de tabac parmi la population des jeunes fait, quant à elle, l'objet d'un très grand intérêt de la part des adultes

#### Quelques définitions

**Fumeur** : personne qui fume, même de temps en temps.

**Fumeur occasionnel** : personne qui fume moins d'une cigarette par jour.

**Fumeur régulier** : personne qui fume au moins une cigarette par jour.



qu'ils soient éducateurs (parents, enseignants...), professionnels de la santé ou responsables politiques.

Deux hypothèses parmi d'autres, peuvent expliquer cette préoccupation :

– les adultes pensent souvent que les jeunes sont actuellement plus nombreux à fumer que ceux des générations passées, alors que les données d'évolution disponibles ne confirment pas cette vision des choses ou sont plus nuancées ;

– un jeune fumeur est souvent ressenti comme quelqu'un qui met en danger son futur capital santé et ne pourra que très difficilement renoncer à cette habitude, poussant l'adulte à être très interventionniste alors que l'adolescence représente sans doute une des périodes de la vie les plus complexes pour dissuader les individus d'abandonner le tabac.

Les données présentées dans ce Baromètre santé fournissent des résultats détaillés sur les comportements tabagiques des adolescents vivant en France. Quel est le pourcentage des fumeurs parmi les 12-19 ans ? Combien consomment-ils, en moyenne, de cigarettes par jour ? À quel âge ont-ils commencé ? Quelle est l'influence de leurs parents ou de leurs amis sur leur attitude personnelle vis-à-vis du tabac ? Souhaitent-ils arrêter ? Que pensent-ils de l'augmentation des prix du tabac ?

Il est important de rappeler que comme pour la plupart des études de ce type, cette évaluation est basée sur les déclarations des sujets interrogés et que la pression sociale peut entraîner une éventuelle sous-déclaration par rapport à un produit dont la consommation est réglementée par la loi et fait parfois l'objet d'interdit de la part des parents.

## Résultats

### Consommation

#### Prévalence du tabagisme

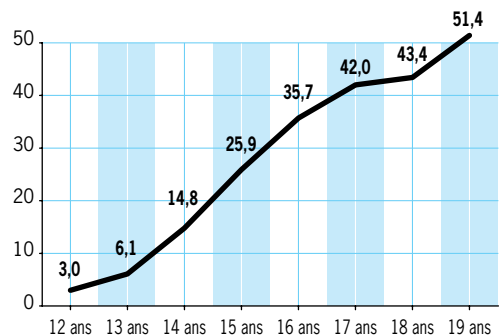
Parmi les 12-19 ans, 28,8 % de jeunes fument, 5,2 % sont fumeurs occasionnels et 23,6 % réguliers. Le pourcentage des fumeurs ne varie pas de façon significative entre les sexes (quel que soit l'âge), mais progresse beaucoup avec l'âge pour atteindre plus de 50 % de fumeurs à 19 ans (Figure 1).

Les Figures 2 et 3 présentent la répartition du statut tabagique des jeunes selon l'âge et le sexe. Le pourcentage de fumeurs occasionnels reste toujours inférieur à 10 % quels que soient l'âge et le sexe. Chez les adolescentes, la progression avec l'âge du taux de fumeurs réguliers est plus atténuée que chez les garçons et semble se stabiliser autour de 40 % à 18-19 ans.

Le statut social de la famille du jeune joue un rôle discriminant vis-à-vis de la prévalence du tabagisme de l'adolescent. Il semble que le pourcentage de fumeurs a tendance à progresser significativement avec le niveau social : agriculteurs (24,8 % ; faible effectif), ouvriers (25,1 %), employés (28,0 %), professions intermédiaires (29,0 %), artisans, commerçants, chefs d'entreprise (32,6 %), cadres et professions intellectuelles supérieures (34,1 %). Quant au groupe des « inactifs », le pourcentage est le plus élevé (34,5 %), mais il constitue un groupe très hétérogène : retraité, congé maternité

Figure 1

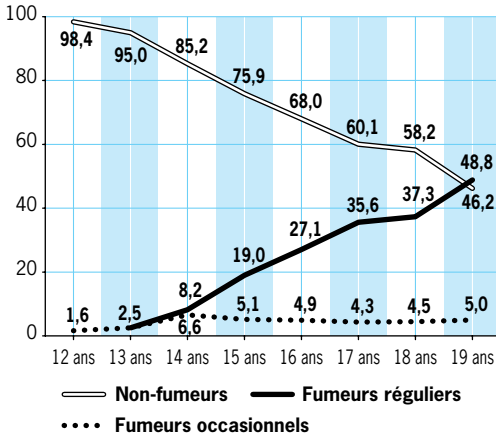
Jeunes déclarant fumer même de temps en temps selon l'âge (en pourcentage)





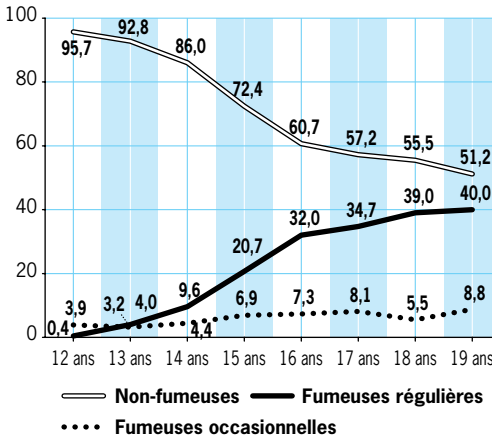
**Figure 2**

**Prévalence du statut tabagique des garçons selon l'âge (en pourcentage)**



**Figure 3**

**Prévalence du statut tabagique des filles selon l'âge (en pourcentage)**



(ou parental), étudiants... Le fait d'avoir un emploi ou non, pour le chef de famille, n'a pas un rôle déterminant, sauf en ce qui concerne le chômage de la mère (36,6 % de fumeurs vs 28,5 %).

Les enfants vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) sont les moins nombreux à fumer (24,9 %) à la différence

de ceux qui sont dans une famille monoparentale (38,8 %) ou recomposée (47,9 %). À partir de 17 ans, les jeunes qui ont déjà redoublé au moins une fois dans leur scolarité sont plus souvent fumeurs.

Sur la Figure 4, il est observé depuis 1977 et d'après les enquêtes du CFES, une décroissance du pourcentage d'adolescents français déclarant fumer (même de temps en temps). Ainsi, en 1977, la prévalence tabagique des 12-18 ans atteignait 46 % ; en 1997, elle s'élève à 25,3 %. Ceci est vrai aussi bien chez les garçons que chez les filles, avec une diminution au fil du temps de la différence entre les deux sexes.

Ce constat de réduction de la prévalence du tabagisme chez les 12-18 ans est en cohérence avec les chiffres disponibles sur l'évolution des ventes de cigarettes ou provenant d'autres travaux. Par ailleurs, les données évolutives parmi la population adulte (18-65 ans) publiées récemment dans le BEH vont aussi dans le même sens (Figure 5) [2].

Ces résultats plutôt encourageants doivent être interprétés avec prudence et ceci pour plusieurs raisons :

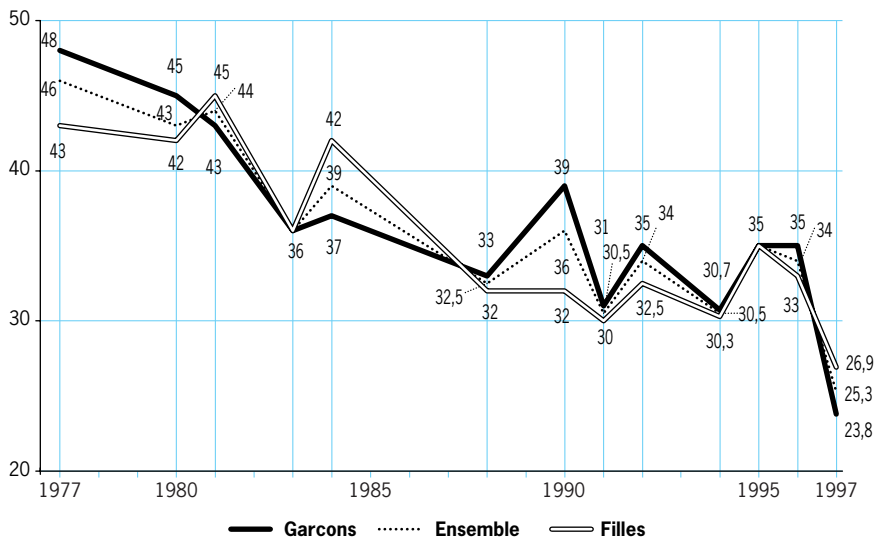
1. le Baromètre santé jeunes utilise la méthode aléatoire, alors que les études antérieures du CFES auprès de cette population étaient basées sur des enquêtes par quotas ; les comparaisons quotas/aléatoire réalisées pour d'autres études semblent montrer des différences relativement minimes sur les déclarations de comportements dans les domaines du tabac, des substances psychoactives illicites ou de la nutrition ; les variations sont plus sensibles concernant les opinions [3] ;
2. les déclarations spontanées vis-à-vis du tabac ont très certainement évolué au fil du temps, la pression sociale pour ne pas fumer étant plus importante aujourd'hui qu'hier ; malheureusement, nous ne disposons pas d'informations spécifiques permettant d'introduire des éléments correctifs pour pondérer ce facteur.

C'est dans la tranche d'âge 19-29 ans que la prévalence du tabagisme est supérieure à 50 % (Figure 6). Or, à cette période de la



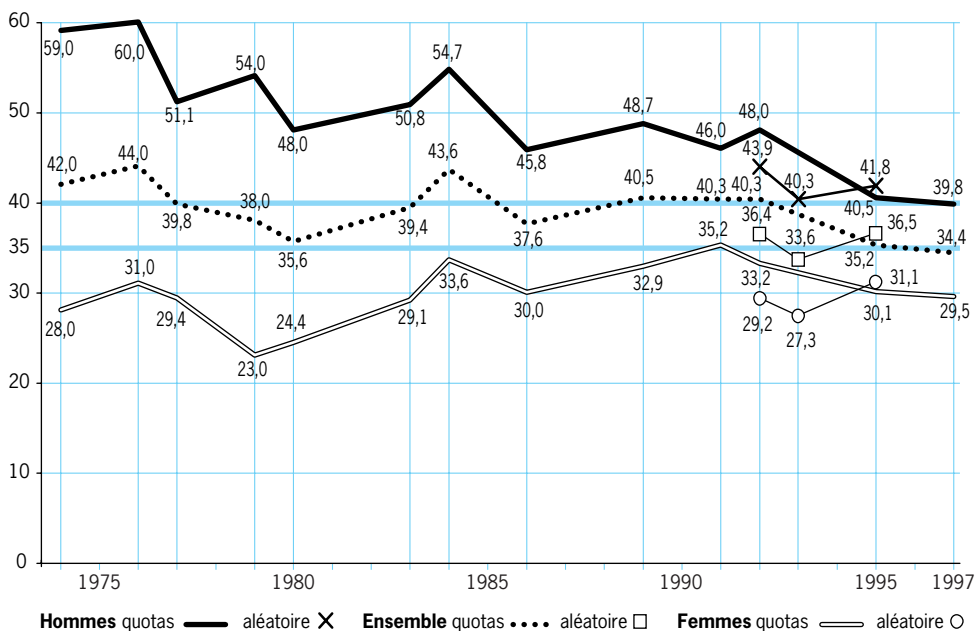
**Figure 4**

**Prévalence du tabagisme de 1977 à 1997 chez les jeunes (12-18 ans) selon le sexe (en pourcentage)**



**Figure 5**

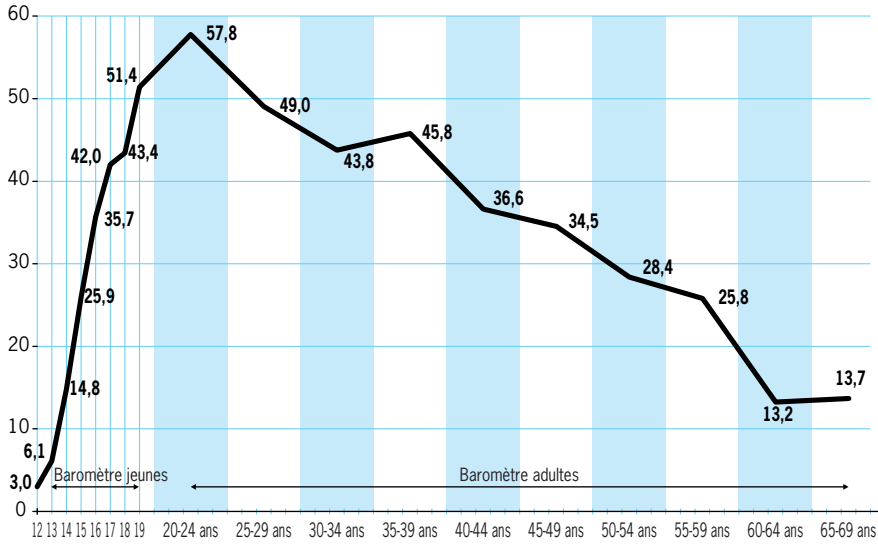
**Évolution du pourcentage déclaré de fumeurs adultes en fonction du sexe et selon la méthode d'investigation (quotas/aléatoire)**





**Figure 6**

**Prévalence du tabagisme selon l'âge (en pourcentage). Résultats des Baromètres santé jeunes 97/98 et adultes 95/96**



vie, certains risques spécifiques par rapport au tabac sont dangereux pour le fumeur lui-même (association pilule-tabac) ou son entourage (femme enceinte, tabagisme passif et jeunes enfants, mort subite du nourrisson).

**Consommation moyenne**

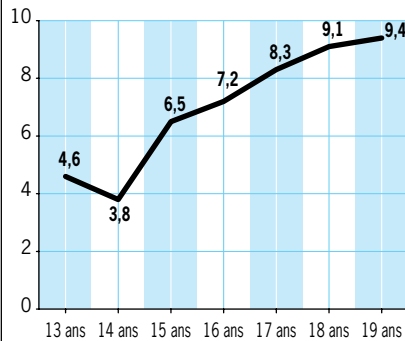
Pour les jeunes de 12-19 ans qui fument régulièrement et occasionnellement, la consommation moyenne est de 6,8 cigarettes par jour, 21,1 % des fumeurs réguliers ayant une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour.

Chez ces derniers, la consommation moyenne quotidienne augmente significativement et régulièrement avec l'âge (sans différence selon le sexe). C'est ainsi qu'elle double entre 14 ans (3,8 cig/jour) et 17 ans (8,3 cig/jour) (Figure 7).

Parmi les fumeurs réguliers, le nombre moyen de cigarettes consommées chaque jour est le plus élevé chez ceux dont le chef de famille est inactif (9,2 cig/jour), mais ce résultat est difficilement interprétable compte tenu du caractère hétérogène de

**Figure 7**

**Nombre moyen de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs réguliers selon l'âge**



ce groupe. Par ailleurs, alors que les enfants d'ouvriers sont proportionnellement moins nombreux à fumer que ceux des autres catégories socioprofessionnelles, le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est l'un des plus importants (7,6 vs 5,4 pour les cadres et professions intellectuelles supérieures). Les jeunes fumeurs



réguliers et qui vivent avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) consomment moins que les autres (7,7 cig/jour).

### Entrée dans le tabagisme

En moyenne, les 12-19 ans fument depuis un peu plus de deux ans (28 mois). Ce chiffre augmente significativement et logiquement avec l'âge (il passe de six mois à l'âge de 12 ans à trois ans et cinq mois à l'âge de 19 ans) et il n'est pas statistiquement différent chez les filles et les garçons. Les 12-19 ans qui déclarent fumer régulièrement le font depuis un peu plus d'un an (15 mois) et cette moyenne augmente aussi avec l'âge.

Lorsque l'on compare l'âge moyen d'initiation au tabagisme au cours du temps, il semble qu'il y ait une tendance au vieillissement, ce qui est certainement un élément d'explication de la baisse du niveau de prévalence global du tabagisme chez les 12-18 ans (Figure 8).

En 1997, pour les 12-19 ans, cet âge était de 15,1 ans, avec une différence significative selon le sexe, les garçons entrant dans le tabagisme un peu plus tard que les filles (15,3 ans vs 15,0 ans).

### Changements de comportement

Au cours de la dernière année, un peu plus d'un tiers des jeunes fumeurs (38,5 %) n'ont pas changé leur consommation ; 13,0 % ont commencé à fumer et 4,8 % se sont arrêtés. Les autres adolescents ont modifié leur façon de fumer de la manière indiquée par la Figure 9. Par ailleurs, 13,4 % se sont mis à consommer des cigarettes plus légères, 5,3 % des cigarettes plus fortes et 0,8 % la pipe ou le cigare (la somme des pourcentage est supérieure à 100 car l'interviewé avait la possibilité de choisir jusqu'à trois réponses).

Les fumeurs réguliers sont trois fois plus nombreux que les occasionnels (19,5 % vs 6,6 %) à avoir augmenté leur consommation au cours de l'année et deux fois moins nombreux à avoir tenté d'arrêter (3,9 % vs 8,5 %).

Les fumeurs réguliers sont aussi beaucoup

plus nombreux que les occasionnels à s'être mis aux cigarettes fortes (6,3 % vs 0,9 %). Parmi les jeunes fumeurs, plus de la moitié souhaitent s'arrêter (54,3 %). Cette envie, qui diminue avec l'âge (Figure 10), n'est pas différente entre les garçons et les filles. Les fumeurs occasionnels désirent plus souvent s'arrêter que les réguliers (64,5 % vs 51,9 %).

Figure 8

Évolution de l'âge moyen d'initiation au tabagisme des jeunes fumeurs (12-18 ans) selon le sexe

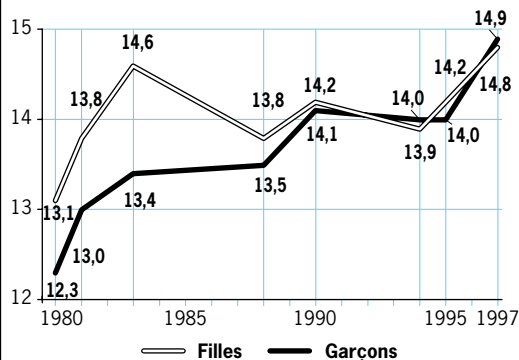
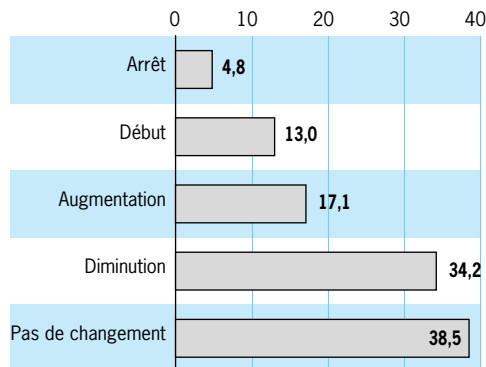


Figure 9

Comportement des fumeurs vis-à-vis du tabac au cours de la dernière année (en pourcentage)






**Marie, maman de trois enfants de 12, 15 et 17 ans**

« J'ai arrêté de fumer grâce — ou plutôt à cause ! — de mon fils quand il avait 7 ans. À l'époque, il m'a littéralement persécutée. Il se plaignait sans arrêt de l'odeur du tabac, m'accusait de l'empoisonner. Quand on était au restaurant, si nous étions à côté de fumeurs, il se levait et allait leur dire sans détour que la fumée le gênait. Je n'osais plus le sortir ! Régulièrement, il revenait de

l'école avec du baratin antitabac plein la tête et m'assurait que jamais il ne fumerait. Maintenant, il a 17 ans et fume comme un pompier. Quelle déception ! C'est à mon tour maintenant de le persécuter. Je lui interdis de fumer dans la voiture et dans la maison, alors il fume sur le trottoir. J'essaye de le décourager comme ça, sans trop y croire. Il me semble vraiment accroché. »

## Attitudes et consommation des parents

À 12-13 ans, moins de la moitié (44,6 %) des parents interdisent à leurs enfants de fumer. Les jeunes non fumeurs (Tableau I) ressentent plus fortement le poids de l'interdiction parentale, quels que soient le sexe et l'âge.

Par ailleurs, l'interdiction parentale est deux fois plus forte chez les fumeurs occasionnels que chez les fumeurs réguliers (21,6 % vs 10,8 %).

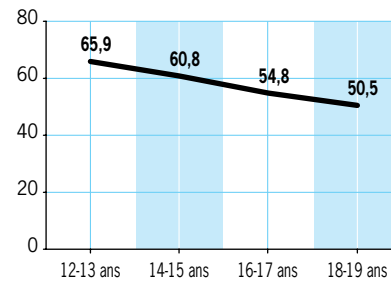
Cette interdiction touche plus souvent les filles que les garçons et s'allège avec l'âge quel que soit le sexe.

De façon plus spécifique (Figures 11 et 12) :

- pour les jeunes non fumeurs, la différence selon le sexe est sensible jusqu'à 15 ans, avec une interdiction parentale plus forte pour les garçons ;
  - pour les jeunes fumeurs, la différence selon le sexe intervient à partir de 16 ans, avec une interdiction parentale beaucoup plus forte pour les filles à partir de cet âge.
- En clair, avant 15 ans, les parents exercent une forte pression pour que les garçons ne commencent pas à fumer. Après cet âge, ils exercent une pression plus coercitive sur les filles pour qu'elles n'entrent pas dans cette dépendance. Il semble donc exister, de la part des parents, une attitude différenciée selon le sexe. Toutefois le « ressenti » des jeunes dans

**Figure 10**

Proportion de fumeurs souhaitant s'arrêter de fumer selon l'âge (en pourcentage)

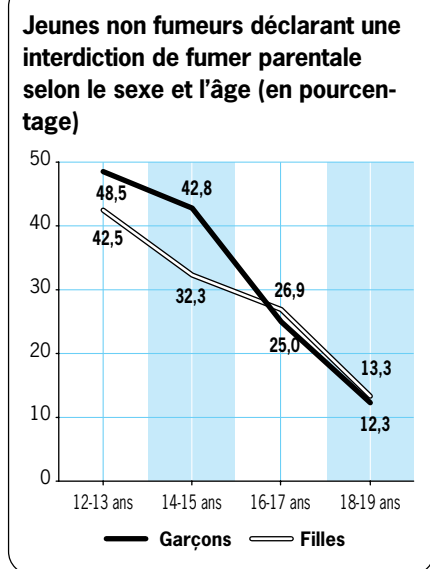

**Tableau I**

Attitudes des parents selon le statut tabagique des enfants (en pourcentage)

	Fumeurs (n=1 187)	Non-fumeurs (n=2 927)
Ils vous interdisent de fumer	12,8	32,5
Ils préfèrent que vous ne fumiez pas	53,2	48,4
Ils sont indifférents au fait que vous ne fumiez pas	10,2	4,2
Ils sont d'accord	14,8	—
Ils ne sont pas d'accord pour que vous fumiez	—	2,2
Vous ne connaissez pas leur avis sur le sujet	9,0	12,7



Figure 11

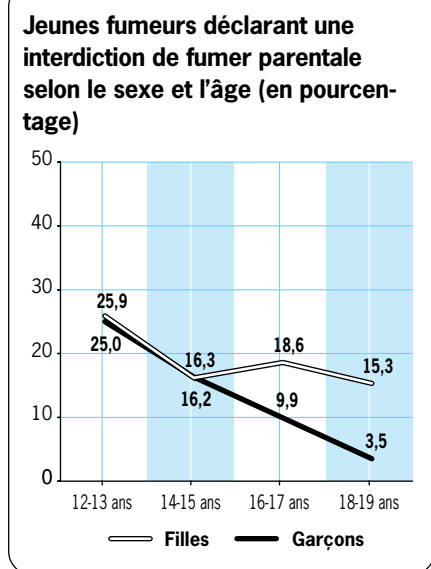


l'interdiction parentale peut biaiser cette observation. L'interdiction est plus forte quand les enfants vivent avec leurs deux parents. Dans plus de trois quarts des cas (78,0 %), au moins un des deux parents sait que son enfant fume. Cette connaissance augmente avec l'âge et est plus importante chez les garçons (Figure 13).

Parmi les adolescents fumeurs vivant avec deux parents (familles de naissance (ou d'adoption) et familles recomposées), près d'un parent sur quatre (22,5 %) ne sait pas que son enfant consomme des cigarettes. Pour deux tiers d'entre eux, les deux parents sont au courant (65,9 %) et dans 11,6 % des cas, un seul des parents. Parmi les familles monoparentales, 17,9 % des parents ne sont pas au courant. La situation est très différente selon le statut tabagique du jeune. En effet, parmi les fumeurs réguliers, 69,0 % des deux parents sont au courant (46,7 % pour les fumeurs occasionnels).

Lorsque les parents fument, leur enfant est plus souvent fumeur régulier lui-même. Il semble donc exister un lien entre l'intensité du tabagisme des enfants et le statut tabagique des parents.

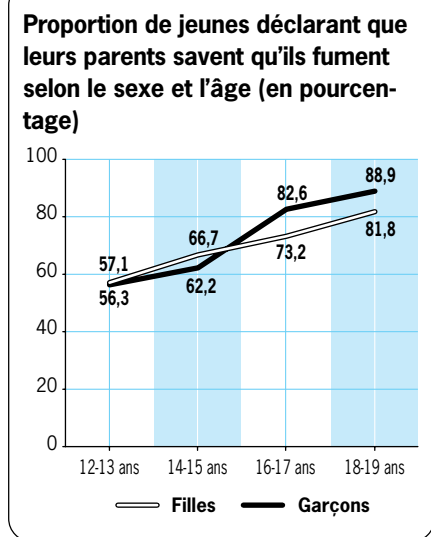
Figure 12



## Respect de la loi

Sur le *Tableau II*, on observe que les filles déclarent moins transgresser la loi que les garçons (la même observation avait déjà été faite pour le Baromètre santé adultes 95/96 [4]).

Figure 13





Cette spécificité n'est pas liée au statut tabagique des fumeuses sauf pour les bars, les lieux publics couverts et les transports en commun, où les fumeurs réguliers de sexe masculin transgressent plus souvent la loi que les adolescentes « fumeurs réguliers ». De façon générale, les fumeurs occasionnels respectent mieux les lieux où il est interdit de fumer (Tableau III). Par ailleurs, plus le statut tabagique est « lourd », plus le fumeur a du mal à respecter les interdictions (surtout dans les restaurants, les bars et lieux publics couverts).

L'analyse selon l'âge est plus complexe car les lieux identifiés (par exemple, bars, restaurants) ne sont pas fréquentés de la même manière selon l'âge des adolescents et donc « l'exposition » à la transgression est variable suivant ce facteur. Il est à noter que dans pratiquement tous les lieux, la progression des « transgresseurs » n'est linéaire avec l'âge qu'à partir de 14 ans. En effet, les très jeunes fumeurs se trouvent plus souvent dans l'illégalité que leurs jeunes aînés (mais les effectifs des 12-14 ans concernés sont en général faibles) (Figure 14). Par ailleurs, dans la région parisienne, près d'un jeune fumeur sur trois (30,6 %) déclare ne pas respecter la loi dans les transports en commun (moyenne nationale : 11,6 %).

## Opinions sur le tabac

Une très grande majorité de jeunes (82,4 %) pense que « les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue ». Les fumeurs adhèrent significativement moins à cette opinion (74,9 % vs 85,5 %). Cet avis varie peu selon l'âge, le sexe et les autres caractéristiques sociodémographiques. Il y a aussi quasi-unanimité (91,5 %) pour dire que « les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent ». Les garçons et les plus jeunes des adolescents adhèrent plus fortement à cette opinion (Figure 15) et il n'y a pas de différences entre les fumeurs et les non-fumeurs. Seulement un jeune sur cinq (20,3 %) pense que « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe ». Plus les adolescents sont âgés,

**Tableau II**

**Jeunes fumant dans des zones interdites selon le sexe et comparaison avec le Baromètre santé adultes 95/96 (en pourcentage)**

	Baromètre adultes 95/96	jeunes 97/98	Garçons	Filles
École ou université	–	34,0	37,2	31,2
Travail (pour les jeunes en insertion, formation ou travaillant)	22,4	21,5	22,9	18,9
Restaurants	18,1	15,9	17,0	14,9
Bars	26,5	33,9	37,8	29,9
Lieux publics couverts	19,7	30,0	34,0	26,1
Transports en commun	4,9	11,6	13,4	9,7

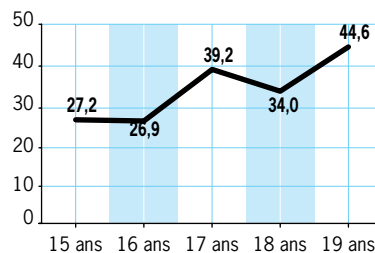
**Tableau III**

**Jeunes déclarant fumer dans certains lieux où c'est interdit selon le statut tabagique (en pourcentage)**

	Fumeurs occasionnels (n=214)	Fumeurs réguliers (n=966)
École ou Université	28,1	35,5
Travail (pour les jeunes en insertion, formation ou travaillant)	10,7	22,8
Restaurants	8,0	17,8
Bars	23,4	36,5
Lieux publics couverts	16,9	33,1
Transports en commun	5,6	12,8

**Figure 14**

**Jeunes déclarant fumer dans les zones non-fumeurs des bars selon l'âge (en pourcentage)**



Les 12, 13 et 14 ans ne sont pas représentés, les effectifs étant inférieurs à 10 individus.



plus ils adhèrent à cette opinion (Figure 16) et il en est de même des fumeurs (27,3 % vs 17,5 %).

Un peu plus d'un quart (27,8 %) des adolescents pensent qu'« à l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur ». Il n'y a pas de différence selon le statut tabagique. Les garçons et les plus

jeunes adolescents adhèrent plus facilement à cette opinion (Figure 17).

Plus de la moitié des jeunes (58,4 %) pensent « qu'il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac ». Le niveau d'adhésion est sensiblement plus fort chez les garçons et surtout diminue significativement avec l'âge (Figure 18). Les fumeurs sont deux fois

Figure 15

**Jeunes adhérant tout à fait à l'idée que « les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**

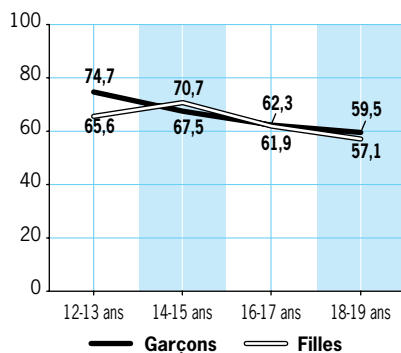


Figure 16

**Jeunes adhérant tout à fait à l'idée que « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**

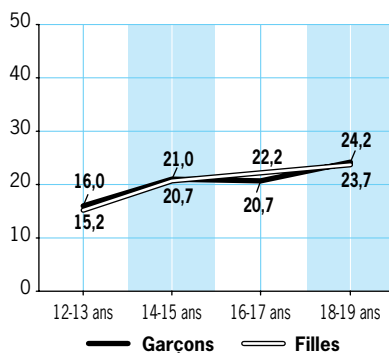


Figure 17

**Jeunes adhérant tout à fait à l'idée qu'« à l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**

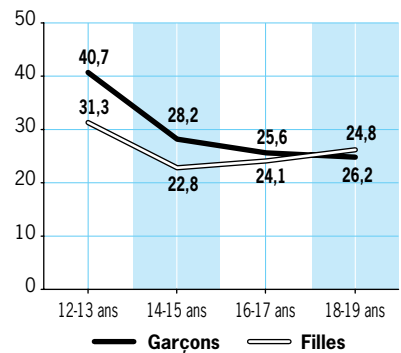
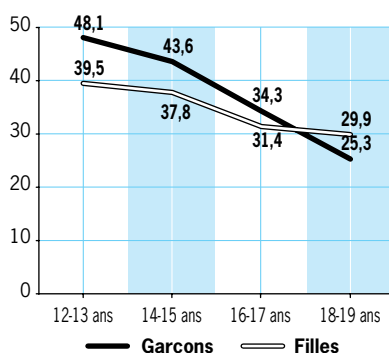


Figure 18

**Jeunes adhérant tout à fait à l'idée qu'« il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**





moins nombreux à être de cet avis (32,0 % vs 69,2 %).

Une majorité de jeunes (53,3 %) pense « qu'il existe une sorte de guerre entre les fumeurs et les non-fumeurs ». Les fumeurs sont légèrement plus sensibles à cette perception (56,2 % vs 52,1 %). Le niveau d'accord est identique chez les garçons et les filles. Il progresse avec l'âge (Figure 19). Lorsque l'on analyse ces différences d'opinions selon le statut tabagique, les variations principales portent sur les taxes sur le tabac (les fumeurs réguliers étant plus réservés sur cette mesure) et la guerre entre fumeurs et non-fumeurs (les fumeurs réguliers perçoivent avec plus de force cette opposition).

La comparaison avec les résultats du Baromètre santé adultes 95/96 [4] (Tableau IV) souligne quelques différences d'opinions. Les adultes mettent plus en avant que les jeunes la dépendance au tabac. En revanche, les 12-19 ans pensent plus souvent que les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent.

Les adultes sont plus nombreux que les jeunes à penser que fumer rend plus à l'aise en groupe, alors que les jeunes ont une attitude plus tolérante vis-à-vis des fumeurs qui souhaitent s'intégrer dans un groupe. Les jeunes qui pourraient se considérer comme les premières « victimes » des taxes sur le tabac, en raison de leur faible pouvoir d'achat, sont plus favorables à ces taxes que les adultes.

Enfin, les adolescents, plus que leurs aînés, minimisent l'importance de la guerre fumeurs/non-fumeurs.

## Comparaison avec d'autres dépendances

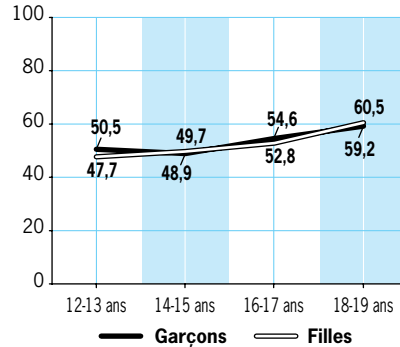
### Alcool

Parmi les jeunes fumeurs, la moitié (44,5 %) déclare avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année. Ils sont trois fois moins nombreux (14,3 %) chez les non-fumeurs.

Quel que soit l'âge du jeune, il y a un lien

**Figure 19**

**Jeunes adhérant tout à fait à l'idée qu'« il existe une sorte de guerre entre les fumeurs et les non-fumeurs » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



**Tableau IV**

**Opinions sur le tabac : comparaisons entre les résultats des Baromètres santé adultes 95/96 et jeunes 97/98**

	Adultes 95/96 (n=1 993)	Jeunes 97/98 (n=4 115)
	Oui	Oui
Les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue	89,9	<b>82,4</b>
Les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent	87,9	<b>91,5</b>
Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe	32,6	<b>20,6</b>
On est moins bien accepté quand on est fumeur	51,6	<b>27,6</b>
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac	51,6	<b>58,1</b>
Il existe une sorte de guerre entre les fumeurs et les non-fumeurs	63,9	<b>53,1</b>

très significatif entre la consommation régulière d'alcool (au moins fois par semaine au cours de la dernière année) et le fait de se déclarer fumeur (Figure 20).

Parmi les fumeurs, près des deux tiers



## Tabac

(60,0 %) déclarent avoir déjà été ivres. Ils sont quatre fois moins (15,1 %) chez les non-fumeurs. Comme pour la consommation régulière d'alcool, les jeunes déclarant avoir déjà été ivres au cours de leur vie sont donc plus souvent des fumeurs et ceci quel que soit l'âge (Figure 21).

### Cannabis

Parmi les fumeurs de tabac, plus de la moitié (52,4 %) ont pris au moins une fois du can-

nabis dans leur vie. Ils sont quatre fois moins nombreux (11,9 %) chez les non-fumeurs de tabac. Il est important de noter qu'il y a tout de même un quart (25,3 %) des fumeurs de cannabis qui ne consomment pas de tabac. Ces chiffres sur le cannabis ne concernent que la population des 15-19 ans et le facteur « âge » intervient de la même façon que pour les autres dépendances (Figure 22).

Figure 20

**Jeunes consommant de l'alcool au moins une fois par semaine selon l'âge et le statut tabagique (en pourcentage)**

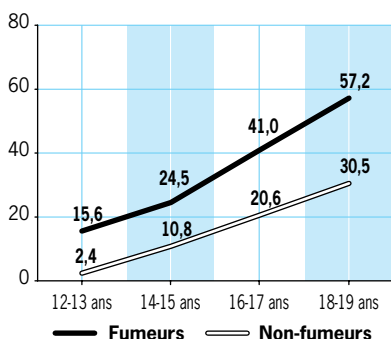


Figure 21

**Jeunes déclarant avoir été ivres au cours de leur vie selon l'âge et le statut tabagique (en pourcentage)**

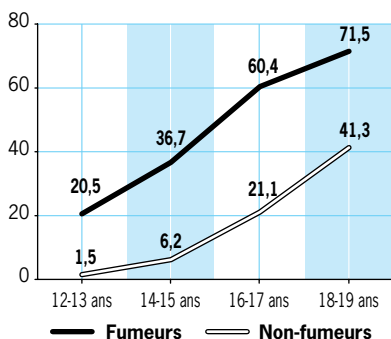
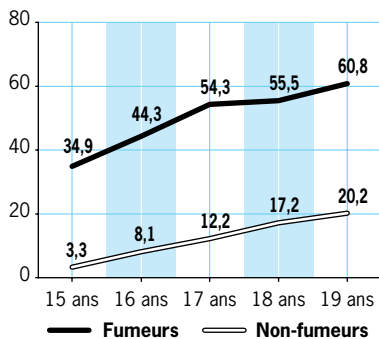


Figure 22

**Jeunes déclarant avoir pris du cannabis au cours de la vie selon l'âge et le statut tabagique (15-19 ans) (en pourcentage)**



## Comparaison avec d'autres critères de santé

### Évaluation de la santé globale perçue par le profil de santé de Duke

Le profil de santé de Duke permet d'étudier la santé perçue et la qualité de vie parmi les jeunes fumeurs et les non-fumeurs. Seuls les scores de santé physique, mentale, et sociale sont étudiés ici. Ils sont globalement moins bons pour les fumeurs, en particulier pour les deux premiers scores (Tableau V).

Les répartitions des scores par sexe et âge indiquent des disparités selon le statut tabagique des interviewés en défaveur des fumeurs (Tableau VI).


**Edith, infirmière en collège et lycée**

« Dans notre collège, il est interdit de fumer. Pourtant, je croise souvent des gamins dans les couloirs qui sentent fortement le tabac : ils se débrouillent toujours pour fumer en cachette. Ils ne contestent pas les dangers du tabac, ils les connaissent même parfaitement. Mais cela ne semble pas les toucher. Il faudrait sans doute imaginer une autre forme de prévention. Je fais évidemment les campagnes de prévention obligatoires : chaque fois c'est la même chose, les élèves font des cocottes en papier avec les petits dépliants

pour attendre la fin de l'heure ! Les adultes doivent aussi se remettre en cause. On interdit aux jeunes de fumer, alors que les profs s'allument une cigarette à peine leur salle de cours quittée ! Il faut être cohérent et savoir ce que l'on veut. Je constate quand même que de plus en plus de jeunes fumeurs sont demandeurs pour s'arrêter. Ayant commencé très tôt, ils commencent à ressentir les effets du tabac, notamment sur le souffle. Cela leur fait peur, surtout pour les sportifs. Je les adresse alors à des centres spécialisés. »

**Tableau V**
**Profil de santé de Duke selon le fait d'être fumeur ou non fumeur**

	Fumeurs	Non-fumeurs
Score de santé physique ▲	72,9	79,8
Score de santé mentale ▲	65,3	72,1
Score de santé sociale ▲	66,9	68,2

▲ Les scores sont d'autant plus élevés que l'on se juge en bonne santé physique, mentale ou sociale.

**Tableau VI**
**Profil de santé de Duke (santé physique et mentale) chez les fumeurs et les non-fumeurs selon le sexe et l'âge**

	Score de santé physique		Score de santé mentale	
	Fumeurs	Non-fumeurs	Fumeurs	Non-fumeurs
<b>Sexe</b>				
Garçons	77,7	83,4	70,7	75,9
Filles	68,2	76,1	59,8	68,0
<b>Âge</b>				
12-14 ans	76,9	81,1	64,2	73,7
15-17 ans	72,5	78,9	64,3	70,4
18-19 ans	72,6	78,5	66,5	71,3

Ainsi, si en général les filles estiment être en moins bonne santé physique et mentale que les garçons, les fumeuses perçoivent cette situation de façon encore plus accentuée que les fumeurs. Par ailleurs, les écarts de scores entre les deux statuts (fumeurs/non-fumeurs) sont plus importants chez les filles que chez les garçons.

Les scores de santé physique décroissent avec l'âge de manière plus sensible chez les fumeurs (76,9 à 12-14 ans contre 72,6 à 18-19 ans), entraînant avec les années des écarts plus conséquents entre fumeurs et non-fumeurs.

Les scores de santé mentale par âge sont plus faibles pour les fumeurs, mais, *contrairement* des non-fumeurs, ils augmentent avec l'âge.

Les différences selon l'âge, le sexe et le statut tabagique des scores de santé sociale ne sont pas significatives.

**La pratique du sport**

Au cours des sept derniers jours, les fumeurs ont fait en moyenne presque une heure et demie de sport en moins que les non-fumeurs (221 minutes contre 303).

Alors que les jeunes fumeurs âgés de 12-13 ans font en moyenne plus de sport que les non-fumeurs, la tendance s'inverse aux âges plus élevés (Figure 23).



Les filles fumeuses ont pratiqué 186 minutes de sport contre 239 pour les filles non fumeuses, cet écart est plus important chez les garçons qui, de manière générale, pratiquent plus de sport (respectivement 257 minutes pour les fumeurs et 364 pour les non-fumeurs).

### Le nombre moyen de repas pris par semaine

Parmi les 12-19 ans, les fumeurs déclarent prendre en moyenne moins de repas par semaine que les non-fumeurs et ce quel que soit le repas de la journée (repas midi : 6,5 vs 6,8 ; repas du soir 6,6 vs 6,8). Cet écart est particulièrement significatif pour le petit déjeuner : 5,2 pour les fumeurs contre 6,0 pour les non-fumeurs (Figure 24).

### Le poids

En comparant les indices de masse corporelle selon le statut tabagique des adolescents, les « obèses » sont moins souvent fumeurs (21,3 % vs 30,3 %), et ceci quel que soit le sexe (Figure 25).

### Les rapports sexuels

La question concernant le fait ou non d'avoir eu des rapports sexuels a été posée aux adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Parmi les fumeurs, plus des deux tiers (69,4 %) déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel vs 34,5 % chez les non-fumeurs. Cette constatation demeure vraie en tenant compte de l'âge.

### Information et désir d'information sur le tabac

Plus d'un tiers (36,2 %) des 12-19 ans déclarent avoir reçu des informations sur le tabac au cours des douze derniers mois. Ils sont significativement moins nombreux chez les fumeurs. Plus de la moitié (61,8 %) des jeunes souhaitent avoir des séances d'informations sur ce sujet. Ils sont là aussi moins nombreux chez les fumeurs (28,0 %). Les filles fumeuses déclarent avoir eu plus d'information sur le tabac dans le passé et

Figure 23

Moyenne hebdomadaire de sport pratiqué par les jeunes selon l'âge et le statut tabagique (en minutes)

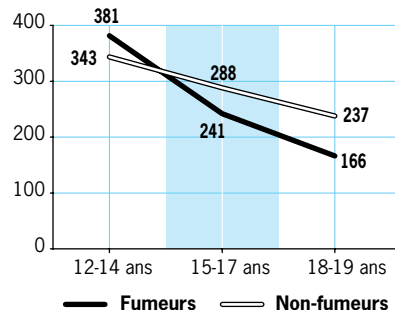


Figure 24

Nombre moyen hebdomadaire de petits déjeuners pris par les jeunes selon le sexe et le statut tabagique

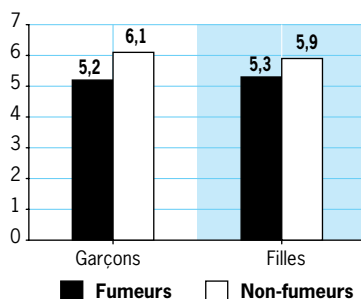
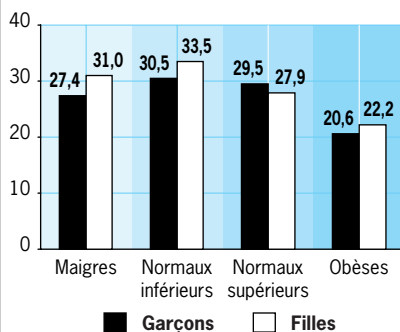


Figure 25

Tabagisme selon le sexe et l'indice de masse corporelle (en pourcentage)







désirent, plus que les garçons fumeurs, en avoir dans le futur.

Globalement, les jeunes reçoivent de plus en plus d'informations jusqu'à 18 ans, âge à partir duquel ils sont moins souvent destinataires d'informations sur le tabac. Par ailleurs, ils expriment, avec l'âge, de moins en moins souvent le désir d'en bénéficier.

## Analyse et synthèse

### Le sexe

Dans les années soixante-dix, les garçons étaient plus nombreux que les filles à se déclarer fumeurs (même de temps en temps). Au cours de la décennie quatre-vingt, cette caractéristique a eu tendance à s'inverser, les filles étant plus nombreuses que les garçons. Aujourd'hui, la différence garçons/filles pour les 12-19 ans fumeurs (« même de temps en temps »), semble avoir disparu.

Le pourcentage de fumeurs réguliers est plus important chez les garçons, mais lorsque les filles sont fumeuses régulières, elles consomment en moyenne la même quantité de tabac que les garçons. L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme n'est pas non plus très différent selon le sexe et l'envie d'arrêter est comparable d'un sexe à l'autre. Si les principales caractéristiques de consommation ne varient pratiquement pas selon le sexe, les rapports à l'autorité en relation avec le tabac (parents, lois) sont assez différents chez les filles et les garçons. Les parents semblent plus autoritaires à l'égard de leurs filles que de leurs garçons et ces derniers déclarent plus transgresser la loi Evin.

C'est dans la population des filles fumeuses (profil de santé de Duke) que les scores les plus bas de santé mentale et physique sont notés. Concernant ce dernier point, les filles fumeuses sont, dans la population adolescente, le public qui déclare le moins pratiquer de sport alors qu'en même temps, elles sont aussi celles qui ont le moins de problèmes de poids (calcul de la masse corporelle à partir de la déclaration de la taille et du poids).

#### Julie, élève de première

« J'ai commencé à fumer il y a déjà deux ans. Au début, c'était pour montrer à tous les copains que j'étais des leurs. Je trouvais aussi amusant de prendre des risques, de transgresser un interdit, de me cacher des parents, d'acheter mes paquets en cachette. Puis petit à petit, sans trop m'en rendre compte, j'ai commencé à fumer de plus en plus de cigarettes dans une journée. Je suis dans un lycée où on a le droit de fumer dans la cour. Je fume entre les cours, à la récré. Ça a été l'engrenage. Le jour où je me suis mise à fumer toute seule chez moi, plus pour épater les

autres mais parce que j'en avais besoin, j'ai compris que j'étais piégée. Même si j'essaye d'arrêter, je n'y arriverai pas : tout le monde fume autour de moi, mes copains, mes parents. Je ne pourrai pas résister à la tentation. Mes parents essaient de me faire peur en me parlant du cancer du poumon. Déjà, ils feraient mieux de s'occuper de leur cas et d'arrêter le tabac. Ensuite, je me dis que je peux mourir de tant d'autres choses ! Vu qu'un cancer des poumons je ne l'attraperai pas avant 40 ou 50 ans, j'ai le temps de voir venir. »

**Etienne, élève de cinquième**

**« Moi je n'ai vraiment pas envie de fumer. Je sais que dans le tabac il y a plein de poisons, notamment du carburant pour fusée. Je n'ai pas envie de m'empoisonner ! Le prof de sciences naturelles avait affiché dans la classe la composition du tabac : tous ces noms compliqués, ça m'a fait peur. Ma mère fumait et elle s'est arrêtée quand elle était enceinte de mon petit frère. Si c'est dangereux pour le bébé, cela peut l'être aussi pour moi. Donc je ne vois pas l'intérêt de fumer. En plus, c'est cher, on dépense beaucoup d'argent, il faut se cacher des parents, des profs : non c'est vraiment trop compliqué ! »**

Enfin, les adolescentes demandent de façon significativement plus importante que les garçons de l'information sur le tabac.

## L'âge

C'est un facteur déterminant dans les habitudes tabagiques puisqu'entre 12 ans et 19 ans, le pourcentage de fumeurs passe de 3 à 51,4 % avec un nombre moyen de cigarettes par jour pour les fumeurs réguliers qui augmente de 6 unités durant cette même période (3,4 à 9,4). L'entrée dans le tabagisme est plus tardive aujourd'hui qu'hier. Ce phénomène pourrait expliquer en partie le fait qu'en moyenne, pour les 12-18 ans, le pourcentage de fumeurs a eu tendance à baisser au fil du temps. Le désir de s'arrêter de fumer s'amointrit avec l'âge tout en restant majoritaire chez les jeunes (plus de 50 %). L'interdiction de fumer des parents est ressentie plus fortement chez les plus jeunes, tout en restant très limitée chez les 12-13 ans fumeurs (selon eux, seulement un quart des parents leur interdit de consommer du tabac). Plus

les adolescents fumeurs sont âgés, moins ils respectent la loi limitant les lieux où il est possible de fumer, sauf chez les très jeunes fumeurs (12-13 ans) qui semblent plus « transgresseurs » que leurs aînés (mais les effectifs sont faibles). Ce sont les garçons de 12-13 ans (fumeurs et non fumeurs) qui pensent le plus souvent que les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent, que l'on est moins bien accepté quand on est fumeur et qu'il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac. Ce comportement moins compréhensible vis-à-vis des fumeurs correspond très certainement à une attitude propre aux pré-adolescents de sexe masculin qui sont encore sur le plan psychologique plus proches de l'enfance que de l'adolescence. La progression de la consommation de tabac avec l'âge se fait souvent de façon concomitante avec celle des autres substances psychoactives (alcool et cannabis).

## Autres caractéristiques

La profession du chef de famille semble jouer un rôle de façon discriminante dans les habitudes tabagiques des jeunes. Ainsi, le pourcentage de fumeurs est significativement plus élevé parmi les enfants dont le chef de famille a une catégorie socio-professionnelle supérieure. En revanche, les enfants fumeurs réguliers dont le chef de famille est ouvrier consomment, en moyenne, le plus grand nombre de cigarettes. Le fait d'avoir un emploi ou non ne semble pas avoir un rôle déterminant sur le pourcentage d'adolescents fumeurs et le nombre moyen de cigarettes consommées.

Ces résultats diffèrent sensiblement d'autres études et de la situation observée dans la population adulte.

Le statut tabagique des jeunes est variable selon le statut familial. C'est dans les foyers monoparentaux et recomposés qu'il y a plus de fumeurs et que les jeunes consomment la plus grande quantité de tabac. C'est aussi dans ce contexte que l'interdiction parentale est ressentie moins fortement.



À partir de 17 ans, les jeunes qui ont déjà redoublé au moins une fois dans leur scolarité sont plus souvent fumeurs.

Le lieu d'habitation (urbain-rural) a peu d'influence sur les habitudes tabagiques sauf dans la région parisienne. Les jeunes fumeurs transgressent plus la loi, mais ces derniers ont sans doute plus l'occasion de le faire que les adolescents habitant dans d'autres villes ou en zone rurale.

### références bibliographiques

1. Baudier F., Grizeau D., Draussin J., Roussille B. *Vingt ans de prévention du tabagisme en France : 1976-1996*. Le Concours médical 1998 ; 120 : 322-6.
2. Baudier F., Guilbert P., Grizeau D., Arwidson P. *La consommation de tabac en France : évolutions récentes dans la population adulte*. BEH 1998 ; 17 : 70-1.
3. Guilbert P., Baudier F., Arwidson P. *Comparaison des résultats d'une enquête en face-à-face avec échantillon par quotas et d'une enquête par téléphone avec échantillon aléatoire sur les comportements et les attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales*. Rev. Epidemiol. Santé publ. (à paraître).
4. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.



# Tobacco

François Baudier, Annie Velter

## the key facts in a few figures...

### Consumption

Among 12 to 19 year-olds, a little over a quarter (28.8%) of young people say that they smoke, if only from time to time (23.6% regularly – at least one cigarette per day and 5.2% occasionally – less than one cigarette per day). This percentage does not vary significantly with gender (whatever the age), but increases considerably with age, so that more than 50% are smokers at 19. The occupation of the head of the family plays a discriminant role in respect of tobacco: the higher the socio-occupational category, the higher the percentage of smokers. Fewer children living with their birth or adoptive parents smoke. From 17 years of age, young people who have had to repeat a year at school at least once in their school career are more likely to be smokers.

Since 1977, a decrease in the percentage of French teenagers saying that they smoke (even occasionally) has been observed. Thus, in 1977, the prevalence of smoking among 12 to 18 year-olds was 46%; in 1997 it was 25.3%. This is true amongst both boys and girls, with a reduction in the difference between the sexes over the years.

For regular or occasional smokers, av-

erage consumption is 6.8 cigarettes per day, 21.1% of regular smokers smoke more than 10 cigarettes per day. In this group, average daily consumption increases significantly and steadily with age (with no difference between the sexes). Thus consumption doubles between the age of 14 (3.8 cig./day) and 17 (8.3 cig./day). In children who are regular smokers and whose father is an unskilled or semi-skilled worker, the average number of cigarettes smoked per day is much higher than in the rest of the population. On the other hand, young regular smokers who live with both their birth or adoptive parents consume less than the others.

### Starting smoking

On average, 12-19 year olds had been smoking for a little over two years (28 months) at the time of the survey and those who stated they smoke regularly had been doing so for a little over one year (15 months). When the average age of introduction to smoking is compared over time, it is observed that smoking starts later. In 1997, for 12 - 19 year olds, this age was 15.1, with a significant difference between the sexes, with boys start-



ing smoking a little later than girls (15.3 years v 15.0 years).

### Changes in behaviour

Over the last year, a little over a third of young smokers (38.5%) had not changed their consumption pattern; 13.0% had started smoking and 4.8% had stopped. Other teenagers had modified their smoking behaviour in the following way: increased (17.1%), cut down (34.2%), lighter cigarettes (13.4%), stronger cigarettes (5.3%), pipe or cigars (0.8%). More than half of young smokers hope to stop (54.3%). This intention reduces with age and does not differ between boys and girls.

### Parental attitudes and consumption

At 12-13 years of age, fewer than half (44.6%) of parents forbid their children to smoke. The likelihood of parental prohibition is greater amongst non-smoking children regardless of the teenager's sex and age. Overall, girls are more likely to be forbidden to smoke. This pressure reduces with age in both sexes. The prohibition is stronger when the children are living with both their parents. In more than three-quarters of cases (78%) at least, one of the parents knows that their child smokes. This knowledge increases with age and is more likely to be the case with boys. When the parents are smokers, their children are more likely to be regular smokers.

### Obeying the law

More than a third (34.0%) of young smokers state that they break the law at school or university (21.5% in the workplace for those who have a job or who are in training). 33.9% break the law in bars, 30% in enclosed public places, 15.9% in restaurants and 11.6% on public transport. Girls, the under fifteens and occasional smokers overall break the law less.

### Views about tobacco

A very large majority of young people

(82.4%) think that smokers are dependent on tobacco in the same way as on a drug. They are also almost unanimous (91.5%) in saying that smokers are responsible for their own health problems. Only one young person in five (20.3%) thinks that smoking helps you be more at ease in a group. A little over a quarter (27.8%) of teenagers think that at the present time, you are less well accepted if you smoke. There is no difference of opinion between smokers and non-smokers. More than half of young people (58.4%) think that it is right to increase taxes on tobacco. Less than half this number of smokers hold this view. A majority of young people (53.3%) think that there is a sort of war between smokers and non-smokers. Smokers are more sensitive to this perception.

### Comparison with other dependencies

Among smokers:

- almost half (44.5%) state they have consumed an alcoholic drink at least once a week during the previous year. One third of this number (14.3%) of non-smokers report this behaviour.
- almost two thirds (60%) say they have been drunk at some time. One quarter of this number (15.1%) of non-smokers report this behaviour.
- more than half (52.4%) have taken cannabis at least once in their life. One quarter of this number (11.9%) of those who do not smoke tobacco report this behaviour.

### Comparison with other health criteria

The Duke health profile provides information about perceived health and quality of life among young smokers and non-smokers. The physical and mental health scores in particular are less good for smokers. Over the last seven years, smokers have on average spent almost an hour and a half less time on sport than non-smokers. Among 12-19 year olds, smokers report taking on average fewer meals per week than non-smokers regardless of



which meal of the day. When the body mass indices of teenagers are compared against smoking status, “obese” are less likely smokers (21.3% v 30.3%) regardless of gender. Young smokers aged 15 or more are twice as likely to report that they have already had sexual intercourse (69.4% v 34.5%).

### **Information and the desire for information about tobacco**

More than a third (36.2%) of 12-19 year olds state they have received information about tobacco during the previous twelve months. Significantly fewer smokers report having had such information. More than half (61.8%) of young people would like to have information sessions on this subject. Here too, the number of smokers is much less (28.0%). Girls who smoke report having had more information about tobacco in the past and are more likely than boys who smoke to want such information in the future. Overall, young people receive an increasing amount of information up to the age of 18, from which age information about tobacco is less often targeted at them. Moreover, as they get older they less and less frequently express the desire to benefit from it.













# Drogues illicites

Annie Velter, Jacques Arènes

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Proposition de drogues illicites et de cannabis

Près de la moitié des 15-19 ans (49,0 %) déclarent qu'on leur a déjà proposé de la drogue, 48,0 % du cannabis et 7,1 % une autre drogue. Les garçons sont plus souvent sollicités, de même que les adolescents les plus âgés. Plus de la moitié des jeunes qui se sont vu offrir de la drogue (54,9 %) en ont consommé au cours de la vie.

### Consommation de drogues illicites et de cannabis

Un peu plus d'un quart (28,3 %) des jeunes âgés de 15-19 ans déclarent avoir expérimenté une drogue au cours de leur vie, 22,8 % au cours des douze derniers mois. Le cannabis est le produit principalement consommé : 99,0 % des expérimentateurs au cours de la vie en ont consommé. Parmi l'ensemble des 15-19 ans, 14,2 % ont consommé du cannabis dix fois et plus au cours de la vie. Cette proportion s'élève à 50,7 % chez les usagers de cannabis. L'âge moyen de l'initiation à la consommation de cannabis est de 15,9 ans.

### Profil sociodémographique lié à la consommation de cannabis

La consommation de cannabis est forte-

ment liée au sexe : 32,7 % des garçons ont expérimenté ce produit au cours de la vie vs 23,5 % des filles. L'âge est également un facteur discriminant : si 11,5 % des adolescents âgés de 15 ans ont déjà expérimenté du cannabis au cours de la vie, ils sont 41,8 % à 19 ans. La proportion des jeunes ayant expérimenté l'usage du cannabis est d'autant plus importante que la zone d'habitat est peuplée. La profession du chef de famille joue également un rôle : plus la catégorie socioprofessionnelle est élevée, plus le pourcentage d'expérimentateurs est important : un peu moins de la moitié (40,7 %) des jeunes dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure a consommé au cours de la vie du cannabis, alors qu'un enfant d'ouvrier sur cinq (19,6 %) est dans ce cas. Les jeunes vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) déclarent moins fréquemment avoir consommé du cannabis au cours de la vie que les autres adolescents.

### Profil comportemental lié à la consommation de cannabis

Les trois quarts des expérimentateurs (74,7 %) déclarent fumer, même de temps



en temps, du tabac. Parmi les expérimentateurs, plus de la moitié (57,7 %) indiquent avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année vs 22,5 % chez les non-consommateurs de cannabis. 78,8 % des expérimentateurs déclarent avoir été ivres au cours de leur vie vs 26,3 % pour les autres.

Au cours des sept derniers jours, les expérimentateurs de cannabis ont en moyenne pratiqué une demi-heure en moins de sport que les abstinents. Après ajustement sur l'âge et le sexe, plus de la moitié des expérimentateurs de cannabis (54,0 %) déclarent avoir un(e) petit(e) ami(e) vs 41,5 % pour les jeunes qui ne consomment pas. La même proportion d'expérimentateurs déclare n'avoir rien fait de risqué pour le plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours (69,8 %), vs 87,1 % chez les abstinents.

#### **Attitude parentale face à la consommation de cannabis**

Plus de la moitié (52,2 %) des parents interdisent à leurs enfants de consommer du cannabis. Cette attitude est d'autant plus marquée envers les filles, les jeunes adolescents, les enfants vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) et ceux n'ayant pas expérimenté ce produit. Près des deux tiers des jeunes usagers de cannabis (62,3 %) déclarent qu'aucun de leurs parents n'a connaissance de leur consommation.

#### **Opinions sur les drogues**

Plus des trois quarts des adolescents âgés de 12-19 ans (77,1 %) pensent que les toxicomanes sont avant tout des malades. La majorité d'entre eux (93,2 %) déclare que les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux. 75,7 % des jeunes s'accordent à dire que les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive. Deux adolescents sur trois (66,4 %) affirment que les toxicomanes sont agressifs et dangereux, alors que 60,2 % ne sont pas d'accord avec l'affirmation que les toxicomanes doivent être

punis. Une très grande majorité des adolescents (80,9 %) est réticente à la mise en vente libre des drogues douces.



Le fait d'inclure ce chapitre dans l'ensemble des « consommations de substances psychoactives » indique le désir, d'une part, d'inscrire la consommation ou l'expérimentation de ce que l'on appelle communément « drogue » dans le cadre des autres dépendances et, d'autre part, d'éviter d'évoquer le terme de « toxicomanie » face à la très grande diversité des usages quand il s'agit de substances illicites. Dans ce type d'enquête téléphonique en population générale, si la consommation de tous les produits est abordée, il est indéniable que les substances dont l'usage engendre la plus grande dépendance ou la plus forte réprobation sociale sont très faiblement représentées au niveau des résultats (cf. Baromètre santé adultes [1]). Il est possible de supposer, d'une part, que la prévalence en est très faible et, d'autre part, que certaines populations concernées ne sont pas facilement accessibles par le média téléphonique. Par ailleurs, une sous-déclaration de ces substances est tout à fait possible. Pour ce qui concerne le cannabis, qui représente la quasi-totalité des consommateurs interrogés dans les Baromètres, la prévalence plus élevée de la consommation annuelle et au cours de la vie

peut permettre un suivi dans le cadre des Baromètres mis en place par le CFES.

La question de la prévalence d'expérimentation ou de consommation de drogues illicites a donc toujours été posée dans les trois premières vagues du Baromètre santé adultes et fait l'objet d'un suivi, notamment

#### Quelques définitions

**Drogues** : Le terme est ici utilisé car il est ainsi proposé au jeune dans le questionnaire. Il s'agit donc des substances psychoactives illicites. Chaque des produits est associé à une période de consommation. « *Au cours de votre vie (au cours des douze derniers mois) laquelle (lesquelles) de ces drogues avez-vous déjà consommées ?* » Suit, dans le questionnaire, la liste des produits possibles, avec pour chaque produit la nécessité de répondre oui ou non : le cannabis, les produits à inhaler, les médicaments pour se droguer, la cocaïne ou le crack, l'héroïne, les hallucinogènes, l'ecstasy, les stimulants et les amphétamines.

**Expérimentation** : consommer au moins une fois une drogue illicite au cours de sa vie.

**Consommation occasionnelle** : consommer au moins une drogue illicite de une à neuf fois au cours de sa vie.

**Consommation dix fois et plus** : consommer au moins une drogue illicite dix fois et plus au cours de sa vie.

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



chez les jeunes adultes, pour la population la plus concernée. Le Baromètre santé jeunes a voulu se situer dans la continuité du Baromètre santé adultes [1] et les questions concernant la consommation de drogues illicites, ainsi que celles abordant les opinions et les attitudes, sont quasiment toutes issues du Baromètre santé adultes. Ainsi, il sera, à chaque fois que possible, fait appel à des comparaisons avec d'autres résultats des Baromètres santé [1]. La présente étude aborde le thème des drogues illicites à travers 16 questions : 1 porte sur les propositions de substances, 7 sur la consommation, 2 sur l'attitude des parents, 6 sur les opinions.

Seules les questions sur les opinions ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, les autres ont concerné les adolescents âgés de 15 à 19 ans (n=2 675).

## Usage de drogues illicites

### Proposition de « drogues » au cours de la vie

Il a déjà été proposé de la drogue (soit gratuitement, soit à la vente) à près de la moitié (49,0 %) des jeunes. Il s'agissait presque exclusivement de cannabis (plusieurs réponses étaient possibles) pour 48,0 % des jeunes. 7,1 % se sont vu offrir une autre drogue. Les caractéristiques sociodémographiques des populations qui se sont vu proposer au moins une drogue et/ou du cannabis sont très proches. Selon les déclarations des adolescents, ces sollicitations sont adressées plus fréquemment aux garçons qu'aux filles (52,5 % vs 45,2 % pour toutes les drogues). Cette différence est particulièrement marquée à 17 et 18 ans (Figure 1).

Les adolescents les plus âgés sont logiquement plus souvent susceptibles de s'être vu proposer une drogue (27,4 % à 15 ans vs plus du double à 19 ans — 60,8 %).

Les jeunes résidant dans des communes rurales ont été moins sollicités que les autres (43,1 % vs 51,0 % pour toutes les drogues, 42,4 % vs 50,0 % pour le cannabis) et plus la taille de l'agglomération est conséquente, plus l'offre est importante.

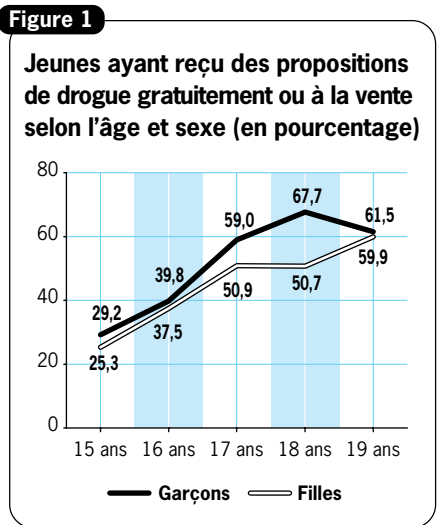
La situation familiale du jeune est également discriminante. Les jeunes vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) se déclarent moins fréquemment sollicités que les autres (45,8 % pour les enfants avec leurs deux parents vs 56,4 % pour les autres — ménage monoparental ou famille recomposée).

La profession du chef de famille de l'interviewé a un lien très net avec la fréquence des propositions de drogue : les enfants dont la personne référente est cadre, exerce une profession intellectuelle supérieure ou une profession intermédiaire sont plus nombreux à s'être vu proposer une drogue.

Parmi les jeunes ayant reçu une offre de drogues, 54,9 % en ont consommé au cours de leur vie. Ils sont 54,3 % à avoir consommé du cannabis et 2,7 % d'autres produits.

### Consommation de drogues illicites

Parmi les 15-19 ans interrogés, plus d'un quart (28,3 %) déclarent avoir expérimenté




**Claire, élève de terminale**

« Au lycée, on trouve de la drogue comme on veut. On sait parfaitement qui en vend. Depuis la seconde, je fume très régulièrement des joints. D'ailleurs, au lycée, tout le monde fume, à de rares exceptions près. On se roule des joints dans la cour de récréation. Les pions sont trop peu nombreux pour nous surveiller de près. Et même, certains d'entre eux fument des joints avec nous. De toute façon, les élèves qui se font prendre sont exclus deux jours et sont inscrits sur la liste des fumeurs de joints. Ça s'arrête là ! À une époque, je m'étais même mise à fumer le soir chez moi. J'ai rapidement arrêté car je n'aime pas les abus, quels qu'ils soient. Je

n'ai eu aucun mal à m'en passer. La dépendance est beaucoup moins forte qu'à la cigarette. En cours je m'ennuie tellement que je fume de temps en temps du hasch avant d'y aller : le temps passe plus vite et je m'amuse bien. Et pour les insomnies dont je souffre régulièrement, c'est radical ! Je considère que fumer du hasch, ce n'est pas pire que l'alcool, au contraire. Moi je ne bois pas d'alcool, je préfère fumer, c'est plus convivial et moins dégradant. Les adultes sont drogués aux somnifères, aux médicaments, à la télé et si on fume un joint, ça les dérange. C'est un comble ! Le cannabis devrait être légalisé et classé en grand cru ! »

une drogue au cours de leur vie. Ils sont 22,8 % à l'avoir fait au cours des douze derniers mois. Il est possible de comparer ces données avec celles d'autres enquêtes. L'étude par quotas de 1996 du CFES<sup>1</sup> montrait une prévalence de 23,7 % au cours de la vie chez les 16-17 ans et de 27,3 % chez les 18 ans. Dans l'enquête menée par l'unité 472 de l'Inserm en 1993 [2], la consommation de « drogue » au cours de la vie s'élevait à 24 % chez les garçons de 16-17 ans et à 39 % chez les garçons de 18 ans et plus. Chez les filles, ces proportions étaient respectivement de 19 % et 22 %. Une enquête réalisée par le Cadis (Centre d'analyse et d'intervention sociologique) en 1997, auprès d'un échantillon national de 5 000 lycéens de 15 à 19 ans [3], indique, quant à elle, que 35,0 % de ces jeunes âgés de 18 ans ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, 36,6 % à 19 ans.

En ce qui concerne le Baromètre santé jeunes, le cannabis est le produit principalement consommé : 28,2 % des jeunes en ont consommé au cours de leur vie et 22,7 % au cours des douze derniers mois.

En faisant figurer sur un même graphique les pourcentages selon l'âge des personnes ayant expérimenté du cannabis des différents Baromètres santé adultes<sup>2</sup> [1, 4] et jeunes (Figure 2), on observe quatre éléments importants :

- Entre 24 et 55 ans, une décroissance de l'expérimentation. Trois hypothèses peuvent expliquer cette tendance :
  - un effet mémoire qui, avec l'âge, influe sur le déclaratif des personnes interrogées,

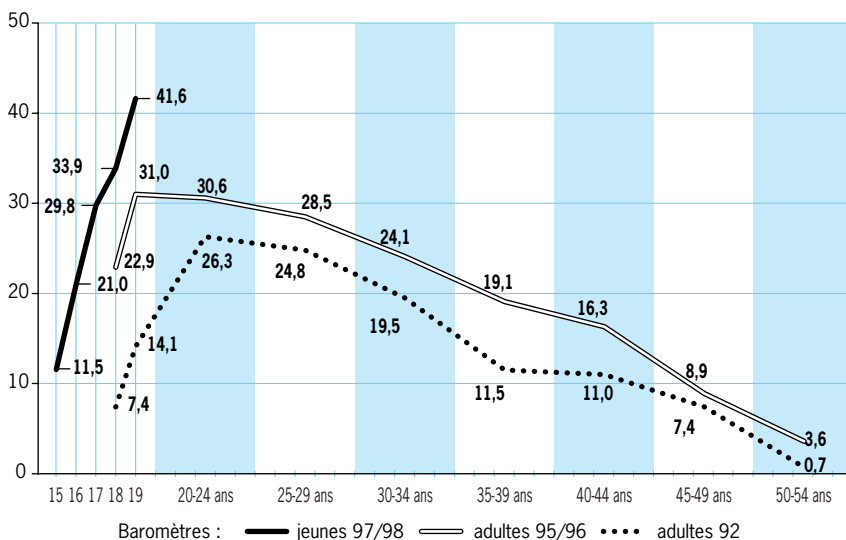
1. En face-à-face auprès de 1 018 jeunes. La question était : « Personnellement, vous est-il déjà arrivé de fumer de l'herbe ou un joint ? ». Cette enquête ne concernait que le cannabis, mais il est néanmoins possible d'effectuer des comparaisons, étant donné la très faible différence — dans l'échantillon du Baromètre santé jeunes — entre le taux de jeunes consommant du cannabis et celui d'adolescents ayant expérimenté plus largement une drogue quelle qu'elle soit.

2. Pour le Baromètre santé jeunes, le taux de consommateurs est indiqué par âge. Pour le Baromètre santé adultes, pour les 20 ans et plus, le taux de consommateurs a été calculé par classes de cinq ans (20 à 24 ans ; 25 à 29 ans...). Le taux a été indiqué en regard du milieu de la classe (22 ans, 27 ans...). Seuls les moins de 20 ans (18 et 19 ans) du Baromètre santé adultes ont donné lieu à deux classes à part pour comparaison avec le Baromètre santé jeunes.



**Figure 2**

**Expérimentateurs de cannabis au cours de la vie selon l'âge et les différents baromètres (en pourcentage)**



même si cela semble improbable concernant des générations pour lesquelles le haschich n'était pas banalisé ;

- une sous-déclaration liée à la moindre désirabilité sociale du cannabis pour les mêmes générations ;

- une exposition au cannabis moins importante pour ces générations plus âgées.

- Dans les jeunes âges, les courbes atteignent leur maximum entre 20 et 25 ans pour les Baromètres santé adultes de 92 [4] et 95/96 [1].

- Une augmentation de l'expérimentation de cannabis au cours de la vie entre 15 et 20 ans :

- entre 15 et 19 ans, le Baromètre santé jeunes indique une augmentation extrêmement rapide : la proportion d'expérimentateurs passe de 11,5 % à 41,6 % ;

- pour les 18-19 ans, représentés à la fois dans les Baromètres santé jeunes et adultes, on observe cette même tendance à l'accroissement de l'expérimentation. Toutefois, les proportions sont moins élevées dans le Baromètre santé adultes (41,6 %

des personnes interrogées âgées de 19 ans en 1997 déclarent avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, 31 % en 1995 [1], 14,1 % en 1992 [4]).

- Le fort accroissement de l'expérimentation entre les différents Baromètres laisse supposer une diffusion et une banalisation de l'usage de cannabis chez les générations les plus jeunes par rapport aux générations les plus anciennes. Cet effet de diffusion est visible dans un intervalle de temps assez bref.

L'étude de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois montre des tendances similaires à celles des expérimentateurs (Figure 3).

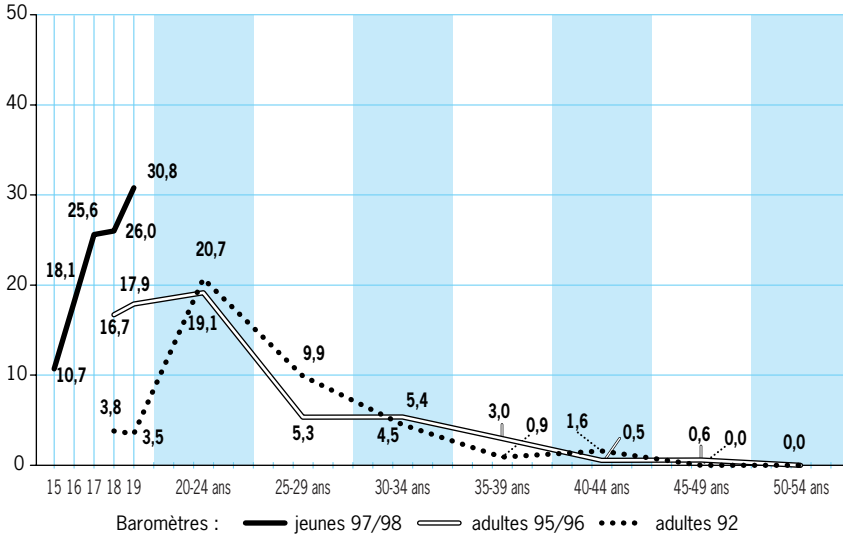
La consommation de cannabis au cours des douze derniers mois augmente entre 15 et 20-25 ans, puis diminue progressivement pour être nulle après 50 ans. Le taux de consommateurs s'accroît particulièrement rapidement, passant de 10,7 % à 30,8 % entre 15 et 19 ans dans le Baromètre santé jeunes. Un effet génération est perceptible pour les tranches 18-19 ans. Les proportions





Figure 3

### Consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois selon l'âge et les différents Baromètres santé (en pourcentage)



de consommateurs étant inférieures en 1992 à ce qu'elles étaient en 1995, qui elles-mêmes sont très inférieures aux proportions déclarées dans le Baromètre santé jeunes (respectivement pour les 19 ans : 3,5 % en 1992 [4], 17,9 % en 1995 [1] et 30,8 % en 1997).

Les autres produits sont très peu expérimentés selon les déclarations des jeunes : 1,6 % des 15-19 ans au cours de leur vie. Les hallucinogènes, l'ecstasy et les produits à inhaler sont les principales substances expérimentées (Tableau I).

Parmi les jeunes ayant consommé une drogue au cours de la vie, 99,0 % ont consommé du cannabis. Ils sont 19,4 % à ne pas avoir renouvelé l'expérience au cours des douze derniers mois.

L'âge moyen de l'initiation est de 15,9 ans pour le cannabis, sans différence entre garçons et filles. Cet âge passe de 16,2 ans pour l'usage de médicaments « pour se droguer » à 17,5 ans pour la cocaïne ou le crack (les effectifs concernant les drogues illicites autres que le cannabis sont très faibles).

Tableau I

### Les différentes drogues illicites consommées durant la vie et au cours des douze derniers mois (n=2 675 ; en pourcentage)

	au cours de la vie	au cours des douze derniers mois
Cannabis	28,2	22,8
Produit à inhaler	0,7	0,3
Médicaments pour se droguer	0,3	0,1
Cocaïne ou crack	0,3	0,1
Héroïne	0,1	0,0
Hallucinogènes	1,1	0,7
Ecstasy	0,9	0,5
Stimulants	0,2	0,1
Autres	0,1	0,1

La proportion de jeunes ayant consommé du cannabis dix fois et plus au cours de la vie représente 14,2 % de l'ensemble des 15-19 ans. Cependant, plus de la moitié



des usagers de cannabis (50,7 %) en ont consommé dix fois et plus au cours de la vie. La proportion est un peu moins importante (47,5 %) parmi ceux qui ont consommé au cours des douze derniers mois. Parmi les jeunes ayant une consommation égale ou supérieure à dix fois au cours de la vie, 80,6 % ont consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois. Au vu des effectifs extrêmement faibles des expérimentateurs de drogues autres que le cannabis, seule la consommation de cannabis sera exposée dans la suite de ce chapitre.

### Profil sociodémographique lié à la consommation de cannabis

La consommation de cannabis est fortement liée au sexe : les garçons sont plus

nombreux à avoir fait cette expérience au cours de la vie. En effet, ils sont 32,7 % vs 23,5 % chez les filles. Au cours des douze derniers mois, 27,8 % des garçons et 17,4 % des filles ont consommé du cannabis. Parmi les expérimentateurs de cannabis au cours de la vie, la part des garçons s'élevé à 59,4 %. Cette prédominance masculine s'accroît chez les consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois (62,7 %).

L'âge est également significativement discriminant. Plus les jeunes sont âgés, plus ils ont consommé du cannabis au cours de leur vie. En effet, 11,5 % des jeunes âgés de 15 ans ont consommé du cannabis au cours de la vie vs 41,8 % à 19 ans (Figures 4 et 5).

Il est possible de considérer les taux d'adolescents expérimentateurs (ayant consommé au cours de la vie) qui ont effectivement

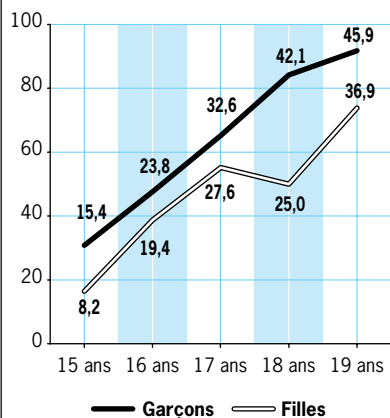
#### Aline, infirmière en collège

« Certains élèves arrivent parfois en cours dans des états étranges. Il est clair que certains ont fumé du haschisch avant de venir au collège. Ceux-là cherchent évidemment plutôt à m'éviter. Mais il m'arrive quand même d'en voir arriver à l'infirmerie, amené par les copains qui prennent peur quand l'un d'eux tombe en délire ou prend un malaise. Car on dit toujours que le hasch est une drogue douce, n'empêche que sur un jeune vulnérable et fragile, les effets de décompensation peuvent être sérieux. Les urgences psychiatriques accueillent régulièrement des jeunes en état de délire grave après avoir abusé de haschisch. Ceux qui fument régulièrement, plusieurs fois par semaines, doivent aussi savoir que cela finit par atteindre les capacités intellectuelles, de concentration, de mémorisation. Au fil du temps, il y a forcément des incidences au niveau

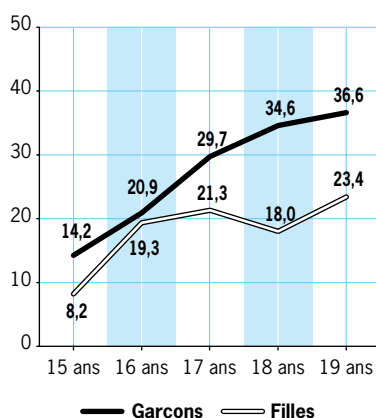
des résultats scolaires. Il peut aussi y avoir d'autres conséquences, comme une grande agressivité par exemple. Pour moi, ces jeunes qui fument régulièrement, cherchent une réponse à leur mal-être. Le danger, c'est que justement la drogue leur donne l'illusion de résoudre momentanément tous leurs problèmes existentiels. Voilà pourquoi ils recommencent. De notre côté, nous ne parvenons pas à trouver des réponses adéquates. Récemment, une quantité importante de drogue a été trouvée dans le cartable d'un élève. Le gamin a été exclu définitivement de l'établissement. C'était un gros consommateur et en même temps un dealer. On l'a écarté de la communauté scolaire pour protéger les autres. C'est vrai que cela n'est pas satisfaisant, mais on n'a pas trouvé de solution idéale. »

**Figure 4**

### Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

**Figure 5**

### Prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



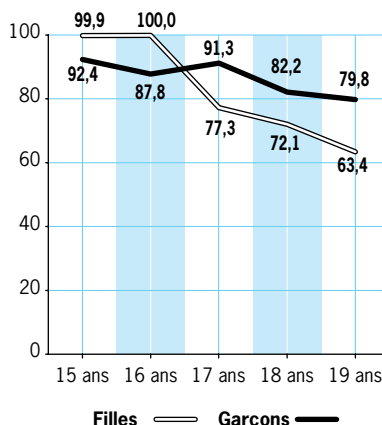
consommé au cours de l'année (Figure 6). Jusqu'à 17 ans, les expérimentateurs au cours de la vie et des douze derniers mois sont en très grande partie les mêmes ; ce sont les âges de la mise en place de comportements d'essai qui demeurent parfois isolés. Cette proportion diminue aux âges suivants. Ainsi, parmi les expérimentateurs de cannabis, 96,4 % en ont consommé au cours des douze derniers mois à 15 ans. À 17 ans, ils sont 85,0 % et à 19 ans, 73,4 %, à avoir renouvelé cette expérience au cours de l'année.

Après 17 ans, les filles sont plus souvent des expérimentatrices sans renouvellement que les garçons. Le terme de « conduite d'essai » est pour elles beaucoup plus adapté. Ainsi, parmi les filles âgées de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de la vie, 77,3 % en ont fait usage au cours des douze derniers mois vs 91,3 % chez les garçons du même âge. À 19 ans, cette proportion passe à 63,4 % pour les filles et 79,8 % pour les garçons.

Le lieu de résidence des jeunes fait apparaître des différences significatives : 23,3 % des résidents en commune rurale ont ex-

**Figure 6**

### Expérimentateurs de cannabis au cours de la vie ayant consommé au cours de l'année selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



périmenté du cannabis au cours de la vie vs 29,9 % pour les habitants d'un autre type de commune et 37,2 % des adolescents habitant en agglomération parisienne. Les



écarts de consommation entre les différentes tailles d'agglomération sont à mettre en perspective avec les propositions de drogues illicites (Figure 7).

En considérant le ratio rapportant les proportions de jeunes déclarant avoir consommé du cannabis au cours de la vie à ceux ayant reçu des propositions de cannabis, on s'aperçoit que celui-ci est notablement plus important pour les villes de plus de 200 000 habitants et l'agglomération parisienne. La consommation ne suit donc pas strictement l'offre. L'usage de drogues illicites serait encore plus important dans les grandes villes quand on le rapporte à la proposition.

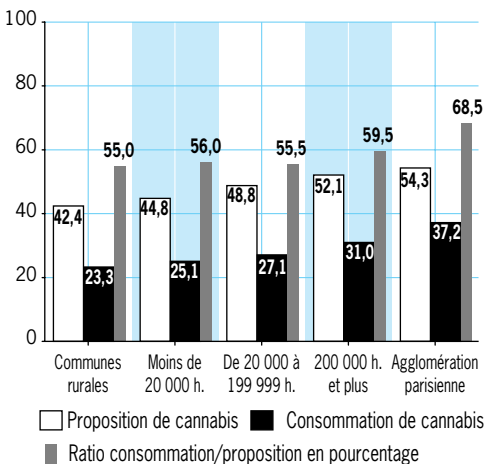
Il est possible de faire l'hypothèse que les différences de consommation observées dans ces grandes agglomérations sont en relation avec le fait que les catégories socioprofessionnelles supérieures sont plus représentées (par exemple, un taux d'enfants de cadres plus important). Les résultats de l'ajustement sur les catégories so-

cioprofessionnelles et le type d'habitat valident ce postulat. En effet, l'expérimentation de cannabis est liée à la profession du chef de famille (Tableau II) : 40,7 % des 15-19 ans issus d'un foyer dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure ont consommé du cannabis au cours de la vie et 33,2 % pour les enfants de professions intermédiaires. Pour ces catégories socioprofessionnelles, plus de 80 % de ces usagers ont renouvelé leurs expériences au cours des douze derniers mois, respectivement : 86,5 % et 82,2 %. Moins d'un enfant d'ouvrier sur cinq indique avoir consommé du cannabis au cours de la vie.

Cette observation pourrait s'expliquer pour partie par une sous-déclaration de la consommation de cannabis dans des milieux sociaux où cet usage semble moins banalisé que dans d'autres et pour autre partie par la question du coût de cette substance. En tenant compte de l'âge et du sexe, la relation entre la situation professionnelle du chef de famille et la consommation de cannabis de l'adolescent reste significative. Les adolescents issus de familles recomposées déclarent avoir plus souvent consommé de cannabis au cours de la vie que ceux vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) (40,1 % vs 25,1 %). Les différences ne sont pas significatives pour la consommation dans les douze derniers mois (mais les effectifs sont faibles). Les fréquences de consommation déclarées de cannabis sont fonction du sexe et de l'âge des expérimentateurs. Ainsi, de manière générale, 58,6 % des garçons expérimentateurs ont consommé dix fois et plus du cannabis au cours de la vie vs 38,9 % chez les filles. En revanche, elles sont plus nombreuses que leurs homologues masculins à en avoir fait usage de une à deux fois (respectivement 37,0 % vs 21,8 %). Il y a une augmentation importante du pourcentage de jeunes ayant consommé dix fois et plus du cannabis au cours de la vie à partir de 17 ans (53,9 % vs 28,6 % à 15 ans). La Figure 8 présente la combinaison des deux variables sexe et âge.

Figure 7

Jeunes s'étant vu proposer du cannabis et ayant consommé au cours de la vie selon la taille d'agglomération de résidence (en pourcentage)





Le « refus » de consommation chez les jeunes à qui une proposition de cannabis a été faite au cours de la vie a été étudié. Même si la consommation ne se situe pas nécessairement au même moment que la proposition, il est possible de faire l'hypothèse qu'un jeune à qui a été proposé du

cannabis mais qui ne l'a pas expérimenté au cours de la vie, a en quelque sorte « refusé » implicitement cette offre. Ainsi, 50,3 % des filles à qui le cannabis a été proposé ont « refusé » de l'expérimenter vs 39,9 % des garçons. Plus les adolescents avancent en âge, moins ils « refusent » le cannabis. Les enfants vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) refusent plus que les autres et ce, en tenant compte de l'âge et du sexe (47,7 % vs 40,0 % pour les jeunes issus d'une famille monoparentale et 30,0 % d'une famille recomposée). Après ajustement sur l'âge, la proportion de refus diffère selon la catégorie socio-professionnelle du chef de famille : les enfants d'agriculteurs et d'ouvriers sont plus nombreux à refuser d'expérimenter une drogue lorsqu'ils ont été sollicités, alors que les jeunes dont les parents exercent une profession intellectuelle supérieure acceptent plus souvent (Figure 9).

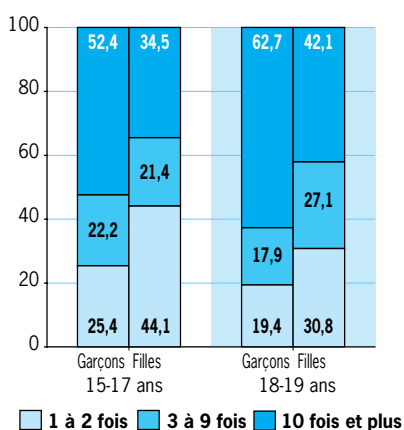
**Tableau II**

**Expérimentateurs de cannabis selon la profession du chef de famille au cours de la vie et des douze derniers mois (en pourcentage)**

	au cours de la vie	au cours des douze derniers mois
Agriculteurs	17,8	12,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	30,3	23,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	40,7	35,2
Professions intermédiaires	33,2	27,9
Employés	29,9	23,8
Ouvriers	19,6	15,7

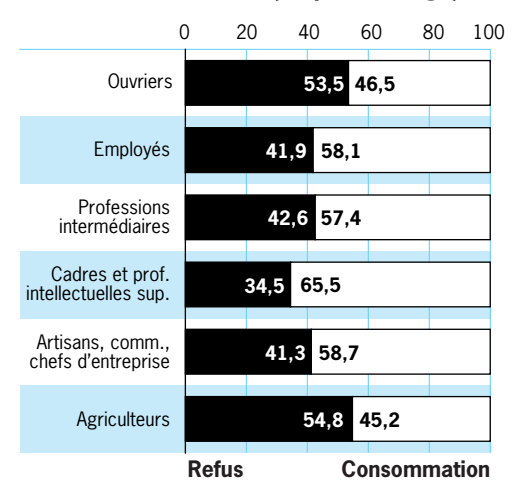
**Figure 8**

**Jeunes ayant consommé du cannabis au cours de la vie selon la fréquence de consommation, l'âge et le sexe (en pourcentage)**



**Figure 9**

**Refus ou expérimentation de cannabis des jeunes qui ont été sollicités pour consommer ce produit selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille (en pourcentage)**





## Profil comportemental lié à la consommation de cannabis

### Les autres comportements de dépendance

#### Tabac

Les trois quarts des expérimentateurs de cannabis (74,7 %) déclarent fumer du tabac ne serait-ce que de temps en temps. Les non-consommateurs sont presque trois fois moins nombreux à fumer (26,5 %). Cette tendance reste vraie quels que soient l'âge et le sexe. Les expérimentatrices sont d'ailleurs plus nombreuses à fumer du tabac que les expérimentateurs (77,8 % vs 72,4 %).

#### Alcool

Parmi les expérimentateurs, plus de la moitié (57,7 %) déclarent avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année vs 22,5 % chez les non-consommateurs de cannabis. Les expérimentateurs de cannabis sont plus nombreux à consommer

régulièrement de l'alcool que les autres garçons (66,3 % vs 30,8 %) ; cette différence est toute aussi marquée qu'entre les expérimentatrices et leurs homologues abstinentes (45,1 % vs 14,8 %). Cependant, l'association des deux produits reste un comportement plutôt masculin.

Quel que soit l'âge, l'usage de cannabis est lié à la consommation régulière d'alcool (Figure 10). De plus, 78,8 % des expérimentateurs déclarent avoir été ivres au cours de leur vie vs 26,3 % pour les autres.

### Les autres critères de santé

#### Évaluation de la santé globale perçue par le profil de santé de Duke

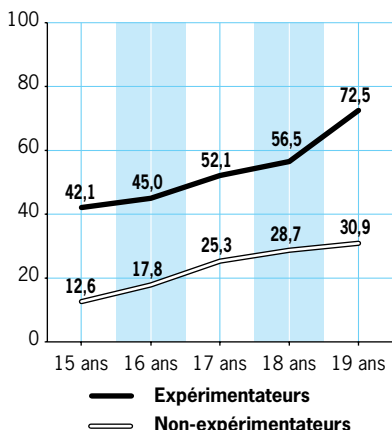
Les différents scores de qualité de vie au profil de santé de Duke indiquent que les expérimentateurs se déclarent en moins bonne santé générale, physique et perçue.

	Expérimentateurs	
	Oui (n=753)	Non (n=1 922)
Score de santé physique ▲	71,4	78,2
Score de santé mentale ▲	64,5	70,2
Score de santé perçue ▲	72,1	76,8

▲ Les scores sont d'autant plus élevés que l'on se juge en bonne santé physique, mentale ou perçue.

Figure 10

Jeunes consommant de l'alcool au moins une fois par semaine selon l'âge et le fait d'expérimenter ou pas du cannabis (en pourcentage)



#### La pratique du sport

Au cours des sept derniers jours, les expérimentateurs de cannabis ont en moyenne pratiqué une demi-heure en moins de sport que les abstinents (223 minutes vs 251). Tout comme pour le tabac, les très jeunes expérimentateurs font en moyenne significativement plus de sport que les non-expérimentateurs ; avec l'âge, ce constat s'inverse (Figure 11).

Les différences entre les deux sexes se creusent en fonction du fait de consommer ou pas. Les garçons expérimentateurs pratiquent 38 minutes en moins par semaine que les abstinents et les filles expérimentatrices 45 minutes en moins.

#### La vie affective

Plus de la moitié des expérimentateurs de



Figure 11

**Temps moyen de sport pratiqué par semaine selon l'âge et le statut d'expérimentation du cannabis (en minutes)**

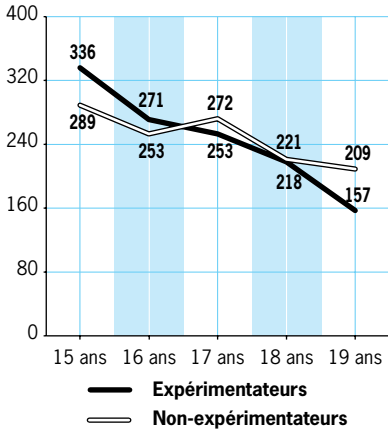
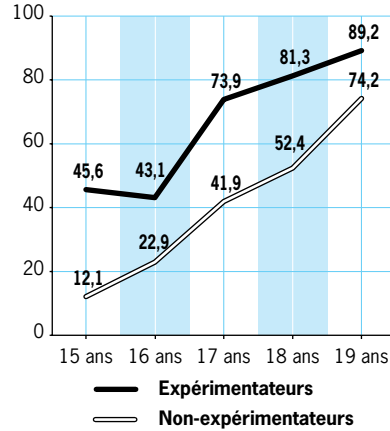


Figure 12

**Jeunes déclarant avoir eu des rapports sexuels selon l'âge et le statut d'expérimentation du cannabis (en pourcentage)**



cannabis (54,0 %) déclarent avoir un(e) petit(e) ami(e) vs 41,5 % pour les jeunes qui n'ont pas expérimenté. Cette relation est indépendante de l'âge et du sexe.

Trois expérimentateurs sur quatre (73,9 %) ont déjà eu des rapports sexuels vs un peu plus d'un abstinent sur trois (38,6 %). Les filles et les garçons expérimentateurs ont plus souvent eu des rapports sexuels que les autres et ce dans les mêmes proportions pour les deux sexes. Si l'écart entre les deux populations est très important pour les très jeunes, il s'amointrit avec l'âge (Figure 12).

### La prise de risque

Alors que parmi les abstinentes, 12,9 % déclarent avoir pris des risques pour le plaisir ou par défi, les expérimentateurs sont plus nombreux à être dans ce cas (30,2 %). Cette différence reste vraie en tenant compte de l'âge et du sexe. Les consommateurs prennent plus de risques en matière de santé (75,4 % vs 24,6 %), de conduite motorisée (58,0 % vs 42,0 %) et de non-usage du préservatif (73,3 % vs 26,7 %).

## Attitude des parents (d'après les jeunes)

Dans l'ensemble, les parents ont une attitude plutôt prohibitrice, plus de la moitié (52,2 %) interdisant à leurs enfants de consommer du cannabis.

Les parents adoptent plus significativement cette attitude avec les filles et les très jeunes adolescents (Figure 13). Dans d'autres domaines aussi, le contrôle — voire l'interdiction — parental s'exprime différemment selon l'âge et le sexe, les jeunes filles faisant l'objet, par exemple, d'un contrôle des horaires beaucoup plus strict que les garçons jusqu'à leur majorité (cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes). L'âge à la majorité semble impliquer un changement dans l'attitude des parents : un dialogue s'amorce sur ce sujet et l'interdiction cède la place à la notion de « préférence » que le jeune ne consomme pas (14,4 % à 15 ans vs 33,2 % à 19 ans), aussi bien pour les garçons que pour les filles.



Les enfants vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) se voient plus souvent interdire la consommation de cannabis que les enfants de familles recomposées et monoparentales (55,1 % pour le premier type de foyer vs 43,1 % pour les autres).

L'attitude « répressive » déclarée est accentuée chez les parents d'adolescents n'ayant jamais expérimenté du cannabis au cours de la vie (Tableau III).

L'attitude parentale dans les familles d'adolescents ayant expérimenté du cannabis une à deux fois est très proche de celle des parents de jeunes « abstinents » : 56,2 % des parents interdisent l'usage du cannabis. En revanche, les parents dont les enfants ont consommé du cannabis dix fois et plus ont une attitude différente — selon les enfants eux-mêmes — de ceux dont les enfants ont consommé moins de dix fois : 34,8 % préfèrent qu'ils n'en prennent pas et 31,4 % de ces jeunes ne connaissent pas l'avis de leurs parents.

Ainsi, la consommation de cannabis reste un sujet peu abordé au sein des familles quel que soit le statut d'expérimentation du jeune : plus d'un adolescent sur cinq (23,6 %) déclarent ne pas connaître l'avis de ses parents (concernant la consommation de tabac, 10,1 % des 15-19 ans sont dans ce cas). Cette observation est d'autant plus vraie pour les enfants vivant au sein d'une famille recomposée ou monoparentale (respectivement 28,8 % et 26,4 % vs 22,5 % pour les autres familles). Par ailleurs, près d'un tiers des jeunes ayant consommé du cannabis dix fois et plus déclarent ne pas connaître l'avis de leurs parents et ce quel que soit l'âge, les filles étant plus nombreuses à le déclarer (39,0 %).

Près des deux tiers (62,3 %) des jeunes qui fument du cannabis le font sans qu'aucun des deux parents ne soit au courant. Chez 12,2 % d'entre eux, l'un des deux parents en aurait connaissance et, dans 25,5 % des cas, il s'agirait des deux parents. Les filles déclarent davantage que les garçons une consommation à l'insu des parents (67,6 % vs 58,7 %). Les plus jeunes se comportent

Figure 13

**Jeunes déclarant que leurs parents leur interdisent de prendre du cannabis selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**

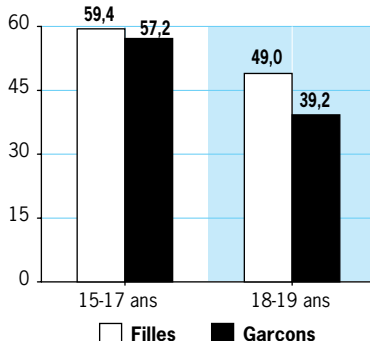


Tableau III

**Attitude des parents par rapport au cannabis selon l'expérimentation ou non de cette substance au cours de la vie par les adolescents (en pourcentage)**

	Expérimentateurs de cannabis	
	Oui (n=754)	Non (n=1 918)
Ils vous interdisent de consommer du cannabis	38,2	57,6
Ils préfèrent que vous ne consommiez pas de cannabis	28,8	19,9
Ils sont indifférents au fait que vous consommiez du cannabis	2,8	0,5
Ils sont d'accord pour que vous consommiez du cannabis	2,1	0,1
Vous ne connaissez pas leur avis sur le sujet	28,1	21,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

de manière similaire (80,4 % à 15 ans vs 52,6 % à 19 ans).

La perception par les jeunes de la connaissance qu'ont leurs parents de cet usage varie selon la fréquence de consommation





de cannabis au cours de la vie. Trois parents de consommateurs occasionnels (de une à neuf fois dans la vie) sur quatre ne seraient pas au courant (75,2 %), alors qu'un parent sur deux serait dans ce cas lorsque le jeune a consommé du cannabis dix fois et plus. Pour 35,0 % de ces derniers, les deux parents sont informés. Si cette différence entre consommateurs « occasionnels » et « réguliers » existe aussi dans les âges plus élevés, elle est néanmoins moins marquée.

La presque totalité des jeunes usagers de cannabis déclarent qu'aucun des parents ne fument du cannabis (99,1 %).

## Opinions sur la toxicomanie

Les questions d'opinions sont issues du Baromètre santé adultes [1] et permettent ainsi une comparaison des jeunes avec leurs aînés.

Plus des trois quarts des 12-19 ans (77,1 %) disent être d'accord (« tout à fait » et « plutôt d'accord ») avec l'affirmation que « *les toxicomanes sont avant tout des malades* ». Cette opinion varie peu selon le sexe et l'âge des interviewés. Logiquement, les jeunes ayant expérimenté du cannabis au cours de la vie sont significativement moins nombreux à adhérer à cette idée (68,0 % vs 78,6 %).

La grande majorité des adolescents (93,2 %) est d'accord avec l'affirmation que « *les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux* », et ce quels que soient l'âge et le sexe, même si les filles sont plus sensibilisées à cet aspect médical (94,3 % vs 92,1 %). Les jeunes âgés de 15-19 ans qui se sont vu proposer, au cours de la vie, au moins une fois du cannabis et ceux ayant déjà expérimenté ce produit ne diffèrent pas des autres quant à cette opinion.

Trois adolescents sur quatre (75,7 %) s'accordent à dire que « *les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive* ». Les filles et les classes d'âge les plus avancées

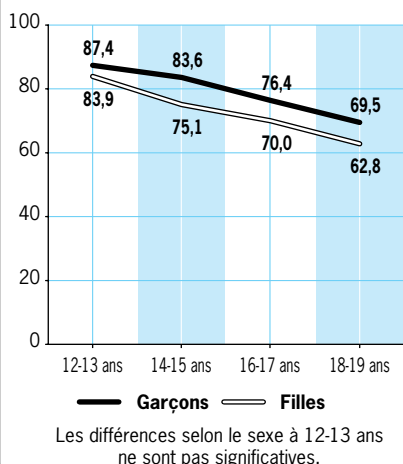
### Laure, maman de deux filles de 18 et 21 ans

« Mes filles ont eu des adolescences très difficiles. Surtout la seconde qui a malheureusement rencontré la drogue. Elle était au bord du précipice et il ne fallait pas qu'elle tombe. Et la seule personne qui pouvait la récupérer, c'était moi. J'ai levé le pied professionnellement, car il fallait que je sois là, ne pas la lâcher, ne pas l'abandonner. Ça a été autant de boulot et de préoccupations qu'un nouveau-né. Elle a commencé à fumer du haschisch au lycée, puis elle a essayé tout ce qui passait. J'ai les yeux en face des trous, je m'en suis rapidement rendue compte. Je lui en ai tout de suite parlé. Elle n'a pas cherché à le cacher. Je suis

séparée de mon mari mais on a fait face à deux. Tous ensemble, on est allé consulter un spécialiste. Elle a accepté de suivre une thérapie. Elle avait une très bonne amie qui avait un petit copain dealer. Je suis allée voir la mère de la fille qui a refusé de me croire. Je me suis donc débrouillée toute seule : j'ai éloigné ma fille des mauvaises fréquentations en la retirant du lycée parisien qu'elle fréquentait, pour la mettre dans un internat en province. Aujourd'hui, elle semble tirée d'affaire mais elle revient de loin. Je crois sincèrement que c'est moi qui l'ai tenue, par mon amour, ma présence de tous les instants. »

Figure 14

Jeunes déclarant être d'accord (tout à fait et plutôt) avec l'affirmation que « les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



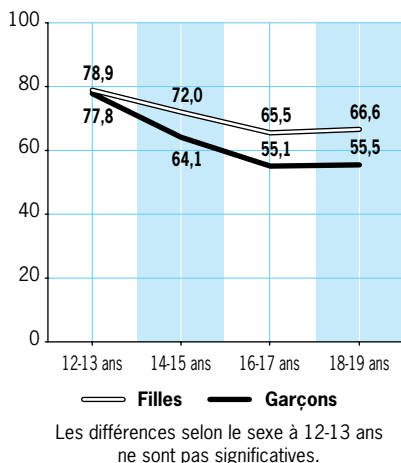
(décroissance linéaire avec l'âge) adhèrent moins à cette opinion (Figure 14), ainsi que les jeunes ayant eu une proposition de drogue au cours de la vie (66,0 % vs 76,0 % pour les autres) et ayant consommé du cannabis au cours de la vie (65,6 % vs 73,4 %).

Si l'on compare cet item avec la même question concernant la responsabilité des fumeurs quant à ce qui leur arrive : 91,5 % des jeunes pensent que « les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent » vs 75,7 % pour les toxicomanes (bien que la question pour les toxicomanes ne précise pas le champ médical).

Les deux tiers des jeunes (66,4 %) affirment que « les toxicomanes sont agressifs et dangereux ». Les filles et les plus jeunes (décroissance linéaire avec l'âge) des interviewés adhèrent plus fortement à cette opinion (Figure 15). En revanche, cette opinion est moins tranchée chez les expérimentateurs de cannabis (53,2 % d'entre

Figure 15

Jeunes déclarant être d'accord (tout à fait et plutôt) avec l'affirmation que « les toxicomanes sont agressifs et dangereux » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



eux la soutiennent vs 68,8 % pour les autres adolescents).

Cependant, 60,2 % des adolescents ne sont pas d'accord avec l'opinion selon laquelle « les toxicomanes doivent être punis ». Les filles sont significativement moins répressives que les garçons (38,2 % vs 41,4 %), ainsi que les plus âgés (décroissance linéaire avec l'âge) (Figure 16). Les jeunes qui se sont vu proposer du cannabis sont davantage en désaccord (77,0 %) que ceux qui ne se sont jamais vu offrir du cannabis (57,7 %). L'opposition est encore plus marquée chez les jeunes expérimentateurs de cannabis (79,4 % d'opposés à cette opinion vs 62,1 % pour les autres).

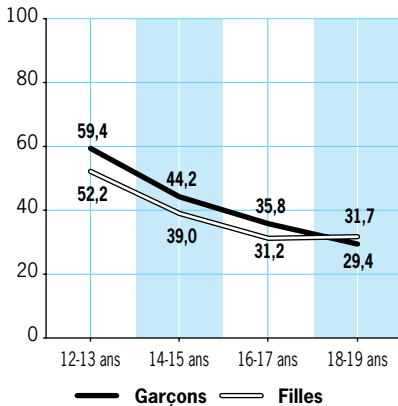
Les 12-19 ans sont très fortement réticents à la mise en vente libre des drogues douces puisque 80,9 % n'adhèrent pas à cette idée. Les garçons et les interviewés plus âgés sont significativement plus favorables à cette mesure (croissance linéaire avec l'âge : Figure 17).

Parmi les jeunes ayant reçu une proposi-



Figure 16

Jeunes déclarant être d'accord (tout à fait et plutôt) avec l'affirmation que « les toxicomanes doivent être punis » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)



tion de cannabis, 36,7 % sont favorables à la mise en vente libre de ce produit vs 11,2 % des jeunes qui n'ont pas eu ce type d'offre. Cette affirmation demeure vraie en tenant compte du sexe et de l'âge. Cette proportion est encore plus importante parmi les expérimentateurs de cannabis : 51,3 % d'entre eux sont enclins à cette libéralisation vs 12,5 % chez les adolescents n'ayant pas consommé de cannabis, en tenant toujours compte de l'âge. Plus de la moitié des usagers de cannabis (64,2 %) ayant consommé cette substance dix fois et plus au cours de la vie sont aussi de cet avis. En comparant les données de cette enquête avec celles issues du Baromètre santé adultes 95/96 [1] (Tableau IV), les 12-19 ans ont une perception plus négative des toxicomanes que leurs aînés. Ils sont également plus répressifs tant au niveau des conséquences judiciaires possibles d'une addiction qu'en matière de libéralisation des ventes de « drogues douces ».

Par ailleurs, ils revendiquent majoritairement,

Figure 17

Jeunes déclarant être d'accord (tout à fait et plutôt) avec l'affirmation qu'« il faut mettre les drogues douces en vente libre » selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

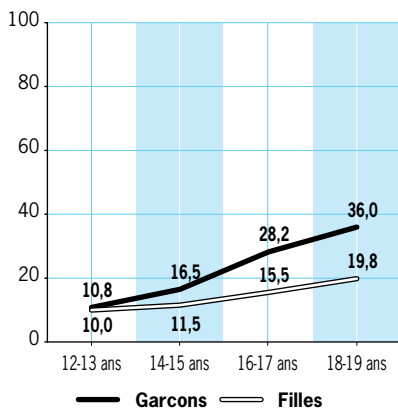


Tableau IV

Opinions sur la toxicomanie. Comparaison entre les résultats des Baromètres santé adultes 95/96 et jeunes 97/98 (tout à fait et plutôt d'accord ; en pourcentage)

	Baromètre adultes 95/96 (n=1 993)	Jeunes 97/98 (n=4 115)
Les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux	95,0	93,2
Les toxicomanes sont avant tout des malades	86,0	77,1
Les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive	45,3	75,7
Les toxicomanes sont agressifs et dangereux	54,2	66,4
Les toxicomanes doivent être punis	20,9	39,8
Il faut mettre les drogues douces en vente libre	29,5	19,1



tout comme les adultes, l'opinion selon laquelle les toxicomanes doivent bénéficier des meilleures thérapies.

### **Information et souhait d'information sur la « drogue »**

Près d'un tiers des 15-19 ans déclarent avoir reçu, au cours des douze derniers mois, des informations sur « la drogue » : 27,8 % pendant un cours, 11,3 % en dehors d'un cours. Les expérimentateurs déclarent moins souvent avoir été destinataires d'une telle information (38,8 % vs 39,2 %).

Par ailleurs, trois adolescents sur quatre (73,2 %) désirent recevoir une information sur la drogue. Il n'existe pas de différence significative entre les populations de consommateurs de cannabis et les autres adolescents sur ce sujet. Le sexe et l'âge ne sont pas non plus des variables discriminantes quant à ce désir.

## **Analyse et synthèse**

### **Le sexe**

La consommation de drogues illicites est un comportement plutôt masculin. Tout d'abord, les propositions sont plus fréquemment adressées aux garçons qu'aux filles. Les garçons sont plus nombreux à accepter cette offre. La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie et des douze derniers mois, ainsi que la fréquence de consommation, sont plus importantes chez les garçons. Les filles adoptent plus souvent un comportement d'essai, consommant au cours de la vie du cannabis sans pour autant renouveler cette expérience par la suite. L'âge d'initiation au cannabis ne diffère pas selon le sexe. Les parents interdisent de manière plus marquée la consommation de cannabis pour les filles et ce même après 18 ans. Aussi, lorsqu'elles consomment du cannabis, elles le font davantage que les garçons à l'insu de leurs parents.

### **L'âge**

Les adolescents les plus âgés sont plus souvent sollicités. La prévalence de consommation de cannabis au cours de la vie augmente avec l'âge : elle passe de 11,5 % d'adolescents expérimentateurs à 15 ans à 41,8 % à 19 ans. Jusqu'à 17 ans, les expérimentateurs au cours de la vie et des douze derniers mois sont en grande partie les mêmes, cette proportion diminue aux âges suivants. La fréquence de consommation du cannabis augmente significativement avec l'âge.

Alors que les parents des jeunes adolescents interdisent en grande majorité la consommation de cannabis, cette attitude autoritaire semble céder la place au dialogue avec les adolescents les plus âgés.

Les opinions sur la toxicomanie divergent selon l'âge des interviewés. Ainsi, les très jeunes adolescents sont moins tolérants face à ce thème : ils pensent majoritairement que les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive, qu'ils sont agressifs et dangereux, qu'ils doivent être punis. Ils ne sont pas favorables à la vente libre des drogues « douces ».

### **Autres caractéristiques**

La profession du chef de famille semble être un facteur discriminant dans la consommation de cannabis. Ainsi, les enfants dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure expérimentent plus ce produit que les autres catégories socioprofessionnelles ; ils sont plus nombreux à recevoir une proposition de drogues et à l'accepter.

Par ailleurs, le statut familial joue également un rôle : les jeunes vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) sont moins fréquemment sollicités et consomment moins de cannabis que les autres. L'interdiction parentale est également plus forte dans ce type de famille.

Les jeunes vivant dans une zone à forte densité urbaine (ville de plus de 200 000 habitants et agglomération parisienne)



reçoivent plus d'offres de drogues et sont plus nombreux à consommer du cannabis. Les expérimentateurs de cannabis fument en grande majorité du tabac et consomment également plus régulièrement de l'alcool que les non-expérimentateurs.

### références bibliographiques

1. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
2. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.
3. Ballion R. (Cadis). *Les Comités d'environnement social*. Paris : OFDT, 1998 : 117 p.
4. Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir. de). *Baromètre santé 92*. Paris : CFES, 1994 : 168 p.



# Illegal drugs

Annie Velter, Jacques Arènes

## the key facts in a few figures...

### Being offered illegal drugs and cannabis

Among 15-19 year olds, almost half (49.0%) state they have previously been offered drugs, 48.0% cannabis and 7.1% another drug. Boys are asked more often, as are the oldest teenagers. More than half of young people who have been offered drugs (54.9%) have consumed them at least once in their life.

### Being offered illegal drugs and cannabis

Slightly more than a quarter (28.3%) of young people aged 15-19 report having experimented with a drug at least once in their life, 22.8% within the last twelve months. Cannabis is the main substance consumed: 99.0% of those who have experimented with drugs have taken it. Of all 15-19 year olds, 14.2% have taken cannabis ten or more times in their life. This proportion rises to 50.7% among regular cannabis users. The average age of introduction to cannabis use is 15.9 years.

### Socio-demographic profile associated with cannabis consumption

Consumption of cannabis is strongly

linked to gender: 32.7% of boys have tried this substance at least once in their life compared with 23.5% of girls. Age is also a discriminant factor: while 11.5% of 15 year olds have previously experimented with cannabis at least once in their life, 41.8% have done so at 19 years of age. The proportion of young people having experimented with cannabis use rises with the population density of the area. The occupation of the head of household also plays a part: the higher the occupational category, the higher the proportion of experimenters: a little under half (40.7%) of young people whose head of household has an executive or academic job has taken cannabis at least once in their life, while only one child in five (19.6%) of an unskilled or semi-skilled worker is in this position. Young people living with both their birth (or adoptive) parents less frequently state they taken cannabis at any time than other teenagers.

### Behavioural profile associated with cannabis consumption

Three quarters of those who have tried it (74.7%) state that they smoke tobacco even if only from occasionally. Of these experimenters, more than half (57.7%)



indicate that they have drunk [alcohol] at least once a week during the last year, against 22.5% of non-users of cannabis. 78.8% of experimenters report having been drunk at least once in their life compared with 26.3% of the others.

During the previous seven days, cannabis experimenters spent an average of ½ hour less on sporting activity than abstainers. After adjustment for age and sex, more than half the cannabis experimenters (54.0%) reported having a boyfriend or girlfriend compared with 41.5% of young people who do not take it. The same proportion of experimenters state they have done nothing potentially dangerous for fun or for a dare during the last thirty days (69.8%), compared with 87.1% of abstainers.

### **Parental attitude to the consumption of cannabis**

More than half (52.2%) of parents forbid their children to take cannabis. This attitude is more marked towards girls, young teenagers, children living with both birth (or adoptive) parents and those who have not tried this substance. Almost two thirds of young cannabis users (62.3%) say that neither of their parents know they use it.

### **Opinions about drugs**

More than three quarters of teenagers aged between 12 and 19 (77.1%) think that drug addicts are sick more than anything else. The majority of them (93.2%) say that drug addicts should have access to the best medical treatment. 75.7% of young people agree with the statement that drug addicts are responsible for what happens to them. Two out of three teenagers (66.4%) state that drug addicts are aggressive and dangerous, whereas 60.2% do not agree with the statement that drug addicts should be punished. A very large majority of teenagers (80.9%) are doubtful about whether soft drugs should be sold freely.











# « Polyconsommation » de substances psychoactives

Arnaud Gautier, Jacques Arènes, Annie Velter

## l'essentiel en quelques chiffres...

Dans ce chapitre sont présentés les comportements des jeunes de 15 à 19 ans qui consomment un, deux ou trois de ces produits psychoactifs : alcool, tabac et cannabis.

Parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans, seuls 8,9 % déclarent n'avoir expérimenté aucun des trois produits suscités ; ils ne sont plus que 4 % à 19 ans.

Aucun jeune de l'échantillon ne dit avoir essayé le cannabis sans avoir une fois dans sa vie fumé une cigarette ou bu un verre d'alcool.

Plus d'un quart (26,6 %) ont essayé une fois dans leur vie les trois substances. Le pourcentage de ces jeunes est en augmentation constante avec l'âge (ils sont 40 % à 19 ans).

Les jeunes ayant bu au moins un verre de boisson alcoolisée dans leur vie ont un risque six fois plus élevé que les autres d'avoir expérimenté le cannabis. Ce chiffre passe à dix-huit pour les jeunes ayant fumé au moins une fois du tabac.

Un jeune de 15 à 19 ans sur cinq (21,6 %) consomme régulièrement un ou plusieurs de ces produits (plusieurs fois par semaine de l'alcool et/ou plus de dix cigarettes par jour et/ou plus de dix fois du cannabis au cours des douze derniers mois).

Parmi ces derniers, un sur deux (49,9 %) déclare avoir fumé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois.





Le Baromètre santé jeunes aborde le thème de la consommation de substances psychoactives (notamment tabac, alcool et cannabis). Chacun des chapitres concernés a ainsi indiqué nettement les interrelations très significatives d'utilisation de ces produits. Il est possible d'aller plus avant dans l'étude de ces liens en examinant spécifiquement le groupe des polyconsommateurs chez les 15 ans et plus auxquels la question de la consommation des drogues illicites a été posée. Cette tranche d'âge est la période durant laquelle l'expérimentation de ces substances est très fréquente. Seulement 12 % d'entre eux déclarent avoir consommé du cannabis avant 15 ans. De même, la mise en place d'un comportement tabagique s'établit pour près de la moitié des adolescents à partir de 15 ans (alors que moins de 10 % des 12-14 ans sont concernés) et une consommation régulière d'alcool pour un tiers des 15 ans et plus (32,4 % boivent au moins une fois par semaine une boisson alcoolisée).

Deux niveaux de consommation ont été définis, allant de la simple expérimentation à une consommation régulière. Cette dernière permet de repérer les groupes de

jeunes les plus susceptibles de poser actuellement ou plus tard des problèmes de dépendance. Cependant ces consommateurs ne constituent pas, bien entendu, un ensemble de personnes dépendantes des substances en cause, même si le risque de devenir dépendant est plus important pour eux. Ces deux catégories de consommation identifiées sont :

- L'expérimentation
  - *Alcool* : avoir bu au moins une fois de l'alcool au cours de la vie.
  - *Tabac* : avoir fumé au moins une cigarette au cours de la vie.
  - *Cannabis* : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie.
- La consommation régulière
  - *Alcool* : avoir bu plusieurs fois de l'alcool par semaine au cours des douze derniers mois.
  - *Tabac* : fumer plus de dix cigarettes par jour.
  - *Cannabis* : avoir consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois.

La consommation régulière est incluse dans l'expérimentation : ainsi, les adolescents ayant consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois font évidemment partie de ceux qui en ont consommé une fois au moins dans leur vie. Le sous-groupe des consommateurs réguliers

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



constitue ainsi un « noyau dur » de l'expérimentation.

À chaque niveau de consommation (expérimentation, consommation régulière), la population étudiée, c'est-à-dire les jeunes âgés de 15 à 19 ans (n=2 675), a donc été ventilée suivant la ou les substances « psychoactives » absorbées.

### L'expérimentation du tabac, de l'alcool et du cannabis

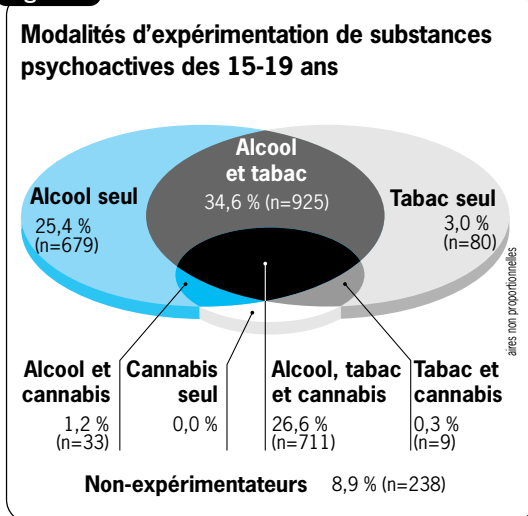
Parmi les 15-19 ans, 91,1 % ont expérimenté un des trois produits : 87,8 % ont expérimenté de l'alcool, 64,5 % du tabac et 28,1 % du cannabis. Une minorité d'adolescents n'a donc jamais essayé l'un de ces produits. Ils sont 16,1 % à l'âge de 15 ans et ce pourcentage diminue linéairement jusqu'à l'âge de 19 ans (4 %).

Le comportement à l'égard des produits expérimentés semble lié à leur aspect législatif. La distinction entre produits licites (alcool et tabac) et illicites (cannabis) est nette, essentiellement pour les jeunes adolescents. Ainsi, à 15 ans, plus des trois quarts des adolescents ont eu un premier contact avec l'alcool (77,3 %) et près d'un sur deux avec le tabac (54,4 %), les expérimentateurs de cannabis ne sont quant à eux que 11,5 %.

Contrairement aux autres substances, l'expérimentation d'alcool se fait parfois sans qu'un autre produit n'ait été « testé ». Le tabac est, quant à lui, rarement « essayé » par les non-expérimentateurs d'alcool : sur l'ensemble des 15-19 ans, 25,4 % ont déjà consommé de l'alcool seul, 3,0 % du tabac seul et 61,2 % les deux associés ou non au cannabis (Figure 1). Il est à noter, après ajustement sur le sexe et l'âge, qu'un expérimentateur d'un des deux produits possède en moyenne un risque quatre fois plus élevé qu'un autre d'avoir essayé l'autre produit.

Par ailleurs, on remarque l'absence de jeunes qui auraient expérimenté le cannabis seul. Dans l'enquête Baromètre santé jeunes, tout adolescent ayant affirmé avoir consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie, a aussi déclaré avoir déjà testé

Figure 1



soit de l'alcool, soit du tabac, soit les deux. Ainsi, 94,4 % des expérimentateurs de cannabis ont aussi consommé au moins une fois dans leur vie de l'alcool et du tabac, ce qui représente plus d'un adolescent sur quatre (26,6 %). Après ajustement sur le sexe et l'âge, les jeunes ayant bu au moins un verre de boisson alcoolisée dans leur vie ont un risque six fois plus élevé que les autres d'avoir expérimenté le cannabis. Ce chiffre passe à dix-huit pour les jeunes ayant fumé au moins une fois dans leur vie du tabac.

En considérant globalement les trois substances (tabac, alcool, cannabis), il est possible de constater que l'expérimentation d'un seul de ces produits n'augmente pas avec l'âge : pour l'alcool, elle diminue légèrement (passant de 29,3 % à 15 ans à 22,9 % à 19 ans), pour le cannabis, elle est inexistante et pour le tabac, elle disparaît complètement (de 6,2 % à 15 ans à 0,9 % à 19 ans) (Figure 2). En revanche, le taux d'expérimentateurs des trois produits est en augmentation constante avec l'âge (pour atteindre près de 40 % à 19 ans).

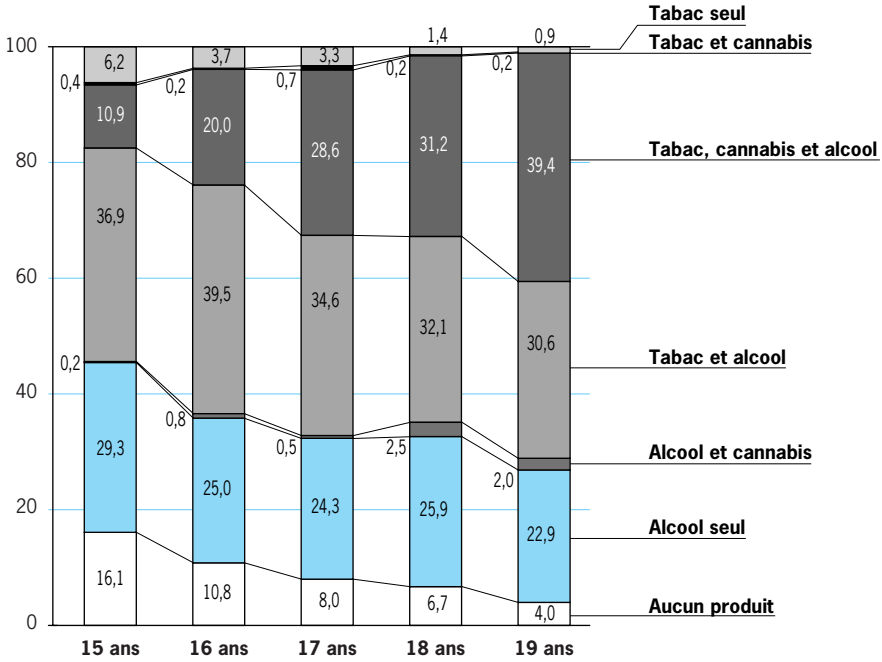
### Consommation régulière

Un jeune sur cinq (21,6 %) a une consom-



**Figure 2**

**Répartition des 15-19 ans selon l'expérimentation de substances psychoactives (en pourcentage)**

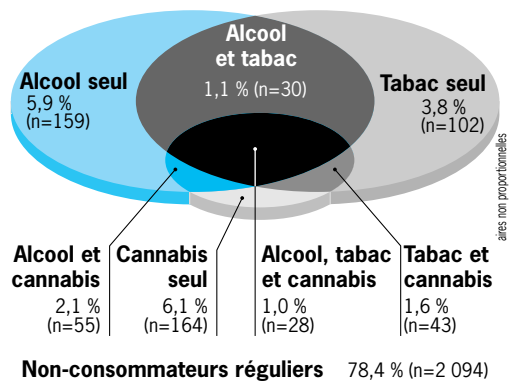


mation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis. La répartition des adolescents selon les modalités de consommation est représentée dans la Figure 3.

La principale différence existant entre les deux niveaux de consommation (expérimentation et consommation régulière) est liée à l'usage du cannabis. En effet, celui-ci passe au premier plan chez ces consommateurs réguliers (10,8 % des jeunes de 15 à 19 ans ont fumé du cannabis dix fois et plus durant l'année, ce qui représente pratiquement un consommateur régulier sur deux — 49,9 %). La variable « avoir consommé du cannabis dix fois et plus pendant l'année » ne peut cependant être mise sur le même plan que la variable « fumer plus de dix cigarettes par jour ». Il est à noter ainsi un pourcentage important de jeunes ayant « régulièrement » consommé du haschich,

**Figure 3**

**Modalités de consommation régulière des 15-19ans**





qui n'appartiennent pas aux consommateurs d'alcool et de tabac.

Le risque pour que l'un de ces consommateurs réguliers (de tabac et d'alcool) fume également du cannabis est moins important que celui des expérimentateurs. En tenant compte du sexe et de l'âge, les consommateurs réguliers d'alcool et de tabac ont respectivement 2,7 et 3,8 fois plus de risques que les autres d'avoir fumé du cannabis dix fois et plus dans l'année.

Concernant les liens étroits entre tabac et alcool remarqués auparavant, les données examinées indiquent que peu de jeunes ont une consommation régulière d'alcool accompagnée d'une consommation régulière de tabac. Ils représentent 1,1 % de la population totale, soit un consommateur régulier sur vingt.

### Synthèse de quelques caractéristiques des polyconsommateurs

L'analyse de la relation entre la polyexpérimentation et la polyconsommation, et certaines variables sociodémographiques et de qualité de vie laisse apparaître les points suivants :

- **L'alcool** semble l'un des produits non seulement le plus expérimenté, mais aussi dont la consommation régulière est la plus précoce. Même si les consommateurs de l'unique produit en question semblent être plus proches des « abstinents » que des polyconsommateurs, notamment en ce qui concerne la qualité de vie déclarée plutôt bonne, un lien fort existe néanmoins entre l'alcool et les deux autres substances, et plus particulièrement avec le tabac.

Il est permis de penser que cette consommation régulière d'alcool, plus « précoce » que pour d'autres substances, est moins synonyme de mal-être lorsqu'elle n'est pas associée à un autre produit.

- **Le tabac** est expérimenté moins fréquemment que l'alcool, mais touche cependant une grande proportion d'adolescents. Ceux-ci sont également relativement jeunes (à l'expérimentation) et, par rapport aux consom-

mateurs d'alcool, ont des scores de qualité de vie moins bons, ce qui tendrait à prouver qu'il existe une sorte de mal-être des fumeurs de tabac.

- **Le cannabis**, quant à lui, s'expérimente en général après les deux autres produits licites et, lorsqu'il est consommé relativement régulièrement, il est associé à un mal-être s'exprimant notamment dans les scores de qualité de vie inférieurs, mais aussi dans une propension aux pensées et aux tentatives suicidaires.

Si l'on excepte le tabac consommé seul et l'association cannabis et tabac, l'expérimentation et la consommation régulière des trois produits — tabac, alcool, cannabis — associés ou non entre eux, sont des phénomènes essentiellement masculins.

- **La question de l'âge** intervient évidemment, notamment au niveau de l'expérimentation, mais se révèle bien entendu déterminante pour les polyconsommations, l'alcool et le tabac semblant précéder le cannabis.

- **La structure familiale** entretient un lien assez étroit avec l'expérimentation et la consommation régulière de substances psychoactives. Le fait de demeurer avec ses parents d'adoption ou de naissance apparaît comme un élément « protecteur ». Le statut professionnel du chef de famille semble aussi en cause dans certaines associations, notamment pour ce qui concerne les consommations régulières pour lesquelles les associations tabac/alcool, tabac/cannabis, et tabac/alcool/cannabis sont plus souvent le fait de jeunes issus de foyers dont le chef de famille est au chômage, alors que les consommateurs de cannabis seul sont plus souvent dans des familles où le chef de famille travaille.





# Polydrug use

Arnaud Gautier, Jacques Arènes, Annie Velter

## the key facts in a few figures...

In this chapter are presented the behaviours of young people aged 15 to 19 who have taken one, two or three of these psychoactive substances: alcohol, tobacco and cannabis.

Only 8.9% of young people aged 15 to 19 state they have experimented with none of the three substances mentioned: only 4% have not done so at the age of 19.

No young person in the sample said they had tried cannabis without having once in his or her life having smoked a cigarette or drunk a glass of alcohol.

More than a quarter (26.6%) have tried all three substances once in their life. The percentage of these young people shows a constant increase with age (reaching 40% at 19 years).

Young people who have drunk at least one glass of an alcoholic drink in their lifetime are six times more at risk than other of having experimented with cannabis. This figure rises to eighteen times for young people who have smoked tobacco at least once.

One young person in five between 15 and 19 years old (21.6%) regularly consume one or more of these substances (several times a week for alcohol and/or

more than ten cigarettes a day and/or cannabis more than ten times during the last twelve months). One out of two of this group (49.9%) report having smoked cannabis ten or more times during the last twelve months.









# Violence, suicide et conduites d'essai

Marie-Pierre Janvrin,  
Jacques Arènes, Philippe Guilbert

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Violences subies et agies

7,8 % des jeunes déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement au cours des douze derniers mois.

Les conduites de violence physique envers un autre concernent 8 % des 12-19 ans. Les garçons sont plus souvent violents que les filles et ce comportement augmente avec l'âge.

Ces actes hétéroagressifs sont en relation avec un certain nombre de variables sociodémographiques (habiter dans une agglomération de plus de 20 000 habitants, vivre dans une famille recomposée ou monoparentale, être dans un foyer où le chef de famille est inactif) et certaines conduites d'essai (« avoir pris un risque par plaisir ou par défi » au cours du dernier mois, fumer régulièrement, consommer de l'alcool, avoir été ivre, consommer du cannabis). Les jeunes en moins bonne santé physique et mentale (scores de santé au profil de Duke) sont aussi plus nombreux à se situer dans cette catégorie.

3,0 % des jeunes de 12 à 19 ans ont été rackettés au cours des douze derniers mois. Dans les trois quarts des cas (74,8 %), « l'agresseur » était un groupe. Ce phénomène est davantage urbain. 0,2 % des

12-19 ans déclare avoir fait du racket au cours des douze derniers mois.

### Victimes de rapports sexuels forcés

2,2 % des jeunes de 15 ans et plus déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés au moins une fois au cours de leur vie (3,1 % des filles et 1,2 % des garçons).

### Demande d'information sur la violence

Au cours des douze mois précédant l'enquête, plus d'un jeune sur deux (55,2 %) déclarent avoir eu une séance d'information et/ou d'échange organisée à l'école (pendant ou en dehors des cours) sur le thème de la violence. Près des trois quarts des 12-19 ans (73,4 %) souhaiteraient bénéficier d'une information sur ce thème à l'école (questions posées aux scolaires).

### Conduites d'essai

15,1 % des jeunes déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours du dernier mois. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à déclarer avoir pris un risque (19,4 % vs 10,7 %). Ce comportement augmente significativement avec l'âge.



### **Les pensées suicidaires**

10,5 % des 15-19 ans ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois (7,5 % de garçons et 13,7 % de filles). Il s'agit plus souvent de jeunes ne vivant pas avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) et ils se considèrent moins que les autres écoutés par ceux-ci. Les jeunes ayant des idées suicidaires ont des comportements de consommation de substances psychoactives plus marqués (tabac, alcool, substances illicites), ont plus souvent été l'objet de violence (y compris sexuelle) et ont pris plus fréquemment « un risque » par plaisir ou par défi dans le dernier mois. L'idéation suicidaire est enfin très corrélée avec les troubles alimentaires. Près de la moitié (45,1 %) de ces jeunes ont parlé de leurs difficultés avec quelqu'un. Par ailleurs, 1,3 % des 15-19 ans ont fait, au cours de l'année, un projet précis pour se suicider.

### **Les suicidants**

Au cours de la vie, 3,7 % des 15 ans et plus ont fait une tentative de suicide (2,1 % de garçons et 5,4 % de filles). Il s'agit plus souvent de jeunes au chômage, issus de familles monoparentales ou recomposées et ayant redoublé au moins une fois. On retrouve aussi un profil d'intérêt pour la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis et un taux de violence subie élevé comme chez les jeunes ayant pensé au suicide.

70,3 % des « suicidants » ont effectué une tentative, 19,7 % deux et 10,0 % trois ou plus. Les deux tiers des tentatives ont eu lieu dans les trois dernières années. À la suite de la dernière tentative, 32,8 % ont été hospitalisés, 36,5 % ont été suivi par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 59,1 % en ont parlé à une autre personne.



L'adolescence est souvent présentée comme la période de l'agir (« *acting* »), des conduites ou comportements d'essai, voire de la prise de risque. Cette perspective présente au niveau préventif un aspect paradoxal. L'engagement dans l'agir semble pour beaucoup d'auteurs une nécessité développementale. L'adolescent cherche ses marques, explore parfois douloureusement ses limites et construit ainsi son identité à travers la confrontation au risque et à la réponse des adultes. En même temps, ces comportements constituent un danger toujours présent de « dérapage » dans une violence tournée vers autrui ou vers soi et non canalisée dans des activités socialement recevables.

Le sens de l'agir à l'adolescence est complexe. Plus encore que pour l'adulte, les différents actes posés à cette période de la vie obéissent à des déterminants et à des conflits en partie inconscients. Parfois, l'acte est « opaque » au jeune. Une transgression, d'allure violente aux yeux des adultes, ne pourra être reconnue comme telle par le jeune qu'après un certain travail d'élaboration. De plus, la question de l'agir est souvent liée à la question diamétralement opposée de la passivité de l'adolescent, souvent aussi

angoissante aux yeux des éducateurs que le « passage à l'acte ».

L'adolescent recherche alors son équilibre entre peur de l'action et fuite dans l'action, entre évitement de l'agressivité et mise en scène de celle-ci dans des scénarios plus ou moins violents, entre inhibition morbide et rituels de provocation.

Ce chapitre s'intéresse donc à l'acte quand il atteint les limites de la « pathologie » sociale ou personnelle. Dans tous les cas, qu'ils soient tournés contre soi (comme la tentative de suicide) ou qu'ils possèdent une signification sociale plus directe (violence exercée contre d'autres ou subie de la part d'autres), ces actes ont souvent une double face de recherche identitaire d'une part (se trouver ou se perdre soi-même, se faire violence), et d'appel à l'autre d'autre part (parents, éducateurs). Ils se situent aussi souvent dans la recherche provocatrice de la réaction de l'autre.

La question de l'intentionnalité traverse le thème de l'acte « risqué », de l'acte violent. Si l'intention consciente de commettre un acte est apparemment affichée (suicide, agression, divers comportements d'essai voire de prise de risque), il est souvent nécessaire de se poser la question de la réelle liberté du jeune face à certains déterminismes inconscients (psychopathologies éventuelles, difficulté d'élaboration mentale

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



des conflits qui permettrait de différer ou d'empêcher certains passages à l'acte) ou de pressions de groupes.

Si cette intentionnalité ne semble pas en cause (violence subie) ou ne l'est évidemment pas (rapports sexuels forcés), la littérature souligne néanmoins qu'il existe souvent une corrélation forte entre les prises de risques comportementales générales (tabac, alcool, usage de drogues), la violence agie et les violences et traumatismes subis [1]. La « victimisation » (violence subie) s'inscrirait ainsi dans un cadre de

fragilisation antérieure dans lequel les prises de risque, mais aussi les conditions de vie sociales et familiales, ne sont pas absentes et cette « victimisation » susciterait à son tour une vulnérabilité plus importante à des mises en danger et à une « re-victimisation » futures.

Dans le questionnaire du Baromètre santé jeunes, ont été explorées plus particulièrement certaines dimensions :

- La question de l'activité et de la passivité a été introduite à travers la violence agie et subie au cours des douze derniers mois. La corrélation classique entre ces vécus de violence a été soulignée au cours du terrain par certains jeunes indiquant que les actes violents commis s'inscrivaient en fait dans le cadre de représailles (en réponse à des actes de violence subie ayant suscité la même réponse affirmative).

- La question du groupe a aussi été explorée directement pour les deux types de violence (agée et subie). En effet, l'enquête pilote a donné l'occasion de percevoir l'importance de certains rituels de violence de groupe, même à l'intérieur du collège ou du lycée. Ces mises en scène, parfois purement gratuites et « ludiques » quand la victime est choisie au hasard, inspiraient une crainte très marquée notamment chez les plus jeunes.

- Le comportement ou conduite d'essai dans sa dimension hédonique et provocatrice a été étudié par la question du « risque » pris « par plaisir ou par défi » dans le dernier mois. Même si la notion de « conduite d'essai » est considérée comme plus valide et plus neutre pour rendre compte des comportements exploratoires de l'adolescent, il a été employé dans ce chapitre le terme de « prendre un risque » ou « d'adolescent ayant pris un risque » dans la mesure où il s'agit du mot utilisé dans la question posée au jeune.

- La dimension d'appel à l'autre et à l'adulte, sous-jacente dans beaucoup d'actions violentes, a été examinée explicitement pour le suicide, même si cette dimension n'exclut pas pour cet acte particulier un aspect plus narcissique d'attaque de son corps et de soi.

### Eric, élève de seconde

**« La violence est beaucoup plus présente au collège qu'au lycée. Le collège, c'est la jungle. Un jour, dans la cour de récréation, une cinquantaine d'élèves étaient massés autour d'un garçon couché par terre et tout le monde le rouait de coup. La plupart ne savaient même pas pourquoi la bagarre avait commencé et pourtant ils le tapaient quand même. J'avais vraiment été choqué. Une autre fois, une fille du collège s'est faite tabasser par une autre fille qui la détestait, aidée de sa sœur et sa mère. Ça s'est terminé à l'hôpital ! Au collège, on voyait souvent la police qui venait chercher des élèves. Je n'en pouvais plus de supporter cette tension. À la sortie, c'était pire encore. Il y avait des bandes des cités adverses qui s'attendaient pour se taper ou faire du racket . Une fois, on s'est plaint à la directrice. Elle a prévenu la police qui est venue tous les jours à la sortie faire des contrôles. Les parents aussi faisaient des rondes et les racketteurs ont fini par changer de coin. Heureusement, au lycée, c'est nettement plus calme. »**





## Actes violents hétéroagressifs

### Violence physique subie ou agie

Il s'agit dans ce chapitre d'analyser les conduites de violence intentionnelle et interpersonnelle.

Sous la dénomination de violence sont regroupées des conduites de violence envers soi ou autrui. Quatre types de questions ont été retenus : avoir été frappé ou blessé physiquement au cours des douze derniers mois, avoir été victime de racket au cours des douze derniers mois, avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de sa vie (question posée aux jeunes de 15 ans et plus), avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un et avoir fait du racket au cours des douze derniers mois.

### Avoir été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un ou par un groupe

Au cours des douze derniers mois, 7,8 % des jeunes déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement au moins une fois (2,3 % ont été frappés deux fois et plus, soit à peu près un tiers — 29,3 % — des victimes de ce type de violence). Le taux indiqué, en ce qui concerne les 11-19 ans scolarisés pour l'enquête menée par l'unité 472 de l'Inserm [2], était deux fois plus élevé (15,1 %) avec un libellé de question un peu différent (« avoir subi des violences ») portant sur une période non déterminée.

Les garçons sont deux fois plus nombreux à être dans ce cas que les filles (10,3 % vs 5,3 %) et les jeunes âgés de 15 ans et plus (quel que soit le sexe) (9,3 % vs 6,1 %) avec un maximum chez les 15-17 ans (Figure 1). Parmi les autres variables sociodémographiques, la situation familiale semble être un facteur discriminant. Ainsi, les jeunes vivant dans une famille recomposée ou monoparentale sont plus nombreux que ceux vivant avec leurs parents de naissance (ou

d'adoption) à être victimes de violence physique (10,9 % vs 7,0 %) (Tableau I).

Si la profession du chef de famille n'apparaît pas comme une variable discriminante, en revanche, son statut professionnel indique une différence. Ainsi, les jeunes dont le chef de famille est inactif (retraités, congés de longue durée...) sont plus nombreux à être victimes de violence (11,9 % vs 7,5 %) (Tableau I).

**Tableau I**

**Avoir été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes, au cours des douze derniers mois, selon certaines caractéristiques (en pourcentage)**

#### Situation familiale

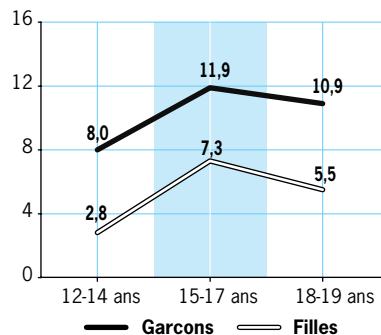
Famille de naissance (ou d'adoption) (n=3 259)	7,0
Famille monoparentale (n=515)	10,3
Famille recomposée (n=235)	11,9

#### Situation professionnelle du chef de famille

Travaille (n=3 590)	7,5
Chômage (n=230)	7,9
Inactif (n=294)	11,9

**Figure 1**

**Jeunes de 12-19 ans déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**





De la même façon que pour la qualité de vie mesurée (cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes), ce sont les jeunes demeurant dans des villes de moins de 20 000 habitants qui semblent le plus à l'abri de la violence subie, les communes rurales apparaissant, en deuxième, comme des lieux aussi relativement protégés. Les communes de plus de 20 000 habitants (dont l'agglomération parisienne) se situent en dernière position (Figure 2). D'autres variables comportementales sont reliées significativement avec le fait d'être ou non victimes de violence. Les jeunes qui ont eu un accident au cours des douze derniers mois sont aussi plus nombreux à avoir été frappés ou blessés physiquement (14,7 % vs 6,0 %). Il en est de même de ceux qui déclarent avoir pris un risque au cours des trente derniers jours par plaisir ou par défi (16,9 % vs 6,2 %) et de ceux qui ont été victimes de racket (34,7 % ont été frappés ou blessés vs 7,0 % chez les autres adolescents).

De plus, les adolescents déclarant avoir été frappés ou blessés physiquement par une personne seule ou par un groupe sont en plus grand nombre à déclarer consommer certaines substances psychoactives (Tableau II). Ces résultats restent vrais lorsque l'on tient compte du sexe et de l'âge. Le profil de santé de Duke (cf. chapitre Environnement et qualité de vie des jeunes) permet d'apporter quelques éléments supplémentaires sur le profil des jeunes ayant subi des violences physiques. Ainsi, les jeunes qui déclarent avoir été frappés sont en moins bonne santé physique, mentale et sociale. Ce résultat reste vrai en tenant compte de l'âge et du sexe.

### Agression subie seul ou en groupe

Les deux tiers des victimes (62,3 %) ont été agressées par une seule personne. Les filles sont plus souvent dans ce cas que les garçons. L'agression par un groupe semble, en revanche, être plus un phénomène masculin comme le montre la Figure 3. Il peut s'agir de l'effet d'une réalité sociologique (agressions « ritualisées » entre ban-

Figure 2

### Victimes ou acteurs de violence physique au cours des douze derniers mois selon la taille de l'agglomération (en pourcentage)

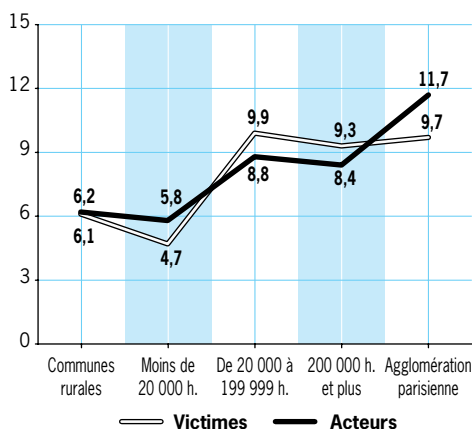


Tableau II

### Victimes de violence physique selon l'usage de certaines substances psychoactives (n=4 115 ; en pourcentage)

#### Avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans la semaine

oui	11,7
non	6,6

#### Avoir été ivre au moins une fois au cours de sa vie

oui	12,7
non	5,9

#### Fumer régulièrement du tabac

oui	12,0
non	6,5

#### Avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie (15 ans et plus) (n=2 675)

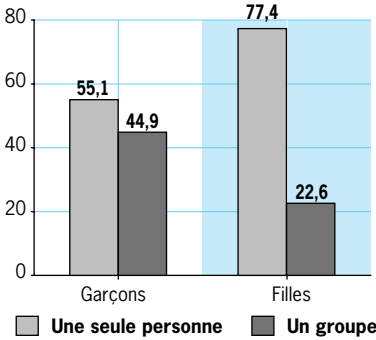
0 fois	6,7
1 à 9 fois	11,9
10 fois et plus	18,2

des pour les garçons). Il est possible aussi d'évoquer une difficulté pour les garçons à déclarer une agression quand elle a été effectuée par une personne seule, alors qu'être



**Figure 3**

**Jeunes déclarant avoir été frappés ou blessés au cours des douze derniers mois, selon le sexe et le type d'agresseur (en pourcentage)**



agressé par un groupe peut apparaître plus valorisant — ces deux éléments de causalité ne s'excluent d'ailleurs pas.

L'âge n'apparaît pas comme une variable discriminante. Par ailleurs, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'effectuer d'autres analyses.

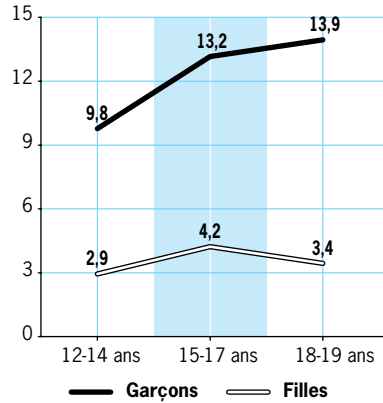
**Avoir frappé ou blessé physiquement seul ou en groupe**

Près d'un jeune sur dix (8,0 %) déclare avoir fait acte de violence sur quelqu'un, avec une nette prédominance masculine (12,2 % vs 3,5 % pour les filles). Ce comportement diffère selon l'âge chez les garçons où les plus de 15 ans disent en plus grand nombre avoir frappé ou blessé physiquement une autre personne au cours des douze derniers mois (14,0 % vs 10,2 %) (Figure 4). Cette différence n'est pas constatée chez les filles.

Le Tableau III présente les différentes variables en relation avec le fait d'avoir déclaré frapper ou blesser quelqu'un physiquement au cours des douze derniers mois. Ainsi, la situation familiale (famille recomposée, monoparentale) dans laquelle le jeune vit est un facteur discriminant. À noter que lorsque le père de naissance (ou d'adoption) est absent, les jeunes sont plus nombreux à déclarer avoir été violents envers

**Figure 4**

**Jeunes de 12-19 ans déclarant avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



**Tableau III**

**Avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un, seul(e) ou en groupe, au cours des douze derniers mois selon certains facteurs (n=4 115 ; en pourcentage)**

Situation familiale	
Famille de naissance (ou d'adoption) (n=3 259)	7,0
Famille monoparentale (n=515)	11,3
Famille recomposée (n=235)	13,2
Situation professionnelle du chef de famille	
Travaille (n=3 590)	7,5
Chômage (n=230)	12,7
Inactif (n=294)	10,5
Nombre de redoublements	
Aucun (n=2 101)	5,1
Un (n=1 492)	10,2
Deux ou plus (n=522)	13,2

autrui (12,0 % absence du père vs 7,2 % pour le père présent). Ce résultat reste vrai lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe (ajustement par une régression logistique).



Mireille, professeur de français en lycée

« La violence est de plus en plus fréquente, chaque jour, elle gravit un échelon supplémentaire. Avant, elle était réservée aux couloirs et cours de récréation. Maintenant elle a envahi les classes. Fréquemment les élèves s'interpellent entre eux pendant les cours, devant le prof. Les insultes fusent, le ton monte, ils en viennent aux mains. Et nous pauvres professeurs, comment nous interposer entre deux grands ados qui nous dépassent d'une tête ? Je l'avoue, je me sens débordée dans ce genre de situation ! Il faudrait pouvoir disposer de surveillants, spécialement formés à la gestion des conflits et de la violence, dans tous les points stratégiques de l'établissement : couloirs,

cour de récréation, toilettes, sortie. J'ai en effet remarqué que la présence des adultes limite énormément la violence. Nous ne devons pas démissionner et laisser la loi de la rue s'installer. L'Education nationale hésite encore trop souvent à faire appel aux autorités extérieures policière et judiciaire, et nous préférons laver notre linge sale en famille. En renvoyant les élèves violents d'un établissement, nous créons une sorte de bourses aux exclus, c'est-à-dire qu'on se refille les exclus de collège en collège ou de lycée en lycée. Ce n'est pas très bon car l'élève sent une fuite, une démission et cela ne fait qu'exacerber son comportement violent. »

De plus, contrairement à la violence subie, les jeunes qui ont redoublé au moins une fois au cours de leur scolarité sont plus nombreux à avoir eu des actes de violence physique au cours de l'année écoulée (11,1 % vs 5,1 %). Le statut professionnel du chef de famille est lui aussi une variable discriminante.

Les jeunes acteurs de violence physique sont aussi plus nombreux à avoir eu un accident au cours des douze derniers mois (12,8 % vs 6,7 %), à avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des douze derniers mois (20,1 % vs 5,8 %) et à avoir été frappés ou blessés physiquement par quelqu'un au cours de l'année passée : 40,5 % vs 5,0 % pour ceux qui n'ont pas exercé de violence physique.

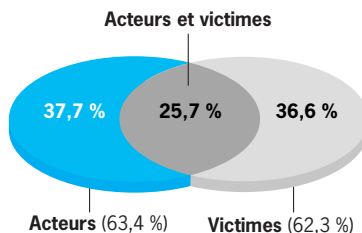
La Figure 5 illustre ainsi la répartition des jeunes selon le fait qu'ils soient victimes et/ou acteurs de violence. Un quart d'entre eux (25,7 %) est dans cette double situation.

Comme pour la violence subie, on constate que les comportements violents sont reliés nettement à la taille de l'aggloméra-

tion (Figure 2). Les communes non rurales de moins de 20 000 habitants sont les moins en cause, suivies des communes rurales. Les adolescents ayant consommé de l'alcool, du tabac ou du cannabis sont plus nombreux à avoir frappé ou blessé physiquement une autre personne, que ce soit seuls ou en groupe (Tableau IV). Ces résultats restent vrais lorsque l'on tient compte du sexe et de l'âge.

Figure 5

Répartition des jeunes de 12-19 ans selon le fait qu'ils sont victimes et/ou acteurs de violence (n=517)



**Tableau IV**

### Jeunes acteurs de violence physique selon l'usage de certaines substances psychoactives (en pourcentage)

#### Avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans la semaine

oui (n=945)	13,3
non (n=3 168)	6,3

#### Avoir été ivre au moins une fois au cours de sa vie

oui (n=1 154)	14,3
non (n=2 959)	5,5

#### Fumer régulièrement du tabac

oui (n=966)	12,6
non (n=3 148)	6,5

#### Avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie (15 ans et plus)

0 fois (n=1 922)	6,1
1 à 9 fois (n=371)	11,3
10 fois et plus (n=380)	20,2

Concernant la mesure de la qualité de vie (scores au profil de santé de Duke), les 12-19 ans déclarant avoir frappé sont significativement en moins bonne santé physique et mentale. Ce résultat persiste lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe.

### Agression menée seul ou avec un groupe

Dans trois cas sur quatre (76,3 %), cet acte violent a eu lieu seul. L'âge et le sexe n'apparaissent pas comme discriminants pour ce type d'analyse (Figure 6).

### Le racket

#### Avoir été victime de racket par une personne seule ou par un groupe

3,0 % des jeunes de 12 à 19 ans ont été rackettés au cours des douze derniers mois. Dans les trois quarts des cas (74,8 %), cette pratique est le fait d'un groupe.

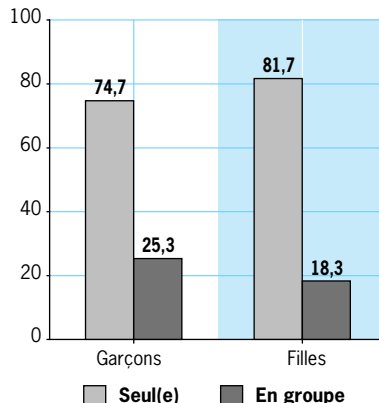
Les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer en être victimes (4,9 % vs 1,0 %), ainsi que les 15 ans et plus (3,5 % vs 2,1 %).

Là encore, il s'agit d'un phénomène urbain ; les jeunes habitant dans les moyennes et grandes villes (20 000 habitants et plus) en sont le plus victimes (3,8 % vs 2,0 %). Le racket est plus fréquemment déclaré à mesure que la taille de l'agglomération du domicile du répondant augmente. Le déclaratif de racket atteint son maximum pour l'agglomération parisienne (4,5 %).

Les résultats suivants montrent que, comme pour la violence physique, les jeunes qui déclarent avoir consommé de l'alcool, du tabac ou du cannabis sont plus nombreux à avoir été victimes de racket par une personne seule ou un groupe. Ainsi, les 12-19 ans déclarant au moins une ivresse au cours de leur vie sont aussi plus nombreux à avoir été victimes de racket (4,9 % vs 2,5 %), il en est de même pour les fumeurs réguliers (5,2 % vs 2,3 %), ainsi que les consommateurs de cannabis (avoir pris dix fois ou plus du cannabis au cours de la vie 6,3 %, avoir pris 1 à 9 fois 5,1 % vs 2,7 % de ceux qui n'en ont jamais consommé). Ces résultats restent vrais lorsque l'on tient compte des variables sexe et âge.

**Figure 6**

### Jeunes ayant frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois, selon le sexe et le type d'agression (en pourcentage)





### **Avoir fait du racket**

0,2 % des 12-19 ans déclare avoir fait du racket au cours des douze derniers mois. Cela représente pour notre échantillon 7 personnes (6 en groupe et 1 personne a déclaré avoir fait du racket seule), alors que dans le même temps, 3,0 % ont été rackettées. Il est probable que cette question suscite une sous-déclaration conséquente en raison de son caractère répréhensible.

### **Les rapports sexuels forcés au cours de la vie**

Cette question a été posée uniquement aux jeunes âgés de 15 ans et plus. La question qui leur a été posée était : « *au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?* ».

2,2 % des 15 à 19 ans (58 jeunes dans notre échantillon) déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés au cours de leur vie (au moins une fois) : 3,1 % de filles et 1,2 % de garçons. Ce taux est là aussi un peu inférieur à celui trouvé lors

de l'enquête Inserm de 1993 [2] (3,8 % chez les 11-19 ans).

Il est important de remarquer la grande variabilité des réponses pour ce type de sujet au niveau des enquêtes nationales et internationales. Le libellé de la question joue un grand rôle dans cette variation. Il est aussi possible de faire l'hypothèse d'un biais de sous-déclaration par rapport à cette question « sensible » par le média téléphonique (difficulté d'aborder des questions très intimes dans l'atmosphère familiale), même si les proches ne sont pas directement dans la pièce.

Dans cette enquête, il a été possible d'en tenir compte (cf. chapitre Introduction et méthodologie), grâce aux questions posées soit directement à l'adolescent, soit à l'enquêteur, sur la présence éventuelle d'adultes dans la pièce. Pour ce qui concerne cette question des rapports sexuels forcés, il ne semble pas que le fait d'être seul ou non pour le jeune pendant la communication téléphonique ait eu de relation significative avec ses réponses. Ce n'est pas le cas pour d'autres thématiques de l'enquête comme par exemple la consommation de cannabis.

Parmi les jeunes victimes de rapports sexuels forcés (n=58), 60,3 % déclarent en avoir subi une fois, 8,6 % deux fois et 31,1 % trois fois ou plus.

Une victime sur dix (10,3 %) déclare par ailleurs ne pas avoir eu de relations sexuelles au cours de sa vie. Il ne s'agit probablement pas d'une incohérence des réponses de ces jeunes : une partie des victimes de rapports sexuels forcés considèrent probablement de manière implicite que le rapport sexuel n'existe réellement que dans un contexte véritablement relationnel impliquant une participation volontaire à cet acte.

Il n'existe aucun lien entre l'âge de la personne interrogée et le fait d'avoir subi cette agression.

De plus, ces jeunes ayant été l'objet de violences sexuelles sont caractérisés par certains comportements :

– les adolescents qui ont pris des risques au cours du mois précédant l'enquête sont

#### **Irène, assistante sociale dans un collège**

**« Je travaille dans un établissement de banlieue et pourtant je ne constate que peu de violence. Un phénomène qui est sans doute dû à la volonté affichée de tous les adultes du collège, de ne pas laisser s'installer la violence dans nos murs. Chaque fois que nous assistons à un acte violent, nous nous réunissons tous — professeurs, principal, CPE, infirmière et moi-même — pour décider de la réponse à apporter. C'est une véritable priorité, inscrite noir sur blanc dans le projet d'établissement. Même si ce n'est pas toujours évident et efficace, les jeunes sentent au moins en face d'eux des adultes solidaires, prêts à apporter une réponse collective et non pas à baisser les bras ! ».**



aussi plus nombreux à avoir été victimes de violences sexuelles (4,2 % vs 1,7 %), ainsi que ceux qui déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement (5,8 % vs 1,8 %) ou ceux qui ont eu un accident ayant nécessité des soins au cours des douze derniers mois (3,5 % vs 1,8 %) ;

- les jeunes déclarant au moins une ivresse au cours de leur vie sont plus nombreux à avoir eu au moins un rapport sexuel forcé au cours de leur vie (3,1 % vs 1,5 %) ;
- il en est de même pour les fumeurs réguliers (4,3 % vs 1,0 %) ;
- ainsi que les consommateurs de cannabis (au moins une fois cannabis au cours de la vie 4,3 % vs 1,3 % et au moins dix fois ou plus dans la vie 5,5 % vs 1,6 %).

Ces résultats restent vrais en tenant compte du sexe et de l'âge.

De plus, les victimes de ce type de violence sont significativement en moins bonne santé physique et mentale (scores au profil de santé de Duke) et ce, même en tenant compte de l'âge et du sexe de l'interviewé.

Enfin, les filles qui ont déclaré avoir souffert d'au moins un trouble alimentaire spécifique<sup>1</sup> au cours des douze derniers mois (n=40) sont plus nombreuses à déclarer avoir subi des rapports sexuels forcés (Figure 7).

## Demande d'informations sur la violence

Au cours des douze mois précédant l'enquête, plus d'un jeune sur deux (55,2 %) déclarent avoir eu une séance d'information et/ou d'échange organisée à l'école (pendant ou en dehors des cours) sur le thème de la violence (cette question n'a été posée qu'aux scolaires).

1. Les troubles des comportements alimentaires explorés sont : avoir mangé énormément avec de la peine à s'arrêter, s'être fait vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette (assez souvent et très souvent au cours des douze derniers mois).

Parmi ces élèves, près des trois quarts (73,4 %) souhaiteraient bénéficier d'une information sur ce thème à l'école. Les filles sont significativement plus nombreuses à émettre ce souhait (77,6 % vs 69,3 %) (Figure 8). Cette demande demeure importante jusqu'à l'âge de 17 ans (Figure 9). Par ailleurs, les adolescents qui ont été victimes de violence physique et/ou de racket

Figure 7

Filles ayant eu au moins un rapport sexuel forcé selon le nombre de certains troubles alimentaires (filles de 15 ans et plus) (en pourcentage)

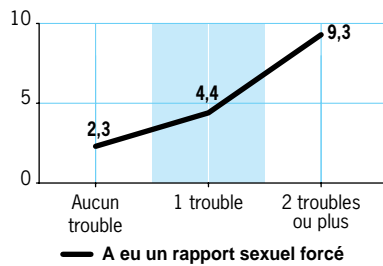
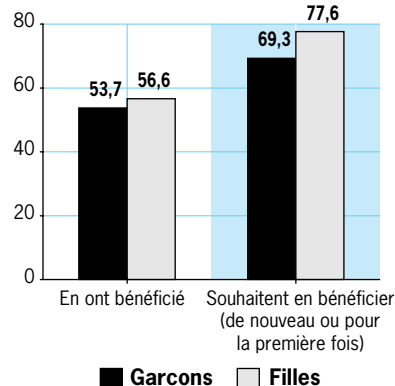


Figure 8

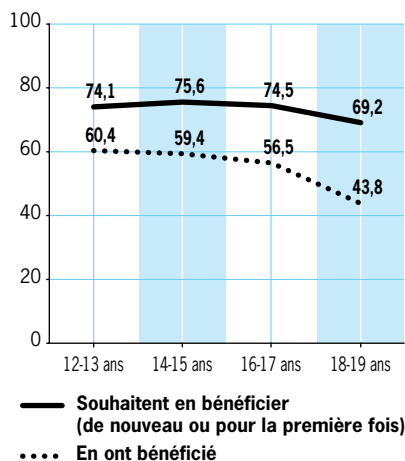
Jeunes qui ont eu et/ou qui souhaitent bénéficier d'informations sur la violence dans le cadre scolaire selon le sexe (en pourcentage)





**Figure 9**

**Jeunes qui ont eu et/ou qui souhaitent bénéficier d'informations sur la violence dans le cadre scolaire selon l'âge (en pourcentage)**



ne sont pas plus nombreux que les autres à souhaiter bénéficier d'informations sur la violence.

En revanche, les jeunes qui sont eux-mêmes acteurs de violence demandent en moins grand nombre des informations sur ce thème (66,8 % vs 74,0 %).

## Les conduites d'essai

### Présentation de la question

La conduite d'essai ou prise de risque a été abordée dans le Baromètre santé jeunes à travers les questions « *Au cours des trente derniers jours, avez-vous fait quelque chose de risqué pour le plaisir ou par défi ?* » et « *La dernière fois, qu'est-ce que c'était ?* ». Le parti pris d'utiliser une question ouverte a permis au jeune de déclarer un risque tel qu'il le perçoit à l'âge qu'il a, et dans la situation où il est.

Cette perspective a introduit une extrême diversité dans les réponses, ce qui a, à la

fois, rendu le codage plus complexe et permis d'appréhender ces différentes perceptions du risque. Par exemple, à 12 ans fumer une cigarette ou boire de l'alcool a pu être considéré comme un risque, alors qu'à 17-18 ans, cela a pu être conduire sur l'autoroute en sens inverse ou conduire sans avoir le permis. D'après les enquêteurs, les jeunes interrogés ont joué le jeu de ce questionnaire, parfois d'une manière très ludique, en citant assez rapidement un événement risqué au cours du dernier mois. La gravité de quelques déclaratifs a amené certains adolescents, s'ils avaient répondu affirmativement à la question, à refuser de donner le contenu de l'acte risqué (actes illicites ou perçus comme socialement disqualifiés ?). Le pourcentage de ce type de risque non renseigné a ainsi été de 13,1 %. Cette dernière question a été recodée, lorsque l'information a été donnée par le jeune, selon trois critères d'entrée.

Le premier est le lieu de cette conduite d'essai :

- sur la voie publique (par exemple : « *griller un feu rouge* », « *danser dans la rue* », « *aborder un inconnu dans la rue* », « *jouer au foot dans la rue et une voiture a failli renverser un copain* »),
- à l'école (« *j'ai montré mon postérieur en cours de philo, le prof a rien vu, je n'étais pas le seul !* », « *je n'ai pas appris mon cours de physique avant un contrôle* »),
- sur un terrain de sport (« *faire une retournette au foot* »),
- à la maison ou autour (« *fumer dans le garage* »),
- dans un autre lieu sans autre précision (« *aller à une fête sans autorisation parentale* », « *traverser les rails alors que le train arrivait* »).

Le deuxième critère de codage pris en compte est la situation de ce risque par rapport à la loi. À travers les réponses données, il a été possible de dire si le jeune a enfreint :

- la loi au sens juridique (loi civile et républicaine) (par exemple : « *vol à l'étalage* », « *récupération d'un accessoire de scooter volé* »),





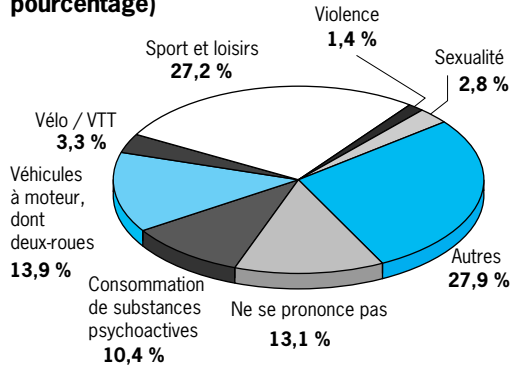
- la loi parentale (« sortir sans la permission de mes parents », « imiter la signature de mon père »),
  - la loi scolaire (« sécher une heure de cours »),
  - ou si le jeune n'a pas respecté un code social ou d'honneur avec ses pairs (« j'ai piqué le petit copain de ma copine », « j'ai pris la moto à un ami sans qu'il le sache »).
- Le dernier critère renseigné est le type de risque. Parmi les principales réponses citées, elles ont été classées selon le fait qu'il s'agissait d'un risque en lien avec :
- la consommation de substances psychoactives à la limite parfois de la tentative de suicide (« boire de l'alcool en grande quantité », « avaler des médicaments de toutes sortes », « beaucoup bu, envie de mourir », « prendre un ecstasy »),
  - l'utilisation d'un véhicule motorisé (« conduire une voiture sans avoir le permis »),
  - l'utilisation d'un deux-roues non motorisé (« faire du VTT dans un endroit dangereux »),
  - un sport ou un autre loisir (« escalade », « sauter un obstacle à cheval », « à la piscine, j'ai fait un saut en arrière », « en roller, j'ai essayé de faire une rotation sur un tremplin »...),
  - un acte violent (« frapper quelqu'un en groupe », « à l'école, on prend un autre jeune et on décide de le tabasser », « je me suis battu avec un plus grand »),
  - la sexualité (« relation avec une fille sans préservatif », « j'ai eu un flirt poussé avec un ami », « rapports sexuels, avec les parents dans la maison »),
  - et tout autre risque non renseigné ci-dessus (par exemple : « sonner aux portes et puis s'en aller », « parier sur le nombre de biscuits à manger en 1 minute », « je me suis amusé à montrer mon cul à un keuf » !, « j'ai pris le copain à une copine, elle ne me parle plus, mon copain m'avait larguée, il ne savait même pas pourquoi ! »)

15,1 % des jeunes déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi. Parmi les jeunes concernés par cette question, il y en a notamment 14,9 % qui ont pris ce risque sur la voie publique, 12,5 %

sur un terrain de sport, 6,9 % à l'école et 51,9 % dans un autre endroit (sans plus de précision). La répartition des types de risque évoqués par les jeunes est présentée sur la Figure 10.

**Figure 10**

**Répartition du type de risque pris (base = jeunes ayant pris un risque n=621 ; en pourcentage)**



**Mélanie, élève de troisième**

« Je fais souvent des choses dangereuses. Par exemple, je fais du scooter derrière mon copain sans casque. Souvent il prend des virages tellement couché que mon genou frôle le sol. Ou bien il fait des courses avec les automobilistes ou des roues arrière. Toutes les copines sont aussi derrière leurs copains. C'est sympa ! On délire un bon coup, ça apporte de la gaieté, du plaisir. Parfois, on traîne sur les toits des immeubles dans la cité. Un jour, on a ramassé des néons cassés et on les a balancés d'en haut. On a failli blesser gravement quelqu'un qui passait par là. J'ai eu très peur des conséquences. Ça me gêne quand nos délires mettent en danger la vie des autres. La mienne, je fais ce que je veux avec, mais pas celle des autres. »







Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à se déclarer preneurs de risque (19,4 % vs 10,7 %). La déclaration de ce comportement augmente significativement avec l'âge (Figure 11).

La structure familiale dans laquelle le jeune vit semble être liée au fait de prendre ou non un risque. Ainsi, les jeunes qui vivent dans des foyers recomposés sont plus nombreux que leurs pairs (ceux qui vivent dans une structure monoparentale ou avec leurs parents de naissance (ou d'adoption)) à déclarer avoir pris des risques (22,1 % vs 14,7 %).

Les jeunes dont le chef de famille est agriculteur déclarent moins souvent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi (10,9 %), à l'inverse de ceux dont le chef de famille est inactif (23,9 %) est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure (18,9 %) ou est artisan, commerçant ou chef d'entreprise (18,7 %) (Tableau V).

La Figure 12 indique qu'un effet taille d'agglomération semble jouer un rôle significatif dans le fait de se déclarer preneur de risque. Ce comportement est en effet moins souvent déclaré en zone rurale (12,7 %) que

dans les villes de 200 000 habitants et plus et notamment en agglomération parisienne, où respectivement 16,1 % et 18,8 % des jeunes ont pris un risque au cours du mois précédent l'enquête.

En analysant la prise de risque en relation avec d'autres variables comportementales, les jeunes qui boivent de l'alcool au cours de la semaine sont significativement plus nombreux à avoir pris un risque dans le mois

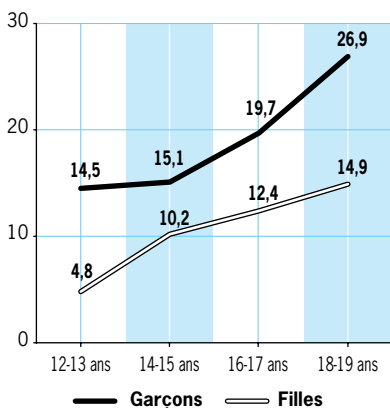
**Tableau V**

**Jeunes qui déclarent avoir pris un risque par plaisir ou par défi selon la profession du chef de famille (n=4115 ; en pourcentage)**

Agriculteurs	10,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	18,7
Cadres et prof. intellectuelles supérieures	18,9
Professions intermédiaires	14,6
Employés	15,4
Ouvriers	13,0
Inactifs	23,9
Ne sait pas	16,0

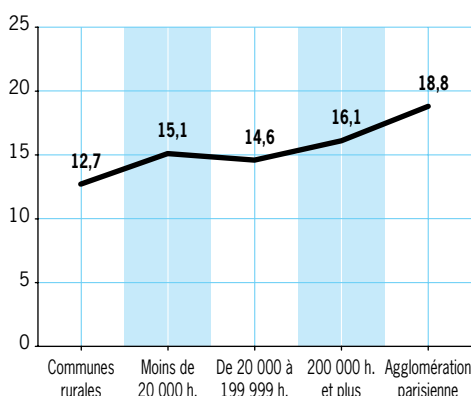
**Figure 11**

**Jeunes déclarant avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



**Figure 12**

**Jeunes déclarant avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours selon la taille d'agglomération de domicile (en pourcentage)**




**Brigitte, mère de deux filles de 15 et 17 ans**

« En matière de conduites à risque, ma fille a de l'imagination ! Elle a commencé par se brûler l'avant-bras avec une cigarette pour conclure une sorte de pacte de l'amitié avec ses copines. La voilà maintenant affublée d'une belle cicatrice ! Pour elle, m'a-t-elle expliquée, c'était la seule façon pour se faire admettre au sein de cette bande. Quelque temps plus tard, elle a renouvelé ce pacte d'amitié, mais cette fois-ci en se taillant les poignets pour échanger

son sang avec les autres. À l'époque où l'on ne parle que du sida, je peux vous certifier que cela fait peur ! À partir de là, j'ai trouvé que cela devenait grave, j'ai limité ses sorties, j'allais la chercher moi-même le soir quand elle tardait trop, quitte à essuyer ses reproches. Au bout de quatre ou cinq mois, elle s'est rendue compte qu'elle ne pouvait même pas compter sur ses fameuses amies avec un grand A, et elle a cessé de les fréquenter ».

(25,6 % vs 12,0 %). Il en est de même pour ceux qui déclarent au moins une ivresse au cours de leur vie (26,7 % vs 10,6 %). Les fumeurs réguliers sont significativement plus nombreux à déclarer avoir pris au moins un risque dans l'année (25,6 % vs 11,9 %). Cette tendance est aussi retrouvée chez les fumeurs de cannabis (question posée aux jeunes de 15 ans et plus), qu'ils soient consommateurs (une fois au cours de la vie : 30,2 % vs 12,9 %) ou consommateurs plus réguliers (dix fois ou plus dans la vie : 36,8 % vs 14,6 %). Ces résultats restent vrais lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe. En se référant à l'échelle de qualité de vie de Duke, les jeunes qui ont pris un risque au cours des trente derniers jours présentent des scores de santé physique (73,5 vs 78,6) et de santé mentale (65,6 vs 70,9) significativement inférieurs à ceux des autres jeunes. Ce résultat reste vrai lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe. En revanche, le score de santé sociale n'apparaît pas comme un facteur discriminant. En complément, il est important de rappeler les résultats obtenus précédemment pour ce qui concerne les actes de violence agie ou subie. Ils montraient que les jeunes déclarant avoir pris un risque par plaisir ou par défi sont plus nombreux à déclarer avoir été frappés ou blessés physiquement par

quelqu'un ou par un groupe de personnes (32,6 % vs 13,6 %) ou à s'être fait racketter (26,8 % vs 14,8 %). Parallèlement, ils ont déclaré plus souvent avoir eux-mêmes frappé ou blessé physiquement quelqu'un (38,1 % vs 13,2 %).

De même, si l'on se réfère au chapitre Accidents, on peut constater que les jeunes qui ont pris un risque au cours du mois précédent sont plus nombreux que les autres à déclarer avoir eu au moins un accident dans l'année (22,6 % vs 13,1 %).

### Conduite d'essai et non-respect de la loi

On observe qu'un tiers des preneurs de risque (33,9 %) a déclaré avoir enfreint la loi au sens général du terme (parentale, scolaire ou juridique). Ce pourcentage n'est pas négligeable compte tenu de la méthodologie utilisée pour cette enquête (par téléphone, au domicile avec éventuellement la présence des parents) et augmente avec l'âge (Figure 13).

Les situations de non-respect de la loi au sens juridique sont fort diverses. Elles recouvrent aussi bien les infractions au code de la route (« ne pas trop respecter le code de la route en voiture », « faire de la moto sans casque », « conduire une voiture sans



avoir le permis », « griller plusieurs feux rouges à vélo », la consommation de drogues illicites (« fumer du shit »), les rapports conflictuels avec les représentants de l'ordre (« se faire arrêter par la police parce que nous sortions d'une usine désaffectée », « j'ai insulté un keuf qui était venu nous « emmerder » alors que nous étions avec mes copains sur la place ») et le vol ou ses équivalents (« vol à l'étalage », « accompagner des copains au supermarché et être complice de vols de maquillage », « échange illégal de disques », « un vol de matériel bureautique », « voler un yaourt au self »). D'autres ont déclaré que dans le mois précédant l'enquête, ils avaient désobéi à la « loi », implicite ou explicite, fixée par les parents. Il s'agit alors souvent « d'infractions » au contrôle des horaires et des lieux de déplacement (« j'ai menti à ma mère, je lui ai dit que j'allais voir ma tante et en fait je suis allée au café », « rentrer après l'heure imposée par les parents », « je suis allée à Paris sans l'accord parental ») ou du classique « jeu » autour du bulletin scolaire (« caché mon bulletin scolaire »). L'infraction peut porter aussi directement sur les lois et règles établies par l'école rejoignant parfois les infractions à la loi civile (« sécher un cours », « répondre aux profs », « au collègue, dessiner sur les tables », « on a défoncé les murs de l'école à coup de pieds et on s'est fait virer »).

Ce type de risque (qui entraîne un irrespect de la loi) n'est pas différent selon le sexe (respectivement 34,3 % des garçons vs 33,2 % des filles), mais augmente avec l'âge.

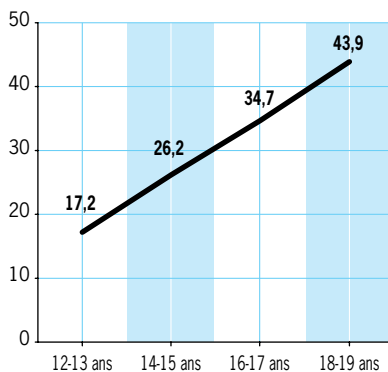
### Conduite d'essai en rapport avec un véhicule motorisé

Pour plus d'un jeune « preneur de risque » sur dix (14,0 %), le risque est en lien avec un véhicule motorisé : « prendre l'autoroute en sens inverse », « conduire sans permis », « faire une course de mobylettes », « une partie de course en voiture avec des copains », « conduire alors que j'étais éméché », « j'ai conduit mon scooter alors que j'avais bu de l'alcool et fumé un joint ». Les

garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer être dans ce cas (17,1 % vs 7,9 %). Ce type de risque est de plus en relation linéaire avec l'âge, comme le montre la Figure 14.

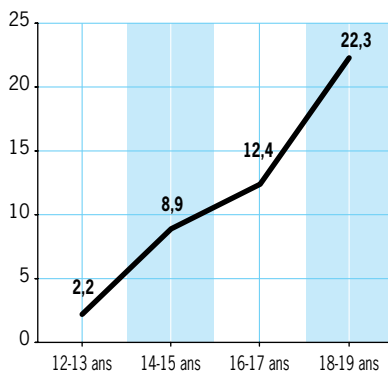
**Figure 13**

**Jeunes qui enfreignent une « loi » selon l'âge (en pourcentage ; base jeunes ayant pris un risque « par plaisir ou par défi »)**



**Figure 14**

**Jeunes ayant pris des risques au cours du mois précédent l'enquête avec un véhicule motorisé, selon l'âge (en pourcentage ; base jeunes ayant pris un risque « par plaisir ou par défi »)**





L'effectif relativement faible ne permet pas d'effectuer d'autres analyses. Cependant, de manière complémentaire, une question a permis de connaître la proportion de jeunes à qui il arrive de ne pas mettre leur casque (en moto, mobylette et scooter) ou leur ceinture de sécurité en voiture (à l'avant ou à l'arrière). Parmi les jeunes ayant fait de la moto, de la mobylette ou du scooter au cours des douze derniers mois (38 % de l'échantillon), 8,6 % n'ont pas porté un casque la dernière fois qu'ils en ont fait, cette donnée ne variant pas selon le sexe et l'âge du répondant.

De plus, 4,2 % des jeunes interrogés déclarent ne pas avoir mis leur ceinture de sécurité la dernière fois qu'ils sont montés à l'avant d'une voiture et 34,5 % la dernière fois qu'ils étaient à l'arrière d'une voiture, les garçons et les jeunes plus âgés étant plus souvent dans ce cas.

## Les conduites suicidaires

Le suicide est souvent abordé dans les enquêtes auprès des jeunes en raison d'une mortalité élevée : première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième chez les 15-24 ans.

Cependant, le suicide comme objet d'étude est difficile à définir. Cette enquête déclarative explore trois dimensions de cette question sensible :

– Dans un premier lieu, tout ce qui concerne la pensée du suicide (idéation suicidaire) n'est pas nécessairement en rapport direct avec une tentative de suicide. Elle constitue une première approche : penser à la mort et explorer les limites de la vie sont chose plus « banale » à l'adolescence qu'à d'autres périodes de la vie, sans qu'un passage à l'acte suicidaire soit nécessairement envisagé. Pourtant, il existe (voire les résultats ci-après) une réelle continuité entre le fait d'avoir pensé au suicide au cours

des douze derniers mois (comme exploré dans ce Baromètre) et la tentative suicidaire.

– Entre ces deux extrêmes, se situe l'idée de déclarer avoir fait « un plan précis pour se suicider ». Un adolescent ayant réfléchi à ce type de plan ne se situe plus dans le domaine de la rêverie fantasmagorique, mais envisage plus encore le suicide au niveau d'une mise en acte possible.

– La tentative de suicide au cours de la vie a aussi été explorée (le terme de jeunes « suicidants » a été employé). C'est bien entendu le jeune lui-même qui déclare avoir ou non tenté de se suicider, selon la manière dont il l'entend. Certaines tentatives de suicide passent ainsi inaperçues de l'entourage, alors que d'autres donnent lieu à une hospitalisation (question posée). Pour explorer le contexte de la dernière tentative de suicide, il a paru important de préciser la valeur d'appel au dialogue (la dernière tentative de suicide a-t-elle donné lieu à l'amorce d'une parole à un proche) ou de demande de soin d'un tel acte (y a-t-il eu un suivi ?).

L'aspect éthique de l'abord de ce type de question a été soulevé au moment de l'élaboration du questionnaire, aussi a-t-il été décidé de ne l'aborder qu'avec les 15 ans et plus. En outre, la consigne a été donnée aux enquêteurs d'être particulièrement attentifs et empathiques vis-à-vis des jeunes ayant un profil suicidaire et de leur fournir, le cas échéant, le numéro du téléphone portable de deux membres de l'équipe — médecin et psychologue — avec la possibilité de les joindre à toute heure. Les jeunes concernés par cette éventualité ne l'ont, en fait, pas utilisée.

### Avoir pensé au suicide

Au cours des douze derniers mois, 10,5 % des 15-19 ans ont « pensé au suicide » (7,5 % de garçons et 13,7 % de filles). Le fait d'avoir pensé au suicide ne varie pas de manière significative selon l'âge.

Le chiffre avancé par l'unité 472 de l'Inserm pour ce qui concerne les idées suicidaires chez les 11-19 ans en milieu scolaire [2]



est nettement plus élevé que ceux de cette enquête, alors qu'il concerne des 11-19 ans (23,4 % des jeunes ayant pensé au suicide). Le libellé de la question semble légèrement différent. Alors que le Baromètre santé jeunes pose la question sur la période des douze derniers mois avec deux seules modalités de réponses possibles (« oui » ou « non »), l'enquête de 1993 [2] posait la questions des idées suicidaires avec quatre modalités : « très souvent », « assez souvent », « rarement » ou « jamais ». Le regroupement des modalités « assez souvent » et « très souvent » de cette enquête

passée correspond peu ou prou (9 %) à la réponse « oui » de notre enquête. Est-ce à dire que les jeunes ayant répondu « rarement » à l'enquête 1993 [2] seraient plutôt tentés de déclarer « non » s'il n'avaient le choix qu'entre deux modalités ? En dehors de cette affirmation hypothétique, il est possible d'évoquer le biais de sous-déclaration lié au média téléphonique pour certaines questions sensibles (cf. questions sur la violence sexuelle). Cependant, en ce qui concerne toutes les questions liées au suicide (idéation et tentative de suicide), il ne semble pas que le fait que le jeune soit seul ou non pendant la communication téléphonique ait eu quelque influence sur ses réponses (cf. chapitre Introduction et méthodologie).

L'idéation suicidaire s'est révélée différente selon la structure familiale rencontrée. Les jeunes issus de familles monoparentales (12,9 %) ou recomposées (16,7 %) ont plus souvent pensé au suicide que ceux habitant avec leurs deux parents (9,4 %). Le chômage de la mère, voire l'absence d'une figure maternelle à la maison (mère ou belle-mère), sont en relation avec les pensées suicidaires.

Les jeunes ayant pensé au suicide déclarent deux fois plus souvent avoir subi des violences physiques au cours des douze derniers mois (16,7 % vs 8,2 % pour le reste de la population des 15-19 ans) et aussi à avoir été acteurs de violence (12,1 % vs 8,4 %), à avoir eu des rapports sexuels forcés au cours de leur vie (7,4 % (effectif faible ; n=21) vs 1,5 % pour les autres). Ils sont d'ailleurs plus souvent sexuellement actifs (60,6 % vs 47,2 %). Ils déclarent aussi plus fréquemment avoir pris certains risques (au cours du dernier mois) par plaisir ou par défi (33,5 % vs 15,9 %). Ils ont eu, en moyenne, plus d'accidents au cours des douze derniers mois.

Les idées suicidaires sont aussi reliées d'une manière nette avec le dialogue instauré à l'intérieur ou en dehors de la famille :  
– plus les adolescents se déclarent être objets d'estime et d'écoute de la part de

### Mélanie, élève de troisième

**« Il n'y a pas très longtemps, j'ai eu des idées de suicide. Je suis très complexée. Dans ma classe, chaque jour et par toutes sortes de petites réflexions méchantes, on me fait ressentir que je ne suis pas dans les normes de la beauté. Peut-être parce que j'ai des lunettes et que je suis un peu ronde. Déjà que je ne me trouve pas jolie, les autres en rajoutent encore. Et la mort de mon grand-père n'a fait qu'aggraver les choses. Je me suis sentie vraiment trop triste, j'en avais marre de tout, je me disais que je n'arriverais pas à supporter tout ça. Le plus dur, c'est que je n'avais personne à qui en parler. Pas de vraie copine et quant à ma mère, je ne lui fais pas confiance. Ce que je vis, ce qui m'arrive, elle n'a pas à le savoir. Parfois je me laisse aller à lui dire des choses et dans une discussion avec des gens, cela lui échappe et tout le monde est au courant. J'ai l'impression d'être trahie. Non, j'étais vraiment toute seule. Si je ne suis pas passée à l'acte, c'est peut-être que finalement j'aime bien la vie... »**





leurs parents (« vos parents vous félicitent » et « vos parents écoutent vos idées et vos opinions »), moins ils ont d'idées suicidaires (Figure 15) ;

– les jeunes ayant le sentiment d'un certain manque de cohérence parentale (« vos parents oublient vite un règlement qu'ils ont établi ») déclarent plus souvent penser au suicide que les autres ;

– les jeunes ayant des difficultés à parler à leur père, leur mère, un frère ou une sœur ou même un professeur en cas de difficultés ont plus souvent des idées suicidaires.

En ce qui concerne les comportements de santé :

– ceux qui déclarent avoir pensé au suicide sont plus souvent fumeurs et le pourcentage d'adolescents ayant des pensées suicidaires est en relation directe avec le statut tabagique (Figure 16) ;

– ils sont plus nombreux à déclarer boire de l'alcool. Pour les alcools forts et mis à part les consommateurs journaliers (n=2), le pourcentage de jeunes ayant pensé au suicide décroît avec la périodicité de consommation (respectivement 22,4 %, 15,5 %, 15,0 %, 11,0 % et 7,4 % pour les périodicités suivantes : plusieurs fois par semaine, une fois par semaine, une fois par mois, moins souvent et jamais). De plus, les jeunes ayant des idées en rapport avec le suicide déclarent avoir eu presque deux fois plus d'ivresses au cours des douze derniers mois que les autres (2,5 vs 1,4) ;

– les 15-19 ans ayant pensé au suicide sont plus nombreux à affirmer avoir consommé du cannabis au cours de l'année.

Le fait de penser au suicide est très corrélé avec la fréquence de certains troubles du comportement alimentaire<sup>1</sup> au cours des douze derniers mois. De plus, si le fait de penser au suicide n'est pas en relation avec les classes d'indice de masse corporelle (calculées directement à partir de la taille et du poids), il est fortement relié au senti-

1. Se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette.

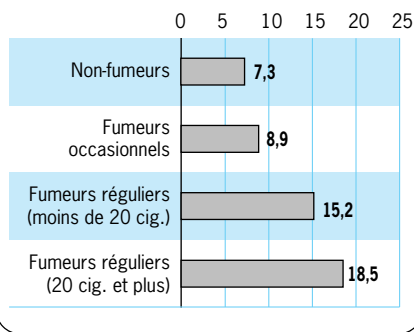
Figure 15

**Jeunes ayant eu des idées suicidaires selon la perception de l'estime parentale (en pourcentage)**

	Vos parents écoutent vos idées	Vos parents vous félicitent
Très souvent	6,2	8,6
Assez souvent	7,2	8,3
Parfois	13,1	16,3
Jamais	23,1	17,1

Figure 16

**Jeunes ayant des pensées suicidaires selon le statut tabagique (en pourcentage)**



ment « subjectif » de se trouver trop gros ou trop maigre.

Ces jeunes ayant des idées suicidaires déclarent plus souvent avoir consommé des médicaments au cours du dernier mois et avoir vu un généraliste (4,8 fois dans l'année vs 3,4 pour les autres), un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste (2,4 fois en moyenne dans l'année vs 0,3 fois pour les autres). Seulement 18,8 % d'entre eux ont vu au moins une fois cette dernière catégorie d'intervenants vs 3,4 % chez les autres jeunes.



## Parler des pensées suicidaires

Parmi ceux qui déclarent avoir pensé au suicide, un peu moins de la moitié (45,1 %) en a parlé à quelqu'un. Cette attitude n'est reliée ni au sexe, ni à l'âge, mais est moins marquée chez les jeunes demeurant avec leurs deux parents (41,1 %), que chez les enfants de familles monoparentales ou recomposées (63,8 % et 46,4 % respectivement). La pensée du suicide, si elle est plus répandue chez ces derniers, paraît néanmoins avoir plus ici une valeur d'appel au dialogue avec les adultes.

Les stratégies de *coping*<sup>1</sup> élaborées en cas de difficulté par les jeunes (en cas de conflit avec un ami) ont été examinées de façon plus précise. Par comparaison avec les autres jeunes ayant eu des pensées suicidaires, ceux qui ont pu parler de leurs pensées suicidaires avec quelqu'un déclarent aussi avoir des attitudes de *coping* faisant appel à l'expression des sentiments et au recours à une personne ressource extérieure : en parler à d'autres pour avoir un avis, raconter ce que l'on ressent à un ami et chercher du réconfort auprès de la famille ou d'un d'adulte.

## Un projet précis

1,3 % des jeunes affirment avoir eu « un projet précis pour se suicider » (2,1 % de filles vs 0,5 % de garçons ; environ 12 % de ceux qui ont pensé au suicide), les effectifs sont ici trop faibles pour « croiser » cette attitude avec certains variables sociodémographiques.

## Les suicidants ou ex-suicidants

Au cours de la vie, 3,7 % des jeunes interrogés déclarent avoir effectué une tentative de suicide (2,1 % des garçons et 5,4 % des filles).

L'enquête Inserm 1993 [2] donnait un chif-

fre un peu supérieur (6,5 %) pour les 11-19 ans scolarisés. Les mêmes remarques que plus haut peuvent être faites quant à certaines interprétations de cet état de fait. En tenant compte de la fréquence d'hospitalisation (plus du tiers de l'échantillon vs 20 % pour l'enquête Inserm [2]), le pourcentage de suicidants déclarant avoir été hospitalisés est à peu près identique dans les deux enquêtes. De plus, le chiffre avancé, dans l'enquête 1993 [2], du nombre de suicidants déclarés chez les 11-13 ans paraît élevé (2 % chez les garçons et 6 % pour les filles). Il est possible d'évoquer des effets de contamination dans des enquêtes scolaires en « grappes » avec passation des questionnaire par classe.

Parmi les suicidants, 57,6 % ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois vs 8,7 % dans le reste de cette tranche d'âge. En considérant l'année de la tentative de suicide, il est possible de remarquer que si, logiquement, les suicidants de l'année (1997) ont plus souvent pensé au suicide que les autres au cours des douze derniers mois, cela est vrai aussi pour les suicidants des années précédentes (respectivement 76,0 % et 43,1 % des jeunes dont la tentative de suicide s'est situé en 1996 ou avant 1995 ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois vs 8,8 % chez le reste des jeunes).

La fréquence des tentatives de suicide au cours de la vie déclarées varie selon l'âge, sans que cette évolution soit linéaire. Les jeunes au chômage déclarent quatre fois plus souvent avoir effectué une tentative de suicide (16,4 % vs 4,3 % pour les autres), ainsi que ceux qui sont hors du circuit scolaire (6,1 % vs 3,4 %).

Les jeunes issus de familles recomposées déclarent plus souvent une tentative de suicide (8,0 %) que ceux d'autres types de familles (monoparentale : 2,5 % ; jeune vivant avec ses parents de naissance (ou d'adoption) : 3,3 %). Les suicidants ont enfin plus souvent redoublé au moins une fois au cours de leur vie scolaire.

Les jeunes suicidants déclarent plus souvent avoir été frappés ou blessés au cours

1. Le « *coping* » est défini comme l'ensemble des actions et des cognitions qui permettent de tolérer ou d'éviter ou de minimiser l'effet du stress.



de l'année écoulée (16,0 % vs 8,8 % pour les autres) et avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de la vie (15,0 % (effectif faible : n=15) — 13,3 % des garçons et 15,7 % des filles — vs 1,7 % — 1,0 % des garçons et 2,4 % des filles — pour les autres). Par ailleurs, ces jeunes sont plus nombreux à être sexuellement actifs (73,3 % ont déjà eu des relations sexuelles contre 47,6 % pour les autres) et ont eu leur premier rapport plus précocement. Les jeunes filles « suicidantes » ont beaucoup plus souvent déclaré avoir été enceinte au cours de leur vie (15,5 % vs 2,0 % pour les autres). Tous ces résultats restent vrais en tenant compte de l'âge et du sexe.

Comme pour l'idéation suicidaire, les tentatives de suicides sont en relation avec le dialogue instauré à l'intérieur ou en dehors de la famille (Figure 17). Les adolescents qui se déclarent objets d'estime et d'écoute de la part de leurs parents (« vos parents vous félicitent » et « vos parents écoutent vos idées et vos opinions ») ont moins souvent fait de tentatives de suicide, ainsi que les jeunes dont les parents veulent savoir où ils sont. Ces différences restent vraies en tenant compte de l'âge et du sexe. Pour les autres questions liées au contrôle parental (« vous disent à quelle heure rentrer » et « oublient vite un règlement qu'ils ont établi »), la différence n'est pas significative.

Comme pour les pensées suicidaires, les tentatives de suicide sont reliées d'une manière très significative avec certains troubles alimentaires (se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette). Contrairement à ceux qui déclarent avoir des pensées suicidaires, les jeunes ayant fait des tentatives de suicide se situent plus souvent aux extrêmes de la courbe d'indice de masse corporelle<sup>1</sup> (Figure 18).

En ce qui concerne les comportements de

1. Effectifs faibles. Indice de masse corporelle = taille/poids<sup>2</sup>. Les déciles sont déterminés à partir de valeurs de référence sur la population française fournie par l'unité 290 de l'Inserm.

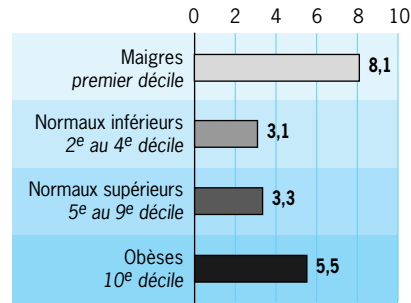
Figure 17

**Jeunes suicidants selon certaines attitudes parentales (en pourcentage)**

	Très ou assez souvent	Parfois ou jamais
Veulent savoir où vous en êtes	3,3	5,6
Vous félicitent	2,2	5,6
Vous disent à quelle heure rentrer	3,5	4,0
Oublient vite un règlement	4,8	3,3
Écoutent vos idées	2,9	6,3

Figure 18

**Suicidants selon l'indice de masse corporelle (en pourcentage)**



santé déclarés et ce, en tenant compte de l'âge et du sexe :

- les jeunes « suicidants » ont plus souvent fait — pour le plaisir ou par défi — quelque chose de risqué ou de dangereux au cours des trente derniers jours ;
- le pourcentage de suicidants augmente avec le statut tabagique de l'adolescent (effectifs faibles) (Figure 19) ;
- ils ont plus souvent déjà été ivres au cours de la vie (72,9 % vs 45,7 % pour les autres) ;
- 40,6 % ont consommé du haschich dix fois ou plus au cours de leur vie vs 13,3 %



France, maman de trois enfants de 16, 19 et 21 ans

« L'année dernière, ma fille s'était mis en tête de devenir danseuse étoile. Pendant un an, elle a fait énormément de danse, le soir à la sortie du collège, le mercredi, le week-end. C'était très fatiguant physiquement, mais elle était ravie. Cette année, à l'entrée en seconde, elle a du abandonner cette activité : elle avait trop de travail au lycée. Depuis, elle n'a pas le moral, elle tourne en rond et récemment j'ai trouvé des dessins où elle a représenté des jeunes filles évanescentes, couvertes de voiles, qui s'étaient

ouvert les veines. Plusieurs fois, elle m'a dit qu'elle allait se suicider, que sa vie était nulle, qu'elle était mal dans sa peau. C'est très inquiétant pour les parents d'entendre ce genre de discours, même si au fond je suis rassurée qu'elle se confie à moi. Je crois effectivement que sa vie n'est pas drôle et ne correspond peut-être pas à ses aspirations. Mais que faire? Je ne peux pas lui laisser abandonner ses études, sachant qu'elle a une chance sur mille de devenir danseuse étoile... »

pour le reste des 15-19 ans et ont commencé à un âge en moyenne plus précoce que les autres (15,4 ans vs 16,0 ans).

– ils ont plus souvent consommé des médicaments pour dormir, contre la nervosité ou la douleur, que les autres jeunes et souvent consulté un professionnel de l'aide psychologique au cours des douze derniers mois (26,0 % vs 4,1 % pour les autres).

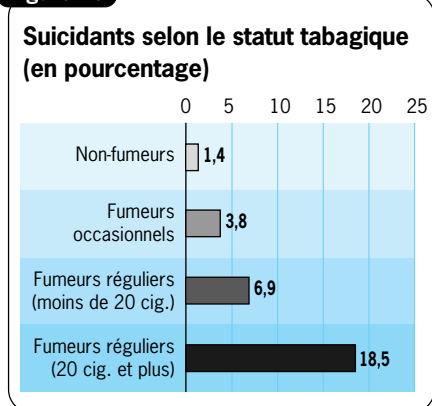
### Le contexte de la dernière tentative

Parmi les « suicidants », 70,3 % ont effectué une seule tentative, 19,7 % deux et

10,0 % trois ou plus. Le nombre de tentatives de suicide déclarées ne diffère pas chez les garçons et les filles.

Les deux tiers des tentatives (69,9 %) ont eu lieu au cours des trois dernières années. À la suite de la dernière tentative, 32,8 % des sujets ont été hospitalisés, 36,5 % ont été suivis par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 59,1 % en ont parlé avec une autre personne. Les jeunes dont la dernière tentative a été suivie d'une hospitalisation ont une qualité de vie moindre, notamment pour ce qui concerne la dépression et la santé mentale : l'hospitalisation est très certainement un indice de gravité. D'ailleurs, ces jeunes ont plus souvent été suivis par un médecin ou un « psy » que les non-hospitalisés (60,6 % vs 25,0 %). Cet état de fait explique probablement en partie que ceux qui ont été suivis n'ont pas globalement de meilleure qualité de vie déclarée que les autres<sup>1</sup>. Les jeunes qui ont pu en parler à une autre personne ont un score d'anxiété (profil de santé de Duke) « meilleur » que les autres. Ils sont plus nombreux parmi ceux qui ont été suivis par un professionnel de santé. Une hypothèse serait que la sollicitation d'un profession-

Figure 19



1. Ils ont plus souvent été hospitalisés et auraient donc eu, au départ, une détresse psychologique plus marquée.



nel permettrait d'instaurer ou de renouveler dans un second temps le dialogue avec les proches. Une autre hypothèse, qui n'exclut pas la première, serait que les deux types de démarches — demande d'aide auprès d'un professionnel et appel à l'entourage — s'inscriraient dans la même « stratégie de *coping* »<sup>1</sup> qui privilégierait le recours à l'appui extérieur.

## Analyse et synthèse

### Le sexe

Qu'il s'agisse de violence physique subie ou agie, il y a une nette prédominance masculine pour ces phénomènes, y compris en ce qui concerne le racket. Parmi les victimes de violence, les filles déclarent plus souvent avoir été agressées par une seule personne. À l'inverse, les garçons signalent plus souvent une agression de groupe.

Parmi les 15 ans et plus qui ont déclaré avoir été victimes de rapports sexuels forcés, les filles sont plus nombreuses que les garçons, même si ces derniers sont plus de 1 %.

Les filles sont aussi plus souvent demandeuses d'informations sur la violence.

Les garçons sont deux fois plus nombreux à déclarer avoir pris des risques par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours.

L'idéation suicidaire et les tentatives de suicides déclarées concernent beaucoup plus souvent les adolescentes, alors que la mortalité par suicide en France, à cet âge comme aux autres, est nettement marquée par une prédominance masculine.

### L'âge

Pour la tranche d'âge 12-19 ans, il est à noter que quel que soit le sexe, ce com-

1. Les « stratégies de *coping* » — *coping strategy* — désignent les modalités de lutte contre les événements stressants.

portement de violence subie ou agie, ainsi que le racket, sont plus fréquents chez les 15 ans et plus.

La demande d'information sur la violence demeure importante chez les jeunes jusqu'à l'âge de 17 ans, elle décline ensuite. La prise de risque « par plaisir ou par défi » est un comportement déclaré qui augmente significativement avec l'âge. Les tentatives de suicide déclarées, quant à elles, concernent nettement plus les jeunes de 17 ans.

### Autres caractéristiques

Plus les jeunes vivent dans des zones d'habitation urbanisées, plus ils sont nombreux à signaler des agressions subies ou agies, avoir été victime de racket et avoir « pris un risque par plaisir ou par défi ». La situation familiale est aussi un facteur très discriminant. Les jeunes vivant avec leurs deux parents de naissance (ou d'adoption) sont moins nombreux à avoir déclaré des actes de violence (agie ou subie), à avoir été en proie à l'idéation suicidaire ou à avoir fait une tentative de suicide.

Les prises de risque semblent aussi être moins importantes chez les jeunes qui vivent avec leurs parents de naissance (ou d'adoption).

Les consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites sont plus souvent acteurs ou victimes de violence (y compris d'agressions sexuelles pour les victimes). De même, la prise de risque est aussi fortement liée à la consommation de substances psychoactives, ainsi que le fait d'avoir eu des pensées suicidaires ou d'avoir tenté de se suicider.

Les victimes comme les acteurs de violence se déclarent plus souvent être en moins bonne santé physique et mentale que les autres ; ceci est aussi constaté pour les jeunes victimes de violence sexuelle, ceux qui ont été preneurs de risques et pour les 15-19 ans ayant pensé au suicide ou ayant déjà effectué une tentative suicidaire.

Toutes les questions concernant l'autoagression, l'hétéroagression et les comportements



d'essais et de prise de risque sont, comme précisé en introduction, très corrélées entre elles.

Le *Tableau VI* résume les interrelations significatives et positives entre ces différentes variables (la question de l'accident au cours de la vie a été ajoutée, même si ce point particulier est abordé dans un autre chapitre).

Les adolescents acteurs de violence ou ayant pris un risque « par plaisir ou par défi » sont aussi plus souvent victimes d'actes violents (ainsi les jeunes ayant frappé ou blessé sont plus souvent rackettés et victimes de violence physique que les autres). Certains événements, comme la tentative de suicide et le fait d'avoir été victime de violences sexuelles, s'inscrivent plus logiquement dans une perspective de « victimisation » (ces adolescents ne sont pas plus que les autres acteurs de violences physiques).

Cependant, la période sur laquelle porte l'interrogation n'est pas la même pour chacun de ces comportements relatifs à la prise de risque et à la violence. Les événements ayant eu lieu au cours de la vie peuvent en effet s'être déroulés dans un passé relativement lointain pour le jeune (tentative de suicide deux ou trois ans auparavant ou violences sexuelles dans l'enfance), alors que le risque pris « par plaisir ou par défi » se situe, en revanche, dans le dernier mois. Il n'est donc pas possible d'évoquer une causalité reliant ces événements. Il est préférable de parler d'un contexte de renforcement circulaire, dans lequel la victimisation ou la violence (agie ou subie) passée crée une fragilité actuelle par rapport à une violence actuelle (agies ou subie) restant de plus en relation avec un contexte familial et social n'ayant pas toujours évolué au cours du temps.

**Tableau VI**

**Relations significatives et positives entre les différents contacts avec le risque (une ★ est indiquée au croisement entre une ligne et une colonne si les deux comportements concernés sont significativement corrélés)**

	Acteur de violence <sup>a, c</sup>	Avoir pris un risque <sup>b</sup>	Accident <sup>c</sup>	Victime de racket <sup>c</sup>	Victime de violence <sup>c, d</sup>	Avoir subi « un rapport sexuel forcé » <sup>e</sup>	Suicidants <sup>e</sup>
Acteur de violence <sup>a, c</sup>	-	★	★	★	★		
Avoir pris un risque <sup>b</sup>	★	-	★	★	★	★	★
Accident <sup>c</sup>	★	★	-	★	★	★	
Victime de racket <sup>c</sup>	★	★	★	-	★		
Victime de violence <sup>c, d</sup>	★	★	★	★	-	★	★
Avoir subi « un rapport sexuel forcé » <sup>e</sup>		★	★		★	-	★
Suicidants <sup>e</sup>		★			★	★	-

a. « Avoir frappé ou blessé quelqu'un ». b. au cours du dernier mois (par plaisir ou par défi). c. au cours des douze derniers mois. d. « frappé ou blessé ». e. au cours de la vie.

**références bibliographiques**

1. Windle M. *Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample*. *Addiction* 1994 ; 89 : 175-82.
2. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.



# Violence, suicide and risk behaviours

Marie-Pierre Janvrin, Jacques Arènes, Philippe Guilbert

## the key facts in a few figures...

### Violent acts suffered and committed

7.8% of young people report that they have been hit or physically injured during the last twelve months.

Acts of physical violence against another are reported by 8% of 12-19 year olds. Boys are more often violent than girls and this behaviour increases with age.

These acts of aggression towards others are related to a number of socio-demographic variables (living in an urban area with a population of more than 20,000, living in a reconstituted or single parent family, being in a home where the head of household is economically inactive) and certain risk behaviours ("having taken a risk for fun or as a dare") during the last month, smoking regularly, consuming alcohol, having been inebriated, taking cannabis). More young people in less than good physical and mental health (Duke profile scores) also come into this category. 3.0% of young people aged 12-19 have been beaten up during the last twelve months. In three quarters of cases (74.8%) they were attacked by a group. This phenomenon is more often urban. 0.2% of 12-19 year olds state they have beaten someone up in the last twelve months.

### Victims of sexual assault

2.2% of young people aged 15 and over report having been the victim of a sexual assault at least once in their life (3.1% of girls and 1.2% of boys).

### Demand for information about violence

In the course of the twelve months preceding the survey, more than one young person in two (55.2%) report having had an information or discussion session held at school (in or out of normal lesson time) on the subject of violence. Almost three quarters of 12-19 year olds (73.4%) would like information on this subject to be provided at school (questions put to school students).

### Risk behaviour

15.1% of young people state they have done something potentially dangerous for fun or for a dare during the last twelve months. Twice as many boys as girls say they have taken risks (19.4% v 10.7%). This behaviour increases significantly with age.

### Suicidal thoughts

10.5% of 15-19 year olds have thought



about suicide in the course of the last twelve months (7.5% of boys and 13.7% of girls). They are more often young people not living with their birth or adoptive parents and they feel their parents listen to them less than other young people do. Young people who have suicidal thoughts have more marked psychoactive substance consumption behaviour (tobacco, alcohol, illegal substances), have more often been the victim of violence (including sexual assault) and have more frequently taken “a risk” for fun or for a dare within the last month. Finally, forming ideas of suicide is strongly correlated with eating disorders. More than half (45.1%) of these young people have talked to someone about their problems. Moreover, 1.3% of 15-19 year olds have, during the course of the year, made a specific plan to commit suicide.

### **Suicide attempts**

During their life, 3.7% of those aged 15 and over have made one suicide attempt (2.1% of boys and 5.4% of girls). They are most often unemployed, from single parent or reconstituted families and have had to repeat a school year at least once. A profile is also found which includes interest in the consumption of alcohol, tobacco or cannabis and a high incidence of having suffered violent assault as in young people who have thought about suicide.

70.3% of “attempted suicides” have made one attempt, 19.7% two and 10.0% three or more. Two thirds of attempts took place within the last three years. Following the last attempt, 32.8% were admitted to hospital, 36.5% were monitored by a doctor or a psychological counselling specialist and 59.1% talked about it to someone else.













# Accidents

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Perception du risque d'accidents

Les accidents de la circulation constituent la crainte majeure des jeunes âgés de 12 à 19 ans, les autres types de traumatismes étant cités plus rarement. Les adolescents qui craignent le plus les accidents sont ceux qui en ont été le plus victimes.

### La fréquence des accidents

Plus d'un jeune sur cinq (21,0 %) déclarent avoir été victimes d'au moins un accident (au cours des douze derniers mois) ayant nécessité une intervention médicale, c'est-à-dire 1,4 million d'adolescents de 12 à 19 ans résidant en France. Le nombre moyen d'accidents par an est de 1,44 parmi les enfants accidentés. Ces derniers sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles et c'est entre 14 et 17 ans qu'ils sont à leur maximum parmi la population masculine.

### Les types d'accidents

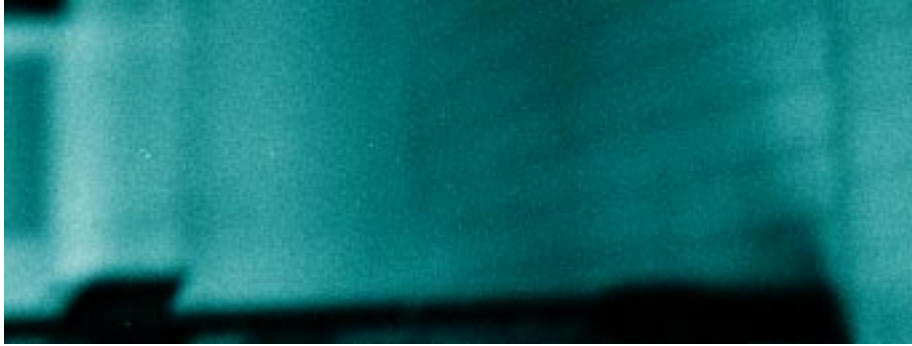
Ce sont les accidents de sport et de loisirs (en dehors du vélo) qui constituent plus de la moitié des traumatismes (52,5 %). Ensuite, viennent les accidents de deux-roues à moteur (12,1 %), puis les accidents domestiques (7,6 %), les

accidents scolaires arrivant en quatrième position (7,4 %), juste avant le vélo (7,0 %).

### Le profil du jeune accidenté

C'est un garçon qui a entre 14 et 17 ans habitant plutôt en ville dans un milieu familial où le chômage est présent. C'est aussi un adolescent qui a un réseau social plutôt développé et qui consomme davantage que les autres de l'alcool ou du haschich. Il a une certaine conscience des risques d'accidents pour sa propre personne.





Dès le plus jeune âge et durant toute l'adolescence, les enfants sont victimes de nombreux accidents, que ce soit de la vie courante (domestiques, sport et de loisirs, à l'école) ou de la circulation. C'est la première cause de mortalité chez les jeunes : en 1996, plus de la moitié (52,2 %) de l'ensemble des décès pour la classe d'âge des 10-19 ans étaient liés à des traumatismes ou des empoisonnements (hors suicides et homicides). Cet important problème de santé publique ne se limite pas aux décès qui ne sont que la partie visible de l'iceberg. La fréquence des blessures, des hospitalisations et des handicaps est aussi très élevée à cette période de la vie. Le nombre de personnes (tout âge) victimes d'un accident de la vie courante est estimé à plus de 5,5 millions par an [1]. Les pourcentages d'hospitalisations consécutives à des violences accidentelles ou volontaires représentent 12 % des enfants de moins de 15 ans, 21 % des 15-24 ans et 12 % de la population globale hospitalisée (données Sesi, 1992-1993).

La majorité des accidents est évitable et de très grands progrès ont été faits de-

puis quelques années dans le domaine de leur prévention. C'est ainsi que pour les accidents de la vie courante, en quinze ans, le nombre de décès par an chez les moins de 25 ans a diminué de 1 500 : on est passé de plus de 2 500 en 1981 à moins de 1 000 décès par an en 1996. En ce qui concerne les accidents de la circulation, une baisse de 45 % a aussi été observée depuis quinze ans [2].

Cette évolution favorable doit se poursuivre dans les prochaines années. C'est pourquoi la prévention des accidents est aujourd'hui un des problèmes de santé publique prioritaire pour la France [3]. En six ans (1994-2000), l'objectif est de diminuer de moitié le nombre et le taux de mortalité pour les accidents de la circulation et de 20 % pour les accidents de la vie courante.

Ce chapitre permet de répondre à quelques questions qui devraient orienter les choix futurs d'une politique encore plus efficace de promotion de la santé dans ce domaine essentiel de la prévention. Comment les jeunes perçoivent-ils les accidents ? Quelle est l'importance réelle du problème dans la population des 12-19 ans ? Dans quelles circonstances se déroulent ces événements ? Qui sont les jeunes les plus souvent accidentés ?

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.

## Résultats

### Perception du risque d'accidents

Dans la hiérarchie des risques exprimés par les jeunes (*Tableau I*), les accidents de la circulation constituent la crainte majeure. Les accidents de sport et de loisirs, et ceux du travail ou d'atelier (question posée uniquement aux jeunes ayant un emploi ou étant en formation), sont respectivement en 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> positions dans ce classement. 15,6 % des 12-19 ans (11<sup>e</sup> position) déclarent craindre les accidents domestiques et 14,1 % (12<sup>e</sup> position) les accidents à l'école en dehors du sport (question posée uniquement aux scolaires).

La crainte des accidents de la circulation

augmente de façon linéaire avec l'âge. Plus d'un jeune sur deux âgé de 15 ans et plus déclarent craindre ce type d'accident (54,1 % des 16-19 ans vs 38,9 % chez les moins de 16 ans).

Les filles sont aussi plus nombreuses que les garçons à les craindre (50,9 % vs 43,3 %).

Concernant les accidents de sport et de loisirs, la crainte ne varie pas selon l'âge et le sexe. Comme pour les accidents de la circulation, les plus âgés sont aussi plus nombreux à craindre les accidents du travail (26,6 % des 16-19 ans vs 12,0 % chez les moins de 16 ans) et les garçons davantage que les filles (26,7 % vs 19,6 %). Les accidents domestiques et les accidents scolaires sont craints en plus grand nombre par les 12-17 ans. On ne constate pas de différence selon le sexe.

Les adolescents qui craignent le plus les accidents sont aussi ceux qui en ont été le plus souvent victimes au cours des douze derniers mois.

Globalement, l'expression des craintes par rapport à la santé est moins forte chez les jeunes que chez les adultes (*Tableau I*). Pourtant, la prédominance des accidents de la circulation est constante quel que soit l'âge de la personne interrogée. En revanche, les traumatismes d'origine domestique arrivent beaucoup plus loin dans la hiérarchie des craintes exprimées par les adolescents.

Ainsi, quelle que soit la population étudiée, il reste vérifié que la hiérarchie faite par les Français ne correspond pas à la réalité épidémiologique. Ceci est bien sûr vrai pour les accidents de sport qui sont les plus fréquents et pour les accidents domestiques qui, par définition, se passant dans la sphère privée, restent moins visibles et moins médiatisés que les accidents survenant sur la voie publique et mettant en cause un véhicule à moteur.

### La fréquence des accidents

La question posée concernait les accidents ayant entraîné une consultation chez un mé-

**Tableau I**

**Jeunes craignant pour eux-mêmes « pas mal ou beaucoup » les problèmes de santé ou maladies suivants : comparaison entre les 12-19 ans et les 20-75 ans (en pourcentage)**

	Jeunes 12-19 ans 1997 (n=4 115)	Adultes 20-75 ans 1995 (n=1 929)
<b>Accidents de la circulation</b>	<b>47,0 (1)</b>	<b>70,1 (1)</b>
Maladies sexuellement transmissibles	42,7	23,2 (8)
Sida	40,8	32,8 (4)
Cancer	39,8	63,7 (2)
Maladies respiratoires	27,3	<sup>a</sup>
Maladies cardiaques	25,0	47,5 (3)
<b>Accidents de sport et de loisirs</b>	<b>24,1 (7)</b>	<sup>a</sup>
<b>Accidents du travail<sup>b</sup></b>	<b>23,7 (8)</b>	<b>28,0 (7)</b>
Dépression	19,4	31,4 (5)
Tuberculose	17,3	20,6 (9)
<b>Accidents domestiques</b>	<b>15,6 (11)</b>	<b>28,1 (6)</b>
<b>Accidents à l'école en dehors du sport<sup>c</sup></b>	<b>14,1 (12)</b>	<sup>a</sup>
Suicide	13,3	12,8 (11)
Maladies liées à l'alcool	12,8	16,4 (10)

a. Question non posée dans ce baromètre. b. Jeunes ayant un emploi ou en formation. c. Jeunes scolarisés.





decin ou à l'hôpital. Les accidents n'ayant pas nécessité de soins ou seulement un recours à la pharmacie familiale, à une infirmière ou bien encore au pharmacien, n'ont pas été pris en compte.

Plus d'un jeune sur cinq (21,0 %) déclarent avoir été victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois (Tableau II), 24,6 % des garçons et 17,3 % des filles. Si l'on rapporte ce pourcentage à la population des jeunes de cet âge résidant en France, 1,4 million de jeunes ont eu un accident au cours des douze derniers mois (près de 900 000 garçons et 500 000 filles).

Parmi les victimes, le nombre moyen d'accidents est de 1,44. Il ne diffère pas selon l'âge et le sexe. Les 866 jeunes accidentés au cours des douze derniers mois représentent donc au total environ 1 247 accidents. La Figure 1 présente la distribution de ces événements en terme de fréquence annuelle.

La comparaison de ces chiffres avec d'autres enquêtes est complexe. En effet, par exemple, dans le travail mené par l'Inserm (Unité 472) auprès de 12 391 jeunes de 11 à 19 ans au niveau national (autoquestionnaire [4]), les chercheurs interrogeaient les jeunes sur les accidents ayant nécessité des soins même légers, ce qui ne limite pas l'investigation aux seuls accidents ayant entraînés une intervention médicale. C'est donc un pourcentage deux fois plus élevé (43,2 % vs 21,0 %) d'adolescents qui déclaraient avoir eu un accident durant l'année.

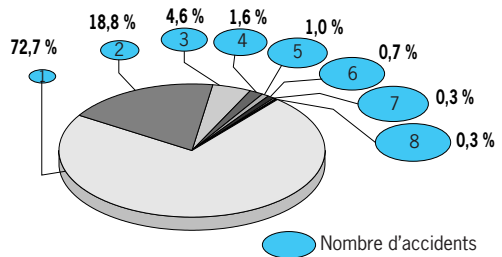
En revanche, l'enquête de la Cnamts [1] couvrait un champ moins large que le Baromètre santé jeunes sur le plan thématique (elle évaluait uniquement les accidents de la vie courante) et explorait les accidents de la vie courante ayant nécessité le recours à des soins d'un médecin ou d'un dentiste (hospitalisation comprise). Pour les 12-19 ans, le pourcentage de jeunes accidentés était de 7,5 sur un an. Si dans le Baromètre santé jeunes, on ne s'intéresse qu'aux accidents de la vie courante, ce chiffre est beaucoup plus élevé : 16,3 %. Cette différence peut s'expliquer par la source

de la réponse. En effet, dans l'étude Cnamts [1], c'est une personne du ménage qui répond pour tout le monde (le plus souvent le père ou la mère) et elle n'a donc pas nécessairement connaissance ni souvenir de l'ensemble des accidents survenus aux jeunes de la famille.

Parmi les garçons, le pourcentage de jeunes accidentés est plus important pour les âges allant de 14 à 17 ans (Figure 2). Chez

**Figure 1**

**Distribution du nombre d'accidents rapportés par les jeunes de 12 à 19 ans au cours des douze derniers mois (en pourcentage)**



**Tableau II**

**Jeunes (12-19 ans) accidentés selon le type d'accident et le sexe, au cours des douze derniers mois (en pourcentage)**

	Ensemble	Garçons	Filles
<b>Total accidents (n=866)</b>	<b>21,0</b>	<b>24,6</b>	<b>17,3</b>
Accidents de sport ou de loisirs, en dehors du vélo	12,2	14,0	10,4
Accidents de vélo	1,6	2,3	0,9
Accidents de moto, mobylette, scooter	2,8	4,0	1,5
Accidents de voiture	1,0	1,0	0,9
Accidents domestiques	1,8	1,8	1,8
Accidents à l'école (en dehors du sport)	1,7	1,6	1,8
Accidents de travail ou d'atelier	0,9	1,4	0,3
Autres accidents (bagarres...)	1,3	1,3	1,3

La somme du détail des accidents est supérieure à 21,0 % car un individu peut déclarer plusieurs types d'accidents au cours des douze derniers mois.

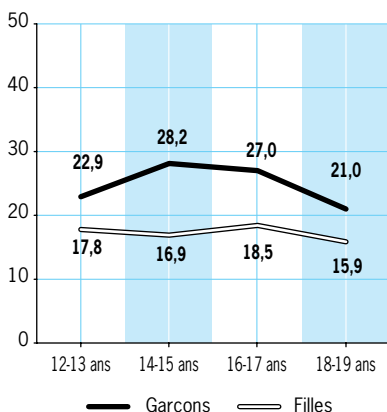
les filles, les différences ne sont pas significatives selon l'âge.

## Le profil des accidentés

La taille de l'agglomération semble être un facteur discriminant par rapport au fait de déclarer avoir eu un accident (Figure 3).

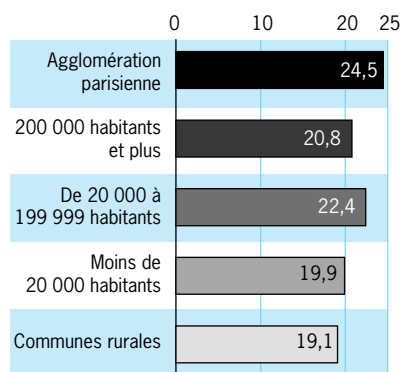
**Figure 2**

### Répartition des accidents par sexe et par âge (en pourcentage)



**Figure 3**

### Jeunes victimes d'au moins un accident au cours des douze derniers mois selon la taille de l'agglomération (en pourcentage)



Ainsi, les jeunes qui vivent en agglomération parisienne déclarent en plus grand nombre avoir été victimes d'un accident et cette fréquence diminue avec la taille de l'agglomération.

Le fait d'avoir été accidenté au moins une fois dans l'année ne semble pas lié à la structure familiale ni à la profession du chef de famille. En revanche, les jeunes appartenant à un foyer dont le chef de famille est au chômage sont significativement plus nombreux à déclarer s'être accidentés au cours des douze derniers mois (27,2 % vs 20,7 %). Quelques variables comportementales sont différentes chez les jeunes victimes d'accidents par rapport au reste de la population adolescente (Tableau III) :

- les jeunes qui ont bu de l'alcool au cours de la semaine sont significativement plus nombreux à avoir eu un accident dans l'année (24,6 % vs 20,0 %) ;
- ceux qui déclarent au moins une ivresse au cours de leur vie sont aussi dans ce cas (24,4 % vs 19,8 %) ;

**Tableau III**

### Jeunes accidentés selon certaines variables de comportement (en pourcentage)

#### Avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans la semaine (n=4 115)

oui	24,6
non	20,0

#### Avoir été ivre au moins une fois au cours de sa vie (n=4 113)

oui	24,4
non	19,8

#### Fumer régulièrement du tabac (n=4 115)

oui	25,2
non	19,8

#### Avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie (n=2 673)

0 fois	19,4
1 à 9 fois	24,8
10 fois et plus	26,6

- les fumeurs réguliers sont plus accidentés (25,2 % vs 19,8 %) ;
  - ainsi que les fumeurs de cannabis (au moins une fois cannabis au cours de la vie 25,7 % vs 19,4 %, question posée aux jeunes de 15 ans et plus).
- Ces résultats restent vrais en tenant compte compte du sexe et de l'âge.

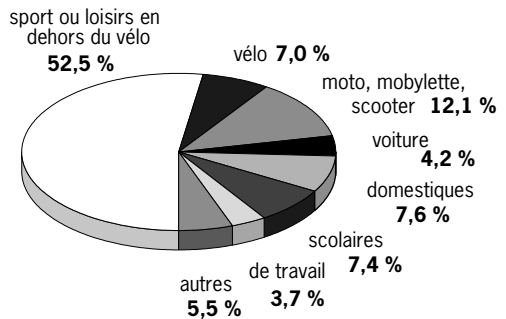
Les scores de qualité de vie en profil de Duke apportent un éclairage supplémentaire. Ainsi, le fait d'avoir eu au moins un accident au cours de l'année est lié aux scores de santé physique et sociale. D'après cette évaluation des scores, les accidentés sont significativement en moins bonne santé physique (75,0 vs 78,6) que les autres, alors qu'ils sont en meilleure santé sociale (69,3 vs 67,4). Ce résultat reste vrai en tenant compte du sexe et de l'âge.

### Les spécificités par type d'accidents

Les accidents de sport ou de loisirs (y compris des deux-roues) sont prédominants dans la population adolescente (Figure 4). Par ailleurs, les différences entre garçons et filles restent vraies pour tous les types d'accidents sauf pour ceux de voiture, sco-

Figure 4

Distribution des accidents selon leur nature (en pourcentage)

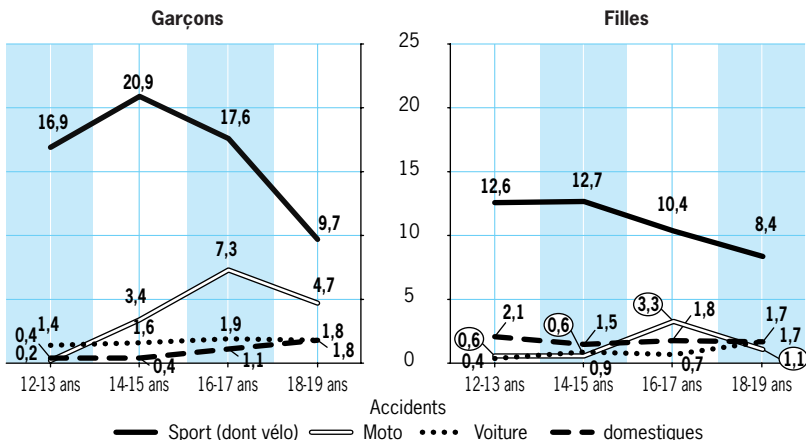


lares, domestiques et « autres accidents » (Tableau II).

Les accidents de sport et de loisirs sont, chez les garçons, à leur maximum entre 14 et 17 ans. Pour les garçons comme pour les filles, les accidents de moto, scooter ou mobylette augmentent logiquement avec l'âge du fait d'une progression de l'utilisation « d'engins à moteur » avec les années (Figure 5). À l'inverse, parmi les garçons, la fréquence des accidents à vélo diminue avec l'âge.

Figure 5

Jeunes accidentés selon le type d'accident, l'âge et le sexe au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



Lorsque l'on cherche à établir des profils d'accidentés (vis-à-vis de certaines caractéristiques sociodémographiques et/ou d'autres comportements de santé) selon le type d'accident (accidents de sport et de loisirs, accidents de la circulation, accidents domestiques, accidents scolaires et accidents de travail), il n'est pas constaté de différence de profil comportemental par rapport à l'analyse faite chez les accidentés pris dans leur ensemble.

d'accidents sans que l'on sache quelle est la cause ou la conséquence entre, d'une part, un profil psychologique favorisant la prise de risque et, de l'autre, des consommations qui diminuent la vigilance et exposent donc plus facilement au risque d'accidents. La réalité accidentelle est perçue avec plus d'acuité par ces adolescents puisqu'ils expriment de façon plus forte cette crainte de traumatisme physique que les autres jeunes.

## Analyse et synthèse

### Le sexe

Dans pratiquement toutes les études sur ce sujet, les garçons sont plus souvent victimes d'accidents que les filles. Il est à noter qu'à la différence des garçons, le pourcentage de jeunes filles accidentées ne varie pas dans cette enquête en fonction de l'âge. Les garçons sont significativement les plus nombreux à être victimes d'accidents de sport, de loisirs et de véhicules à deux-roues.

### L'âge

Pour la classe d'âge 12-19 ans, le pourcentage d'accidentés au cours de la dernière année est à son maximum entre 14 et 17 ans, spécifiquement pour les garçons. Les accidents de sport et de loisirs (y compris à vélo) et ceux se déroulant à l'école ont tendance à diminuer avec les années, alors que les traumatismes liés à des véhicules à moteur progressent significativement avec l'âge.

### Autres caractéristiques

Plus les zones d'habitation sont urbanisées, plus les accidents sont fréquents, et une situation de non-travail dans la famille semble créer un contexte plus favorable pour la survenue d'accidents d'enfants dans ces foyers. Les consommateurs de drogues licites ou illicites sont plus souvent victimes

### références bibliographiques

1. Cnamts. *Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994*. Dossier Études et statistiques, août 1997, n° 38 : 114 p.
2. Service d'information sur les causes médicales de décès SC8-Inserm. *Évolution de la mortalité accidentelle*. Communication personnelle, 1997.
3. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 217-9.
4. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.



# Accidents

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

## the key facts in a few figures...

### Perception of the risk of accidents

Road accidents are the major fear of young people aged 12 to 19, other types of trauma being mentioned less frequently. Teenagers who fear accidents most are those most likely to have been an accident victim.

### Frequency of accidents

More than one young person in five (21.0%) reports having been the victim of at least one accident (during the previous twelve months) requiring medical intervention, in other words, 1.4 million teenagers aged from 12 to 19 living in France. The average number of accidents per annum is 1.44 amongst teenagers to whom an accident has occurred. Accidents occur more frequently to boys than to girls, and it is between the ages of 14 and 17 that they reach their peak amongst the male population.

### The types of accidents

Accidents during sports and leisure activities (excluding cycling) account for more than half of injuries (52.5%). Then come motorcycle accidents (12.1%), followed by accidents in the home (7.6%), with accidents at school in fourth posi-

tion (7.4%), just in front of cycling accidents (7.0%).

### Profile of the young accident victim

The typical victim is a boy aged between 14 and 17, more likely to live in a town and a household in which someone is unemployed. He is also a teenager with a fairly extensive social circle who consumes more alcohol or marijuana than others. He has some awareness of the risks of accidents causing personal injury.











# Consommation de soins et vaccinations

Les adolescents sont en général perçus comme de faibles consommateurs de soins. Il était donc nécessaire d'explorer cette dimension dans le Baromètre santé jeunes afin d'avoir une image plus précise de cette situation et de mettre en relation un certain nombre de pratiques médicales avec des attitudes et comportements de santé déclarés par les jeunes Français.

Dans cette perspective, l'importance des consultations médicales auprès des professionnels de santé et la prise médicamenteuse (essentiellement les médicaments contre la douleur, l'anxiété ou la nervosité et ceux pour dormir) des 12-19 ans sont mesurées. Par ailleurs, les douleurs ressenties sont analysées à travers trois maux assez courants chez cette population (les maux de tête, de dos et de ventre). Enfin, la consommation de soins a été évaluée à travers les différents contacts avec des professionnels ou structures médicales.

Les vaccinations, qui font partie des pratiques médicales, sont décrites dans ce chapitre. En effet, si la sensibilisation à la vaccination est souvent faite auprès des parents, celle-ci ne pourra être pratiquée plus largement que si les jeunes, adultes de demain, sont eux-mêmes convaincus de l'intérêt de cet acte préventif. Leur adhésion aux vaccinations en général, leur degré de

connaissance quant aux modes de contamination de l'hépatite B sont mesurés selon différents critères.









# Douleurs, consommation de soins, médicaments

Pierre Arwidson,  
Arnaud Gautier, Philippe Guilbert

## l'essentiel en quelques chiffres...

42 % des jeunes ont eu mal à la tête dans les trente derniers jours, environ un sur trois a eu mal au dos (33,5 %) et à peu près autant mal au ventre (31,6 %). Les filles sont 1,5 à 2 fois plus nombreuses à se plaindre de douleurs. Globalement, plus l'âge est élevé, plus la déclaration de douleurs est fréquente.

Au cours de l'année, les filles ont eu 10,6 contacts avec un professionnel de santé alors que les garçons n'en ont eu que 8,6. Les adolescentes sont plus nombreuses à consulter les psychiatres (5,9 % vs 4,4 % pour les garçons) et les dentistes (66,7 % vs 59,9 % pour les garçons). Le nombre de consultations spécialisées augmente avec la taille de l'agglomération.

Plus de la moitié des jeunes (55,5 %) ont pris un médicament au cours des trente derniers jours. Sur cette même période, 37,1 % des jeunes interrogés ont pris un médicament contre la douleur, 7,1 % contre la nervosité et 3,5 % pour dormir.

Près d'un jeune sur dix (9,2 %) a été hospitalisé dans l'année et il n'y a pas de différence entre les sexes.





Ce chapitre s'intéresse au nombre de consultations effectuées par les adolescents au cours des douze derniers mois auprès de différents professionnels de santé (médecin généraliste, psychiatre, kinésithérapeute, médecin et infirmière scolaire, dentiste, spécialiste), ainsi qu'à la prévalence des hospitalisations. Ce type de consultations ne signifie pas nécessairement qu'il y ait une maladie présente. Il peut s'agir d'actes préventifs, de recherche de conseils, de vaccinations ou de surveillance périodique. L'analyse porte donc sur des habitudes de recours aux professionnels de santé, qui peuvent différer selon divers critères sociodémographiques.

Par ailleurs, les jeunes ont été interrogés sur la présence plus ou moins régulière de maux de tête, de dos ou de ventre. Ces questions n'étaient pas destinées à établir un diagnostic précis de maladie, mais d'évaluer le vécu douloureux.

La prise de médicaments (hors pilule contraceptive) au cours des trente derniers jours a aussi été mesurée. Les 12-19 ans ont été interrogés plus spécifiquement sur trois types de médicaments : ceux contre la douleur, la nervosité (ou l'anxiété) et enfin

ceux pour dormir. Il s'agit là d'une analyse de comportement face à des produits visant à soulager certains troubles. Ces médicaments n'appartiennent pas nécessairement à une classe thérapeutique précise comme les antalgiques, les anxiolytiques ou les hypnotiques. Il peut s'agir parfois de produits dont l'efficacité pharmacologique n'a jamais été prouvée mais qui sont pris ou donnés dans ces indications.

## Douleurs

La douleur a en général une forte dimension subjective. L'intensité avec laquelle elle est perçue par les individus et la nature de l'impact qu'elle a sur leur vie psychique et relationnelle sont variables d'une personne à l'autre et ce pour un même stimulus nociceptif. Les jeunes ont donc été interrogés sur l'existence de trois types de douleur dans les trente derniers jours : mal de tête, mal au ventre et mal de dos. Ces localisations sont des points de douleur fréquents et elles possèdent également une valeur symbolique : « ça me fait mal à la tête », « j'en ai mal au ventre » ou « j'en ai plein le dos ». La réponse positive à la question peut donc exprimer entre autres :

– une douleur liée à une maladie ou un

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.

dysfonctionnement identifié : migraine, douleurs menstruelles, problème de la statique vertébrale... ;

– une douleur liée à un dysfonctionnement sans pathologie organique identifiable : céphalée, douleurs gastro-intestinales, tension musculaire dorsale ou lombaire.

Le fait le plus saillant lors d'un premier examen des résultats est la différence entre les filles et les garçons dans l'expression de ces douleurs. Les adolescentes sont de 1,5 à 2,5 fois plus nombreuses à répondre avoir eu « mal » dans les trente derniers jours, quel que soit le type de douleur (Tableau 1). La deuxième observation qui peut être globalement faite est que la douleur est plus souvent exprimée chez les plus âgés, sauf pour les maux de ventre où la différence n'est pas significative en fonction de l'âge (Figure 1).

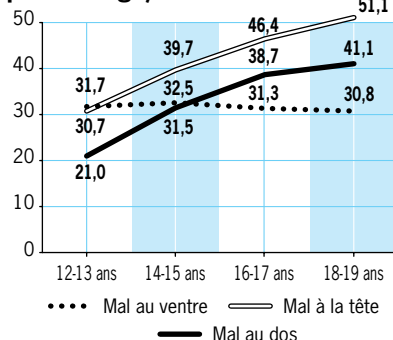
**Tableau 1**

**Types de douleur signalés au cours des trente derniers jours selon le sexe (en pourcentage)**

	Mal à la tête	Mal au dos	Mal au ventre
Garçons	33,7	26,6	20,3
Filles	51,5	40,7	43,3
Total	42,4	33,5	31,6

**Figure 1**

**Différents types de maux déclarés par les jeunes selon l'âge (en pourcentage)**



## Mal de tête

La douleur à la tête est la plus fréquente avec 42,4 % de l'ensemble des jeunes qui sont concernés. Les filles sont plus nombreuses dans ce cas (51,5 % vs 33,7 % pour les garçons).

Cette différence observée entre filles et garçons (Figure 2) est plus importante pour les tranches d'âge les plus élevées : 6 % (12-13 ans), 19 % (14-15 ans), 21 % (16-17 ans) et 25 % (18-19 ans).

Le mal de tête est significativement moins fréquent dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants où elle ne concerne, en effet, que 37,6 % des jeunes de ce milieu contre, par exemple, 43,5 % pour les communes de plus de 200 000 habitants. Par ailleurs, le mal de tête augmente linéairement avec la taille de l'agglomération (un jeune sur deux environ en région parisienne) (Figure 3).

Cette douleur est associée à des scores de qualité de vie (profil de santé de Duke) moins élevés. Ainsi, la moyenne des scores de santé physique, mentale et sociale est moins bonne chez ces jeunes avec respectivement, 71,8 vs 82,3 ; 65,1 vs 73,8 ; 67,1 vs 68,3.

## Mal de dos

C'est la deuxième douleur la plus ressentie avec un tiers (33,5 %) des jeunes de 12 à 19 ans déclarant en avoir souffert dans les trente derniers jours. Les filles sont plus nombreuses que les garçons (40,7 % vs 26,6 %). Par ailleurs, plus l'âge est important, plus les jeunes sont nombreux à se plaindre, avec là aussi une différence selon le sexe qui s'accroît avec l'âge (Figure 4).

Les adolescents ayant un handicap physique déclarent plus souvent avoir eu mal au dos au cours des trente derniers jours. Plus d'un sur deux (53,1 %) en ont souffert vs un sur trois pour les autres (31,8 %). En revanche, la pratique d'un sport ne joue pas significativement sur le fait d'avoir mal de dos. Des différences existent également entre les scores de qualité de vie : les jeunes ayant





déclaré avoir eu mal au dos ont des scores significativement inférieurs aux autres et ce, quel que soit le score considéré (Figure 5).

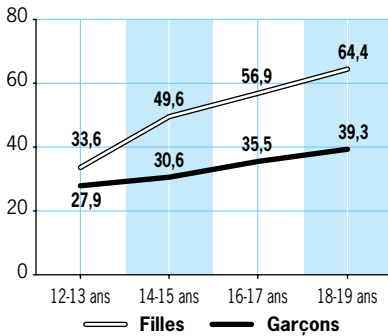
## Mal au ventre

Le mal au ventre est la troisième des douleurs rapportées par les jeunes interviewés.

Un peu moins d'un jeune sur trois s'en plaint (31,6 %) : 43,3 % des filles et 20,3 % des garçons. Pour cette douleur, le différentiel filles/garçons est le plus important, atteignant un maximum de 30 % pour la tranche d'âge des 14-15 ans. Il est possible de faire l'hypothèse que les douleurs menstruelles participent à cette différence.

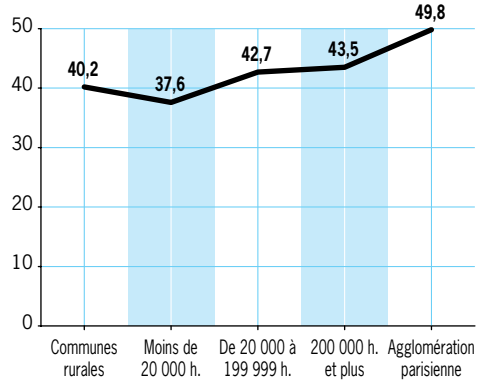
**Figure 2**

**Jeunes déclarant avoir eu mal à la tête au cours des trente derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



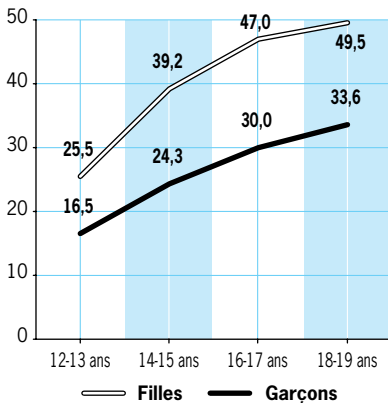
**Figure 3**

**Jeunes déclarant avoir eu mal à la tête au cours des trente derniers jours selon le lieu d'habitation (en pourcentage)**



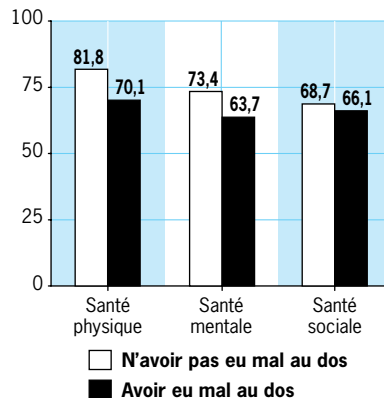
**Figure 4**

**Jeunes déclarant avoir eu mal au dos au cours des trente derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



**Figure 5**

**Scores moyens de santé des jeunes déclarant ou non avoir eu mal au dos au cours des trente derniers jours**

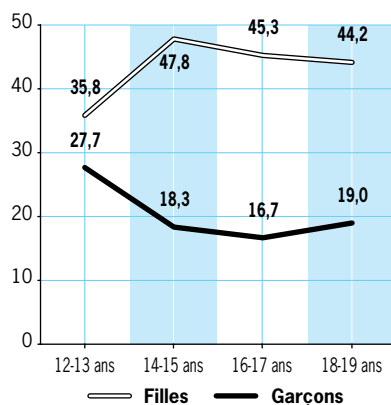


La douleur au ventre exprimée par les adolescents est remarquable par le fait qu'elle augmente de façon importante entre 12-13 ans et 14-15 ans chez les jeunes filles, suivie d'une baisse légère après cet âge, mais concernant néanmoins près d'une fille sur deux. Chez les garçons, il y a une baisse significative de la prévalence déclarée de mal au ventre entre les 12-13 ans et les 14-15 ans, puis une stabilisation avec un peu moins d'un jeune garçon sur cinq concerné (Figure 6).

On constate une augmentation linéaire des problèmes de mal au ventre déclarés selon la taille de l'agglomération (Figure 7). De la même façon que pour les deux autres types de maux, les scores de santé physique, mentale et sociale au profil de santé de Duke sont significativement différents selon que les jeunes aient déclaré ou non avoir eu mal au ventre : les jeunes n'ayant pas souffert du mal de dos ont des scores respectivement supérieurs de 11, 10 et 2 points par rapport aux autres.

le dentiste sont également ceux qui se brossent le plus régulièrement les dents (Figure 8). Les réponses varient avec l'âge de l'adolescent, quel que soit le type de consultation envisagé (Figure 9). Les 12-19 ans sont moins nombreux à s'être rendus au moins

**Figure 6**  
**Jeunes déclarant avoir eu mal au ventre au cours des trente derniers jours selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**



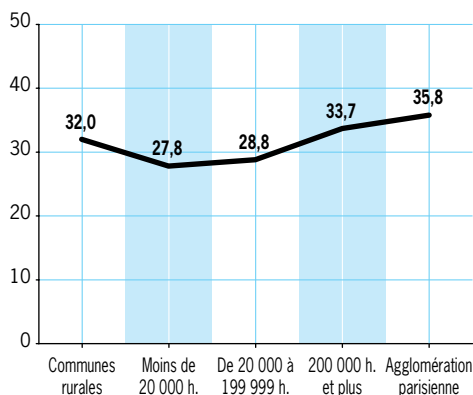
## Consommation de soins

Le nombre de consultations au cours des douze derniers mois chez différents types de professionnels de santé (médecin ou infirmière scolaire, médecin généraliste, psychiatre, kinésithérapeute, dentiste, spécialiste et gynécologue) a été évalué auprès des 12-19 ans (Tableau II).

### Différences entre consultants et non-consultants

Le fait d'avoir consulté au moins une fois un professionnel de santé au cours des douze derniers mois diffère peu selon le sexe de l'adolescent. Seules des différences significatives apparaissent en ce qui concerne les consultations de psychiatre, psychanalyste ou psychologue et de dentiste où les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir consulté au moins une fois. Les jeunes qui vont plus souvent chez

**Figure 7**  
**Jeunes déclarant avoir eu mal au ventre au cours des trente derniers jours selon le lieu d'habitation (en pourcentage)**





une fois chez le dentiste à 19 ans qu'à 12 ans (58,7 % vs 68,7 %), alors que l'inverse est observé pour les consultations chez un médecin généraliste (90,8 % vs 80,2 %). Le pourcentage de consultations gynécologiques augmente logiquement et réguliè-

rement avec l'âge de l'adolescente. À 19 ans, plus de la moitié (53,6 %) d'entre elles ont consulté ce spécialiste au cours des douze derniers mois. Les consultations gynécologiques sont liées pour partie à la vie sexuelle des adolescentes, il est donc peu surprenant de constater l'augmentation des consultations avec l'âge des jeunes filles. Parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans ayant consulté, plus de trois sur quatre (77,9 %) ont déjà eu un rapport sexuel.

Par ailleurs, la consultation d'un psychiatre, psychanalyste ou psychologue est nettement moins fréquente chez les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) puisqu'ils ne sont que 4,0 % à l'avoir fait vs 11,1 % chez ceux vivant au sein d'un foyer recomposé.

Le lieu d'habitation est associé à la fréquentation de certains professionnels de santé. Par exemple, les adolescents de communes rurales ont significativement plus vu que les autres le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire (60,3 % vs 56,6 %). Les visites au moins une fois dans l'année chez un psychiatre ou psychologue, un dentiste ou un autre spécialiste sont, quant à elles, plus fréquentes dans l'agglomération pari-

**Tableau II**

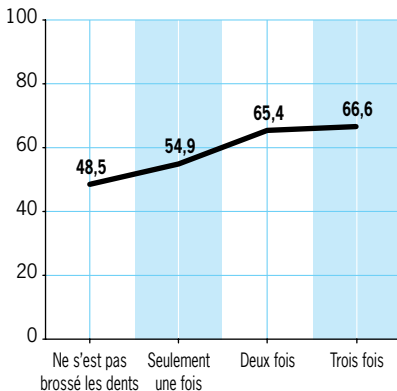
**Consultations de professionnels de santé chez les 12-19 ans (n=4 115 ; en pourcentage)**

	Jeunes ayant consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois	Nombre moyen de consultations sur l'ensemble des 12-19 ans
Médecin ou infirmière scolaire	57,6 %	1,3
Médecin généraliste	87,7 %	3,3
Psychiatre	5,1 %	0,5
Gynécologue <sup>a</sup>	21,0 %	0,4
Dentiste	63,2 %	2,4
Kinésithérapeute	13,6 %	1,4
Spécialiste	21,9 %	0,5
Tous professionnels de santé	96,4 %	9,6

a. Base : 2 016 filles de 12 à 19 ans.

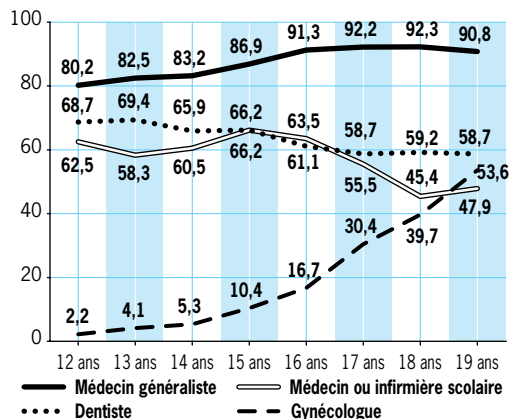
**Figure 8**

**Jeunes ayant consulté au moins une fois un dentiste au cours des douze derniers mois selon la fréquence du brossage la veille (en pourcentage)**



**Figure 9**

**Jeunes ayant consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois selon l'âge et le type de professionnel de santé (en pourcentage)**



sienne (Figure 10). Il est à noter que pour les consultations de psychiatres ou psychologues, de gynécologues, de dentistes ou d'autres spécialistes, plus la taille du lieu d'habitation est importante, plus le nombre d'adolescents ayant consulté au moins une fois dans les douze derniers mois est conséquent. Ceci pourrait être expliqué par une plus grande proximité et donc une meilleure accessibilité de ces spécialistes (augmentation de l'offre).

Les scores de qualité de vie (profil de Duke) sont également différents selon que l'on ait ou non consulté un médecin (Figure 11). Les jeunes qui ont consulté dans l'année ont des profils de santé physique et mentale inférieurs. Un indicateur du nombre de contacts cumulés au cours de l'année avec les différents professionnels de santé a été calculé. Aucune différence significative n'est apparue entre les classes socioprofessionnelles des familles.

### Nombre de consultations

La fréquence des consultations est logiquement différente selon les professionnels de santé considérés (Figure 12).

En revanche, il n'existe pas de réelles différences selon le sexe des consultants quant au nombre de visites : seul le nombre de consultations chez les médecins généralistes diffère entre les garçons et les filles (respectivement 4,0 vs 3,5).

De même pour l'âge, le nombre de consultations varie uniquement pour les généralistes et les kinésithérapeutes (Figure 13). Sur l'ensemble de la population des 12-19 ans, les filles ont consulté 10,6 en moyenne et les garçons 8,6. Le cumul annuel de ces contacts ne varie pas avec l'âge.

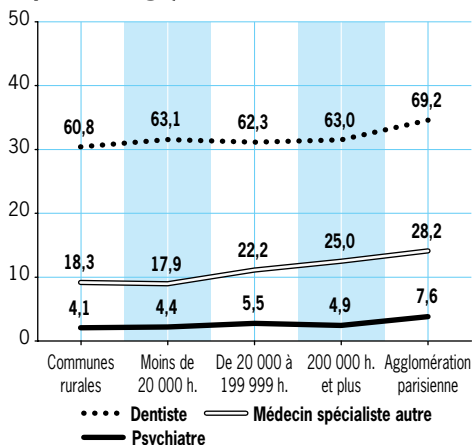
### Médicaments

Plus de la moitié (55,5 %) des jeunes ont pris un médicament au cours des trente derniers jours. Les trois quarts d'entre eux ont consommé un médicament contre la douleur, contre l'anxiété (ou la nervosité) ou pour dormir. Plus l'âge est important, plus la prise de médicament est fréquente : en effet, si 40,0 % « seulement » des jeunes âgés de 12 ans ont pris un médicament au cours des trente derniers jours, ils sont 64,9 % à 19 ans.

Les filles sont plus nombreuses à prendre

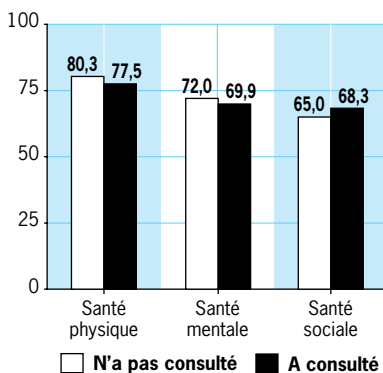
**Figure 10**

**Jeunes ayant consulté un psychiatre, dentiste ou spécialiste selon la taille d'agglomération (en pourcentage)**



**Figure 11**

**Scores de santé physique, mentale et sociale de Duke, selon le fait d'avoir consulté ou non un médecin généraliste au cours des douze derniers mois**





des médicaments, 61,8 % vs 49,5 % pour les garçons, et ce quel que soit l'âge observé (Figure 14).

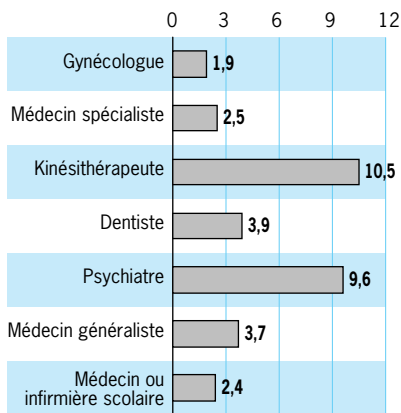
Parmi ceux qui ont consommé un médicament dans le dernier mois, plus de deux jeunes sur trois (68 %) ont pris un produit

contre la douleur, 12,9 % d'entre eux ont consommé des tranquillisants et 6,3 % des somnifères. La différence observée entre sexes reste vraie, quel que soit le type de médicament employé (Figure 15).

En examinant l'ensemble des jeunes inter-

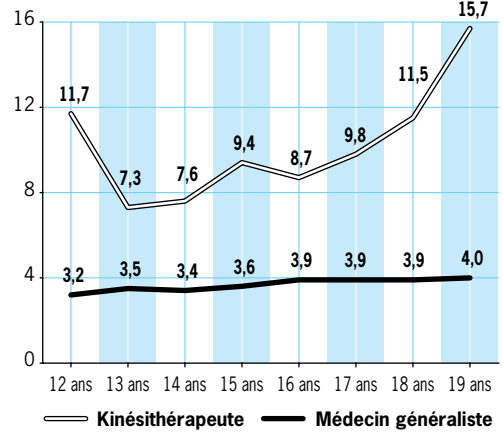
**Figure 12**

**Nombre moyen de visites chez les différents types de professionnels de santé au cours des douze derniers mois parmi les consultants**



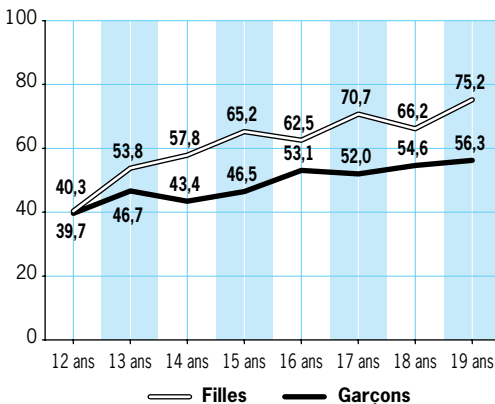
**Figure 13**

**Nombre moyen de visites chez un médecin généraliste ou un kinésithérapeute parmi les consultants selon l'âge**



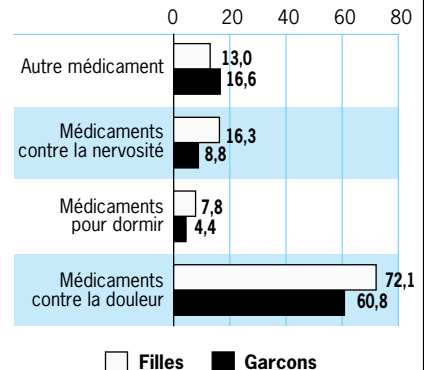
**Figure 14**

**Jeunes déclarant avoir pris des médicaments au cours des trente derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



**Figure 15**

**Prise de médicament dans le mois selon le sexe et le type du médicament (base : jeunes ayant consommé un médicament ; en pourcentage)**



rogés, il est constaté que plus d'un tiers (37,1 %) ont pris un médicament contre la douleur dans les trente derniers jours, 7,1 % un médicament contre la nervosité et 3,5 % pour dormir.

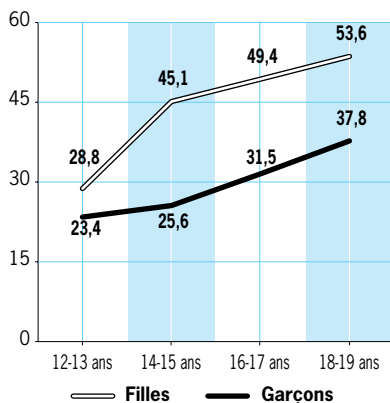
La prise de médicaments contre la douleur est croissante avec l'âge de façon identique chez les garçons et les filles (Figure 16). En revanche, l'évolution avec l'âge de la prise de médicaments contre la nervosité est très différente selon le sexe (Figure 17). Pour les filles, on observe une croissance, pour les garçons une stagnation. En ce qui concerne la consommation de médicaments pour dormir, celle des filles augmente d'une manière importante entre 12-13 ans et 14-15 ans pour atteindre un palier, alors que celle des garçons révèle un pic à 16-17 ans (Figure 18).

Les jeunes qui déclarent avoir eu mal au ventre dans les trente derniers jours sont 76,4 % à avoir pris un médicament contre la douleur. Ils sont 75,1 % s'il s'agissait d'une douleur de la tête et 70,9 % s'il s'agissait d'une douleur du dos. Ces différences sont significatives.

Les prises de médicament dans les trente derniers jours ont été comparées aux plaintes associées au cours des huit derniers

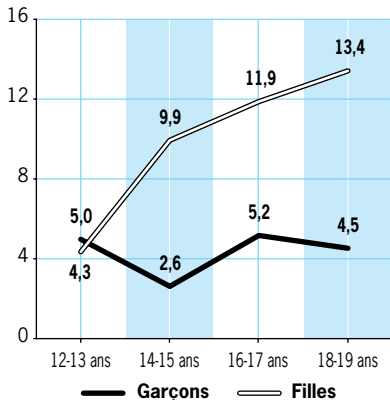
**Figure 16**

**Jeunes déclarant avoir pris un médicament contre la douleur au cours des trente derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



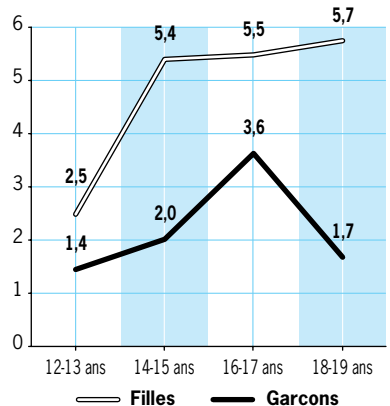
**Figure 17**

**Jeunes déclarant avoir pris un médicament contre la nervosité ou l'anxiété au cours des trente derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



**Figure 18**

**Jeunes déclarant avoir pris un médicament pour dormir au cours des trente derniers jours selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**





jours (Tableaux III et IV). La nervosité concerne plus d'un jeune sur deux, la douleur deux jeunes sur cinq et un trouble du sommeil un jeune sur trois.

Parmi le tiers de jeunes (37,1 %) qui ont eu des troubles de sommeil dans les huit derniers jours, 7,3 % ont pris des médicaments pour dormir dans le dernier mois. Parmi ceux qui se sont senti tendus ou nerveux dans les huit derniers jours (ils sont 58,1 %), 41,9 % ont pris un médicament contre l'anxiété ou la nervosité dans les trente derniers jours. Enfin, parmi ceux qui ont souffert « quelque part » dans les huit derniers jours — ils sont 40,4 % — plus de la moitié (50,4 %) ont pris un médicament contre la douleur dans les trente derniers jours.

**Tableau III**

#### Problèmes de sommeil, de nervosité et de douleur dans les huit derniers jours (en pourcentage)

	Un peu	Beaucoup	Total
Troubles du sommeil dans les huit derniers jours	29,4	7,7	37,1
Tendu ou nerveux dans les huit derniers jours	46,4	11,7	58,1
Douleur quelque part dans les huit derniers jours	32,6	7,8	40,4

**Tableau IV**

#### Prise de médicaments spécifiques dans le dernier mois parmi ceux qui ont eu des problèmes de sommeil, de nervosité et de douleur dans les huit derniers jours (en pourcentage)

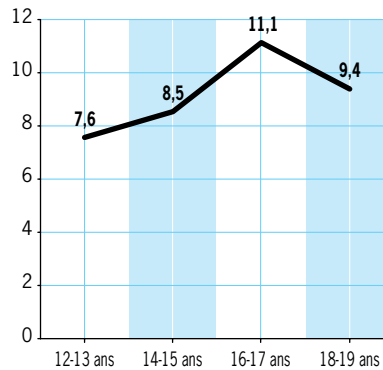
	Un peu	Beaucoup	Total
Prise d'un médicament pour dormir dans les trente derniers jours parmi ceux qui ont eu un peu ou beaucoup de difficultés de sommeil dans les huit derniers jours (n=111)	5,0	15,8	7,3
Prise d'un médicament contre la nervosité ou l'anxiété dans les trente derniers jours parmi ceux qui se sont sentis un peu ou beaucoup tendus ou nerveux dans les huit derniers jours (n=1 001)	39,7	50,6	41,9
Prise d'un médicament pour la douleur dans les trente derniers jours parmi ceux qui ont eu un peu ou beaucoup de douleurs quelque part dans les huit derniers jours (n=836)	47,7	61,8	50,4

## Hospitalisations

Près d'un jeune sur dix (9,2 %) a été hospitalisé au moins une nuit au cours des douze derniers mois. Il n'y a pas de différence entre les deux sexes. Le pourcentage d'hospitalisations augmente avec l'âge avec un pic à 16-17 ans (Figure 19). La proportion de jeunes hospitalisés pendant l'année varie avec le statut familial : 8,3 % des jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) l'ont été vs 11,2 % pour les familles monoparentales et 13,6 % pour les familles recomposées.

**Figure 19**

#### Hospitalisation d'au moins une nuit au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



## Comparaison avec d'autres enquêtes

Les résultats de trois enquêtes ont été comparés : Inserm adolescents 1993 [1], Baromètre santé adultes 95/96 [2] et Baromètre santé jeunes 97/98. Les caractéristiques de ces trois enquêtes sont décrites dans le *Tableau V*.

Les jeunes dans leur ensemble se plaignent

moins souvent de leur dos et de la tête que les adultes mais déclarent un peu plus souvent une douleur au ventre. Une courbe a été établie en rassemblant les déclarations des adultes en 1995 (Baromètre santé adultes 95/96 [2]) et les jeunes en 1997 (*Figure 20*). Pour le mal de dos et le mal de ventre, l'évolution de la tranche 11-19 ans est poursuivie par une évolution sans rupture de la tranche 20-30 ans. Pour le

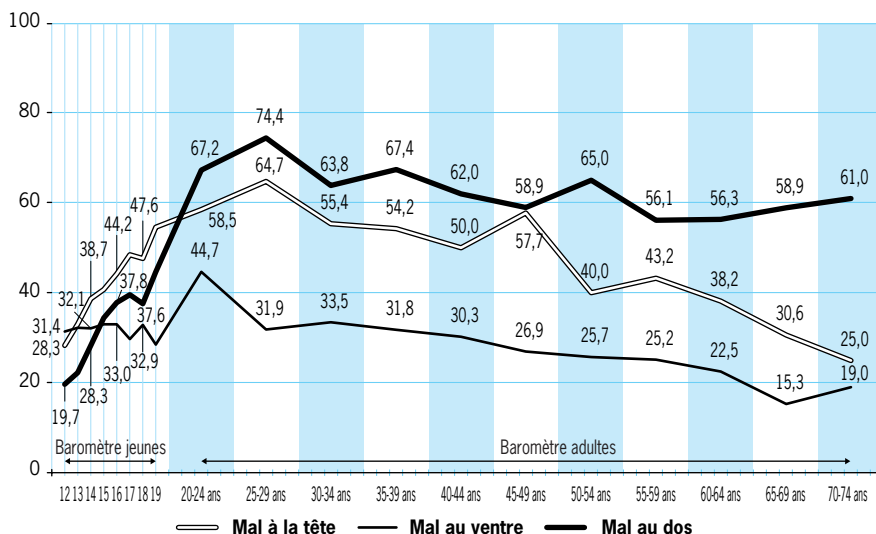
**Tableau V**

### Comparaison des méthodes de recueil des trois enquêtes

	Enquête adolescents	Baromètre santé adultes	Baromètre santé jeunes
Année	1993	1995	1997
Type d'enquête	Autoquestionnaire papier en milieu scolaire	Enquête téléphonique à domicile	Enquête téléphonique à domicile
Type d'échantillonnage	Échantillon avec trois niveaux de tirage au sort (académique, collège et classe)	Échantillon aléatoire direct à partir de la liste des foyers abonnés au téléphone hors listes rouge et orange	Échantillon aléatoire direct à partir de la liste des foyers abonnés au téléphone hors listes rouge et orange
Taille de l'échantillon	12 391 jeunes	1 993 personnes	4 115 jeunes
Âge	de 11 à 19 ans	De 18 à 75 ans	de 12 à 19 ans

**Figure 20**

### Douleurs dans les trente derniers jours selon l'âge chez les adultes (Baromètre santé adultes 95/96) et les jeunes (Baromètre santé jeunes 97/98)







mal de ventre, il est possible de noter une rupture dans la tranche 20-30 ans (entièrement due aux douleurs déclarées par les femmes), puis une baisse régulière au cours de la vie qui est la combinaison d'une stabilité pour les hommes et d'une baisse pour les femmes.

Les pourcentages de consultants au cours des trente derniers jours sont peu différents suivant les enquêtes (Inserm/Baromètre santé jeunes) — seules les consultations chez les généralistes concernent plus de jeunes en 1997 (Tableau VI).

## Analyse et synthèse

### Le sexe

Le premier fait marquant est la prépondérance féminine des plaintes, de la consommation de médicaments et de l'accès aux professionnels de santé.

Les filles expriment plus fréquemment que les garçons des douleurs (1,5 fois à 2 fois plus souvent).

Elles ont eu globalement plus de contacts avec un professionnel de santé que les jeunes garçons : 10,4 vs 8,6 fois dans l'année et, de façon plus spécifique, elles ont

plus souvent consulté un professionnel de l'aide psychologique et un dentiste.

Elles sont aussi plus nombreuses à déclarer consommer des médicaments, quel que soit le type de produits.

En revanche, il n'y a pas de différence entre sexes dans la probabilité d'avoir été hospitalisé au cours de l'année.

#### Philippe, élève de troisième

« Pour que mes parents se décident à m'emmener chez le médecin, il faut vraiment que j'ai quarante de fièvre ! Sinon, on se débrouille tout seul. Ma mère commence à savoir comment soigner nos petits bobos : ce sont toujours les mêmes qui reviennent. Et surtout, mes parents en ont assez que le médecin nous prescrive tout le temps des antibiotiques. À la maison, on se soigne par homéopathie, c'est moins dangereux et moins toxique. »

Tableau VI

### Comparaison des résultats des trois enquêtes pour les douleurs déclarées et les consultations ou hospitalisation (en pourcentage)

	Enquête adolescents 1993	Baromètre santé adultes 95/96	Baromètre santé jeunes 97/98
A eu mal au dos <sup>a</sup>		63,7	33,5
A eu mal à la tête <sup>a</sup>		50,3	42,
A eu mal au ventre <sup>a</sup>		30,0	31,6
A consulté son médecin généraliste <sup>b</sup>	74,8	79,5	87,7
A consulté un gynécologue <sup>b</sup>	9,4		10,4
A consulté un psychiatre ou un psychologue <sup>b</sup>	4,0	3,7	5,1
A consulté un dentiste <sup>b</sup>	64,9		63,2
A consulté un kinésithérapeute <sup>b</sup>	13,8		13,6
A été hospitalisé une fois dans l'année <sup>c</sup>	12,6		9,2 <sup>c</sup>

a. au cours des trente derniers jours. b. au moins une fois dans l'année. c. au moins une nuit.



## **L'âge**

Le deuxième fait marquant est la progression avec l'âge de la plupart des douleurs, de la consommation de médicaments, du nombre de contacts avec certains professionnels de santé. La baisse normale de fréquentation de la santé scolaire est logique avec la sortie progressive du système scolaire. Dans la même perspective, l'augmentation de la consultation des gynécologues est en relation avec la puberté et l'entrée dans la vie sexuelle. La baisse progressive de la fréquentation des dentistes peut être interprétée comme la fin des traitements d'orthopédie dentofaciale, mais pourrait être lié à la baisse probable de l'incitation parentale dans la prévention des caries laissant ainsi la place à un désintérêt des adolescents pour ce sujet.

Globalement, les adolescents n'ont pas une consommation de soins ou des plaintes particulièrement différentes des adultes.

## **Le lieu d'habitation**

Les maux de tête et les maux de ventre sont plus fréquemment déclarés quand la taille de l'agglomération est plus importante. Ces résultats sont à rapprocher notamment des différents scores de qualité de vie observés selon la taille de l'agglomération. Comment la densité d'habitation affecte-t-elle le vécu des douleurs et la qualité de vie ? S'agit-il du bruit, de l'exiguïté des logements, des particularités des relations entre individus en milieu urbain ?

La consultation de spécialistes varie selon l'offre de soins et est donc plus fréquente quand la taille de l'agglomération est plus importante.

### **références bibliographiques**

1. Choquet M, Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.
2. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.



# Pain, health care use and medication

**Pierre Arwidson,  
Arnaud Gautier, Philippe Guilbert**

## the key facts in a few figures...

Forty-two per cent of young people have had a headache within the last 30 days, and one in three has had back ache or stomach ache. Girls are 1.5 to 2 times as likely to complain of pain. Overall, the older the teenager the more frequently pain is reported.

In the course of the year, girls have had 10.4 contacts with a health professional while boys have had only 8.6 such contacts. More girls consult psychiatrists (5.9% v 4.4% for boys) and dentists (66.7% versus 59.9% for boys). The number of consultations with specialists increases with the population density of the area of residence.

More than half of young people (55.5%) have taken one medicinal product during the last 30 days. Over the same period, 37% of young people questioned have taken medication for pain, 7% for tension and 3.5 medication to help them sleep.

Almost one young person in 10 was admitted to hospital during the year and there was no difference between the sexes.









# Vaccinations

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

## l'essentiel en quelques chiffres...

### Adhésion à la vaccination en général

Près de neuf jeunes sur dix (89,0 %) déclarent être favorables aux vaccinations, les garçons un peu plus que les filles, et ce pourcentage d'adhésion augmente avec l'âge.

### Ancienneté de la dernière vaccination

Près de neuf jeunes sur dix (88,3 %) disent avoir eu une vaccination il y a moins de cinq ans et près d'un adolescent sur dix (9,5 %) ne sait pas à quand remonte son dernier vaccin.

### Origine de la dernière décision vaccinale

La décision vaccinale revient près d'une fois sur deux (45,4 %) aux parents (la mère pour 27,1 % des cas), puis au médecin (26,8 %) avec une prépondérance pour le médecin de famille (17,0 %) et enfin, au jeune lui-même (24,0 %). Les filles et les adolescents issus de niveau social modeste sont plus autonomes vis-à-vis de leurs vaccinations.

### Lieu de la dernière vaccination

Dans les trois quarts des cas, elle a été faite par le médecin de famille (77,2 %) et dans une plus faible proportion à l'école (14,8 %). Les filles vont plus souvent chez leur médecin de famille pour effectuer cet acte pré-

ventif, les garçons et les plus jeunes des adolescents s'adressant plus volontiers à l'école ou à un autre type de structure publique (armée, médecine du travail...).

### Hépatite B et modes de contamination

Plus d'un quart des jeunes (26,4 %) ne savent pas citer spontanément un mode de contamination, les garçons sont plus souvent dans ce cas que les filles et les plus jeunes davantage que leurs aînés. Un jeune sur deux (50,6 %) nomme la salive, un sur trois (36,1 %) les relations sexuelles et un sur quatre (24,4 %) le sang. Quels que soient les trois principaux modes de contamination considérés (salive, relations sexuelles ou sang), les filles et les adolescents les plus âgés sont systématiquement en plus grand nombre à les mentionner. Un jeune sur cinq (21,9 %) a parlé d'autres modes de contamination (plus souvent les garçons et les 12-13 ans). Ce sont principalement les objets, la transpiration, le baiser, les aliments ou l'environnement (air malsain...). La réponse « piqûre ou seringue » est difficile à interpréter. Ce sont les jeunes qui appartiennent aux familles de niveau social élevé qui sont les plus nombreux à citer les deux modes de transmission les plus importants (relations sexuelles et sang).







Les vaccinations sont un des plus grands succès des politiques de santé publique : elles permettent de sauver des millions de vies dans tous les pays du monde.

Pourtant, un siècle après la mort de Pasteur, beaucoup d'entre nous ont tendance à oublier que les fléaux infectieux tels que la variole, la poliomyélite ou la diphtérie, ont pu être écartés ou sont en voie de disparition, grâce au succès des vaccins.

La vigilance reste donc nécessaire, car des maladies considérées à tort comme bénignes, peuvent à tout moment faire l'objet de nouveaux foyers endémiques dont les conséquences sont dramatiques pour certaines populations.

Alors que pendant longtemps, les stratégies d'immunisation ont été basées en France sur l'obligation, depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics font appel à la responsabilité individuelle et collective pour que chaque personne se sente concernée par ce geste de prévention.

En effet, la vaccination n'est efficace que si elle implique un pourcentage significatif de la population cible et si les rappels sont bien effectués. Il est donc nécessaire de convaincre non seulement les adultes mais

aussi leurs enfants et l'ensemble de la population des jeunes.

Quel est le niveau d'adhésion des adolescents français à la vaccination en général ? De quand date leur dernière immunisation ? Qui en a pris la décision et où a-t-elle eu lieu ? Que savent les jeunes sur les modes de transmission de l'hépatite B ?

Telles sont les questions auxquelles ce chapitre donne des éléments de réponse.

## La vaccination en général

### Adhésion à la vaccination

Près de neuf jeunes sur dix (89,0 %) déclarent être « très » (44,2 %) ou « plutôt » (44,8 %) favorables aux vaccinations en général. Les garçons sont un peu plus nombreux dans ce cas (90,3 % vs 88,0 %) et plus les adolescents avancent en âge, plus ils y sont favorables et moins la différence entre sexes est marquée (*Figure 1*).

Parmi les autres facteurs sociodémographiques, il est à noter que la situation sociale de la famille à laquelle appartient le jeune ne semble pas intervenir dans son niveau d'adhésion à la vaccination.

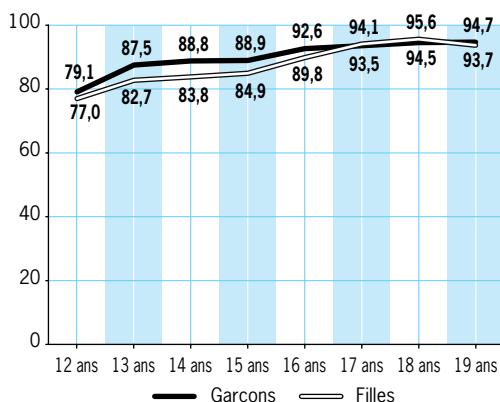
En revanche, il semble que les enfants vivant

Lorsque les variables « situation parentale » et « redoublement » sont utilisées, elles ont été systématiquement ajustées sur le sexe et l'âge.



**Figure 1**

**Répartition des jeunes favorables (très ou plutôt) à la vaccination en général selon le sexe et l'âge (en pourcentage)**



dans une famille recomposée expriment moins fortement ce choix préventif que les autres (85,8 % vs 90,3 % — monoparentale — vs 88,9 % — de naissance (ou d'adoption)). Il en est de même pour ceux qui vivent en zone rurale (87,6 % vs 89,7 %).

**Ancienneté de la vaccination**

Un peu plus d'un tiers des adolescents (36,5 %) déclarent qu'ils ont été vaccinés pour la dernière fois en 1997 (année de l'enquête) et un pourcentage équivalent (36,7 %) en 1996.

Plus globalement, neuf sur dix (88,3 %) disent avoir eu une vaccination il y a moins de cinq ans.

Par ailleurs, près d'un adolescent sur dix (9,5 %) ne sait pas à quand remonte son dernier vaccin. Seul l'âge apparaît comme une variable discriminante chez les jeunes qui ne savent pas — les plus jeunes étant plus nombreux à être dans ce cas (13,1 % des 12-14 ans vs 7,7 % chez les 15 ans et plus).

**Origine de la dernière décision vaccinale**

Concernant la dernière vaccination, la dé-

cision revient près d'une fois sur deux (45,4 %) aux parents (la mère pour 27,1 % des cas), puis au médecin (26,8 %) avec une prépondérance pour le médecin de famille (17,0 %) et enfin, au jeune lui-même (24,0 %) (Tableau I).

Les filles sont plus autonomes que les garçons vis-à-vis de leurs vaccinations (28,1 % vs 20,0 %), ces derniers comptant plus sur leurs parents (47,9 % vs 42,7 %). Ce constat souligne la précocité de la responsabilité des femmes pour la santé en général mais aussi celle de leurs proches.

Plus les années passent, plus l'adolescent se prend en charge pour ses vaccinations (Figure 2). Cependant, on constate qu'à 19 ans, un jeune sur cinq compte encore sur ses parents pour s'en occuper (29,7 % pour les garçons de 19 ans).

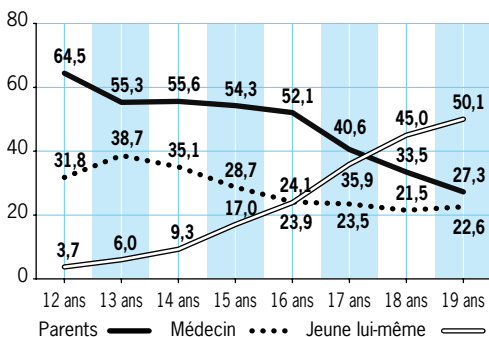
Les adolescents issus de niveau social plus favorisé (enfants dont le chef de famille a une profession intermédiaire, est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure) sont moins autonomes pour leurs vaccinations que les enfants d'ouvrier ou d'inactif (Tableau II).

**Lieu de la dernière vaccination**

Elle a été faite dans les trois quarts des cas au cabinet du médecin de famille

**Figure 2**

**Origine de la décision concernant la dernière vaccination du jeune selon l'âge (en pourcentage)**





(77,2 %) et dans une plus faible proportion à l'école (14,8 %). Les filles se rendent plus souvent chez leur médecin de famille, les garçons étant plus volontiers vaccinés à l'école ou dans un autre type de structure publique (armée, médecine du travail...) (Figure 3).

La vaccination à l'école est beaucoup plus courante chez les jeunes adolescents : à 12-14 ans, ils sont près d'un tiers (31,8 %) à y avoir reçu leur dernière immunisation (Figure 4).

Les jeunes qui habitent dans une commune rurale sont aussi plus nombreux à être dans

**Tableau I**

**Personne qui a pris la décision de faire vacciner le jeune pour la dernière fois selon le sexe (n=4 115 ; en pourcentage)**

	Ensemble	Garçons	Filles
<b>Parents</b>	<b>45,4</b>	<b>47,9</b>	<b>42,7</b>
Les deux parents	16,3	18,9	13,6
Mère/belle-mère	27,1	26,7	27,6
Père/beau-père	2,0	2,3	1,5
<b>Médecins</b>	<b>26,8</b>	<b>27,3</b>	<b>26,5</b>
Médecin de famille	17,1	17,4	16,7
Médecin/infirmière scolaire	9,6	9,5	9,7
Médecin du travail	0,2	0,4	0,1
<b>Jeune lui-même</b>	<b>24,0</b>	<b>20,0</b>	<b>28,1</b>
<b>Autres</b>	<b>2,2</b>	<b>3,0</b>	<b>1,3</b>
<b>Ne sait pas</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,4</b>

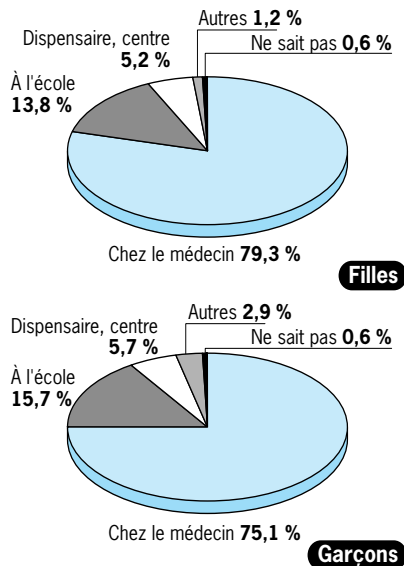
**Tableau II**

**Origine de la prise de décision de la dernière vaccination selon la profession du chef de famille (en pourcentage)**

	Parents	Médecin	Lui-même
Agriculteurs (n=127)	45,7	30,7	23,6
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=177)	51,4	21,5	27,1
Cadres et prof. intel. supérieures (n=654)	52,9	24,5	22,6
Professions intermédiaires (n=726)	51,5	25,9	22,6
Employés (n=579)	47,8	30,1	22,1
Ouvriers (n=1 474)	43,8	29,6	26,7
Inactifs (n=83)	34,9	33,7	31,3
Ne sait pas (n=99)	33,0	27,0	40,0

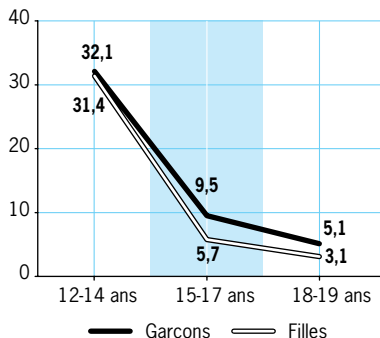
**Figure 3**

**Lieu de la vaccination selon le sexe**



**Figure 4**

**Vaccination à l'école selon l'âge et le sexe (en pourcentage)**





ce cas (17,0 % vs 14,5 %), alors que ceux qui habitent en ville déclarent en plus grand nombre être allés dans un dispensaire ou un centre de vaccination (6,5 % vs 3,1 %). Ceci correspond sans doute à une offre plus importante de ce type de service en ville (Figure 5) ; ce dernier pourcentage est de 12,4 % dans l'agglomération parisienne.

## Hépatite B et modes de contamination

Le virus de l'hépatite B est présent principalement dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et, dans une moindre mesure, dans la salive et les autres sécrétions. L'hépatite B se transmet par le sang des personnes porteuses du virus ou au cours de relations sexuelles. La transmission par le sang peut se produire lors d'un échange de seringues entre toxicomanes, lors d'une piqûre accidentelle avec du matériel souillé, ou encore entre la mère et le nouveau-né lors de l'accouchement. Le virus de l'hépatite B est présent dans la salive mais ce mode de contamination reste rare.

Plus d'un quart (26,4 %) des jeunes n'arri-

vent pas à citer spontanément au moins un mode de contamination de cette maladie infectieuse, les garçons plus que les filles (29,2 % vs 25,4 %) et les plus jeunes plus que leurs aînés (45,5 % chez les 12-14 ans, 20,2 % chez les 15-17 ans, 13,9 % chez les 18-19 ans).

Dans le Baromètre santé adultes de 95/96 [1], les 18-75 ans étaient près de la moitié (43,3%), c'est-à-dire plus nombreux que les jeunes, à ne pas pouvoir citer spontanément au moins un mode de contamination. Une étude qualitative menée en décembre 1997 par le CFES avec l'institut Ipsos auprès de parents et de jeunes sur la vaccination en milieu scolaire [2] montrait que si l'hépatite B suscitait l'inquiétude des personnes interrogées, bon nombre d'entre elles avaient l'impression de mal connaître cette maladie et se déclaraient peu informées sur les modes de contamination.

Un jeune sur deux (50,6 %) cite la salive, un sur trois (36,1 %) les relations sexuelles et un sur quatre (24,4 %) le sang. La Figure 6 présente l'ensemble des modes de transmission qui ont pu être cités par les jeunes. Quel que soit le mode de contamination considéré (les relations sexuelles, le sang, la salive), les filles sont systématiquement en plus grand nombre à les mentionner.

La fréquence des différentes réponses est aussi fortement liée à l'âge, aussi bien pour la salive que pour les relations sexuelles ou le sang (Figure 7).

Un jeune sur cinq (21,9 %) a parlé d'autres modes de contamination possibles (plus souvent les garçons et les 12-13 ans). Ce sont « les objets », la transpiration, le baiser, les aliments ou l'environnement (air malsain...).

La réponse « piqûre ou seringue » est difficile à interpréter. En effet, s'agit-il d'une référence faite au mode de contamination par l'échange de seringues (usagers de drogues), à des soins reçus ou donnés (piqûres accidentelles avec du matériel souillé) ou bien une erreur de compréhension et une assimilation à la vaccination (piqûre) contre l'hépatite B ?

**Figure 5**  
Lieu de vaccination selon la taille d'agglomération (en pourcentage)

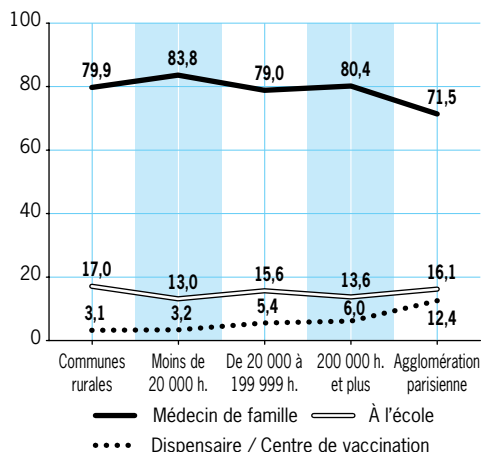
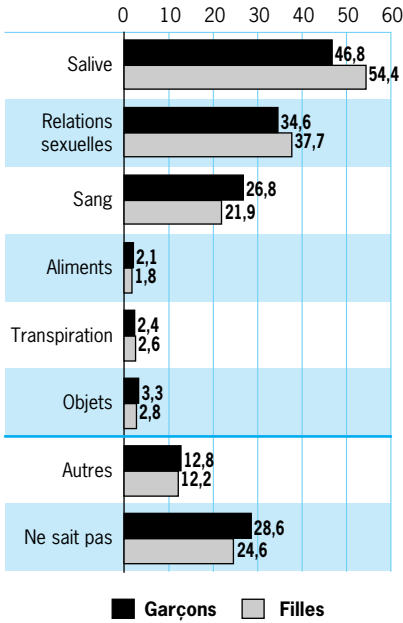




Figure 6

**Modes de contamination cités pour l'hépatite B selon le sexe (en pourcentage)**



Ce sont les jeunes qui appartiennent à une famille dont le chef de famille est artisan, commerçant, chef d'entreprise ou cadre, qui sont les plus nombreux à citer les deux modes de transmission les plus importants et les mieux validés scientifiquement (relations sexuelles et sang).

L'étude qualitative de décembre 1997 montrait en effet que l'on s'interrogeait fréquemment sur d'autres modes éventuels de transmission : par l'eau, par l'alimentation, par manque d'hygiène.

La Figure 8 compare les modes de contamination cités pour l'hépatite B dans la population adulte (Baromètre santé adultes 95/96 [1]) et jeune (Baromètre santé jeunes 97/98).

La hiérarchie est différente, puisque les jeunes citent en premier la salive (50,6 %), alors que pour les adultes, elle n'arrive qu'en troisième position (29,0 %). Les relations sexuelles sont citées en premier par les adultes, ce qui n'est pas le cas pour les adolescents (deuxième position) avec pourtant un pourcentage quasiment identique jeunes/adultes (jeunes : 36,1 % ; adultes : 36,7 %).

Figure 7

**Modes de contamination cités pour l'hépatite B selon l'âge (en pourcentage)**

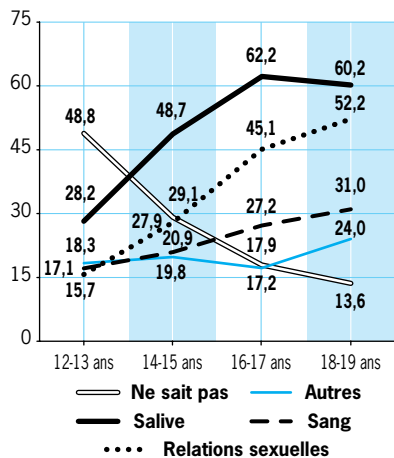
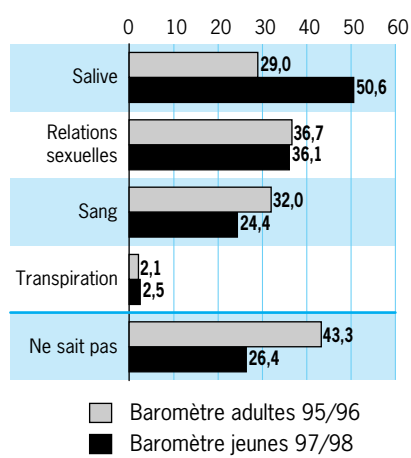


Figure 8

**Modes de contamination cités pour l'hépatite B chez les jeunes et les adultes (en pourcentage)**





## Analyse et synthèse

### Le sexe

Si les garçons sont légèrement plus nombreux à être favorables à la vaccination, ils se déclarent moins autonomes que les filles par rapport à cet acte préventif. Ils se révèlent être, en effet, plus dépendants pour les vaccinations, de leurs parents en général et de leur mère en particulier. En ce qui concerne la dernière vaccination pratiquée, les adolescentes ont fait plus souvent appel au médecin de famille, alors que les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à utiliser des structures publiques (école, centre de vaccinations, armée...).

De façon générale, les filles semblent avoir de meilleures connaissances sur les modes de transmission de l'hépatite B que les garçons.

### L'âge

L'adhésion et l'autonomie vis-à-vis de la vaccination augmentent avec l'âge. Pourtant, à la sortie de l'adolescence, de nombreux jeunes restent encore très dépendants de leurs parents par rapport à leur pratique vaccinale. Les plus jeunes sont plus souvent que leurs aînés vaccinés à l'école, très certainement en raison d'une immunisation contre l'hépatite B pratiquée à l'entrée au collège.

### Autres caractéristiques

Les jeunes de niveau social élevé sont plus dépendants de leurs parents pour la prati-

que vaccinale et semblent avoir de meilleures connaissances dans ce domaine (par exemple pour les différents modes de transmission de l'hépatite B) que les adolescents d'origine plus modeste. Ces derniers ne déclarent pas faire plus souvent appel que les jeunes de milieux plus favorisés à des structures publiques de vaccination.

## références bibliographiques

1. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
2. CFES/Ipsos. Étude qualitative. *Vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire*. Rapp. dactyl., décembre 1997.



# Vaccinations

Marie-Pierre Janvrin, François Baudier

## the key facts in a few figures...

### Belief in vaccination in general

Almost nine out of ten young people (89.0%) state they are in favour of vaccinations, boys are a little more in favour than girls and this percentage in favour increases with age.

### Time since last vaccination

Almost nine out of ten young people (88.3%) state they have had a vaccination within the last five years and almost one teenager in ten (9.5%) does not know how long it is since they were last vaccinated.

### Who made the decision about the most recent vaccination

Almost one in two (45.4%) decisions to vaccinate were made by the parents (by the mother in 27.1% of cases), then by the doctor (26.8%) most commonly the family doctor (17.0%) and finally, by the young person him or herself (24.0%). Girls and teenagers from modest social backgrounds were more likely to have made their own decision about vaccinations.

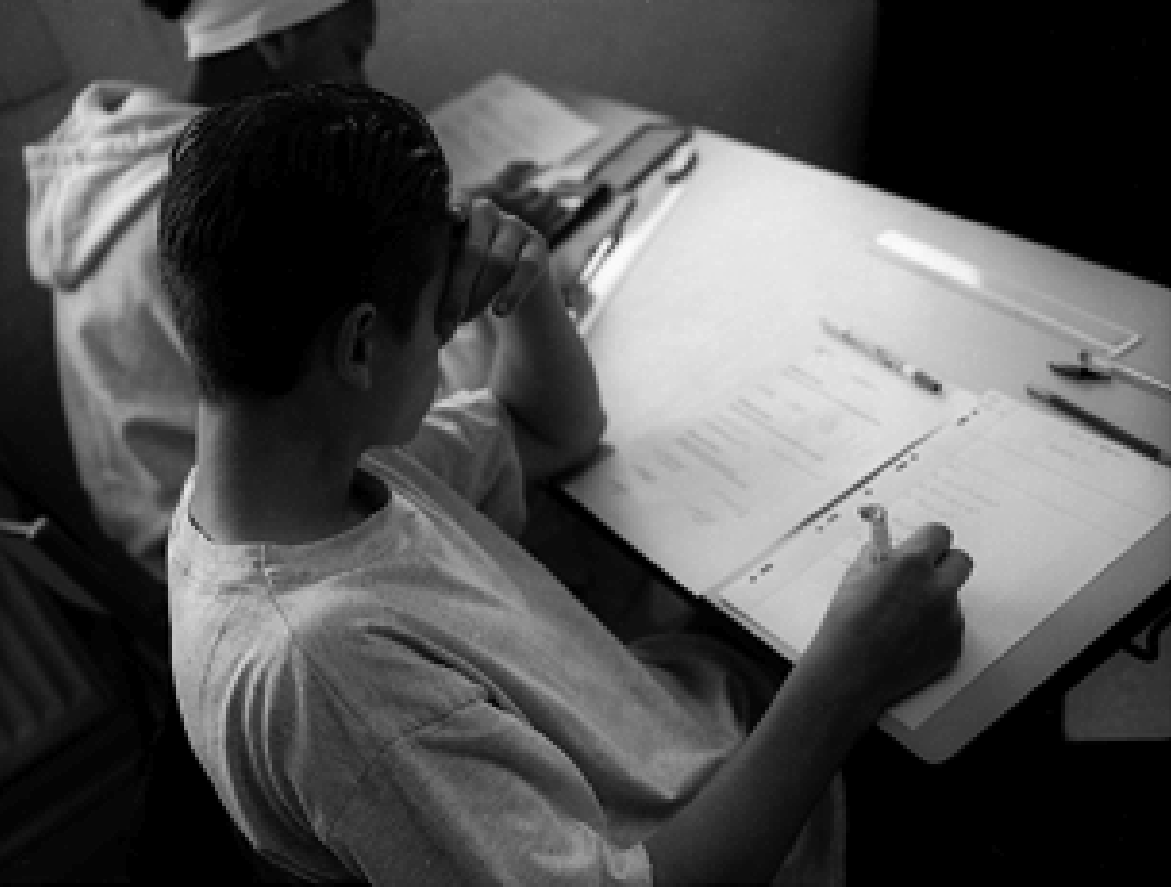
### Place of last vaccination

In three quarters of cases, it was done by the family doctor (77.2%) and a smaller proportion were vaccinated at

school (14.8%). Girls are more likely to go to the family doctor for this preventive measure, boys and younger teenagers were more willing to ask the school or another type of public organisation to do it (army, works doctor, etc.).

### Hepatitis B and modes of infection

More than a quarter of young people (26.4%) cannot spontaneously cite one mode of infection, boys more often than girls in this case and younger teenagers more than their elders. One young person in two (50.6%) named saliva, one in three (36.1%) sexual intercourse and one in four (24.4%) blood. Whatever the three principal modes of infection considered (saliva, sexual intercourse or blood) girls and older teenagers are systematically more likely to mention them. One young person in five (21.9%) talked about other methods of infection (more frequently boys and 12-13 year olds). The answers given were principally perspiration, kissing, food or the environment (bad air, etc.). The answer "jab or needle" is difficult to interpret. Young people from families in the higher social classes were more likely to cite the two most important modes of transmission (sexual intercourse and blood).









# Discussion

Jacques Arènes, François Baudier

En latin, « *adulescentia* » signifie « jeunesse » et s'oppose à « *vieillesse* ». Selon Cicéron, « la *vieillesse* » succède naturellement à « *l'adulescentia* » comme celle-ci à « *l'enfance* ». L'entre-deux que représente « *l'adolescence* » — entre « *enfance* » et « *âge adulte* » — est un phénomène récent lié à une civilisation industrielle qui prolonge une étape de vie restée pendant longtemps fugace. Aujourd'hui, tout naturellement, les spécialistes tentent de définir l'adolescence durant toute son étendue temporelle et ses nouvelles spécificités, en particulier dans le domaine de la santé.

## Les âges de l'adolescence

La première question est de différencier ou non « *adolescence* » et « *jeunesse* ». À bien des égards, l'adolescence se trouve proche de l'enfance par le maintien du contrôle des instances de socialisation que sont la famille et l'école. En fait, l'adolescence se différencie sociologiquement de l'enfance par « *un ensemble de goûts et de pratiques liés surtout à la socialisation du groupe des pairs* » [1]. Ces relations sont donc importantes à explorer. Elles sont d'ailleurs présentes dans la très grande majorité des enquêtes concernant les comportements et les attitudes des populations de ces âges.

Le concept d'adolescence a été réellement institué au début de ce siècle. Ainsi, à cette époque, « les familles bourgeoises ont eu à gérer une phase inédite de la vie, qui se prolonge avec le développement des études secondaires » [2]. La psychologie, science alors nouvelle, va « *investiguer* » scientifiquement cette période de la vie pour en étudier les bouleversements et tenter de donner aux parents et aux éducateurs les moyens pédagogiques de la gérer.

L'entrée physiologique dans l'adolescence se situe durant la puberté, au moment de l'apparition de la fonction génitale. En revanche, sa sortie se fond très souvent dans une période indéterminée entre jeunesse et âge adulte. Selon Olivier Galland, l'adolescence se différencierait actuellement de la « *jeunesse* », plus tardive, pendant laquelle se situerait une prise progressive de responsabilités professionnelles et familiales. Pour étudier l'adolescence elle-même, les données sanitaires récoltées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recouvrent la période assez vaste des « *10-19 ans* » et les données internationales sont agrégées en deux sous-groupes : les « *10-14 ans* » et les « *15-19 ans* ». L'échantillon du Baromètre santé jeunes a couvert, quant à lui, la tranche d'âge des « *12-19 ans* » subdivisée en deux avec les « *12-14 ans* » et



les « 15-19 ans ». Seul le second groupe a bénéficié de certaines questions plus sensibles sur la sexualité, les substances psychoactives illicites et le suicide. Le choix de la borne inférieure des âges a été motivé par la comparaison avec de précédentes enquêtes du CFES (il s'agissait souvent des « 12-18 ans »). Elle est aussi liée à la réserve par rapport à l'acceptabilité et la compréhension du questionnaire — assez long — par les plus jeunes. D'ailleurs, des difficultés ont été relevées au moment de l'enquête pilote chez les 12-13 ans. La définition de certains termes a donc été nécessaire pour cette tranche d'âge ; par exemple « toxicomane » à propos d'une question d'opinion sur les drogues.

### **Le téléphone : un média familier et accessible pour beaucoup de jeunes**

Le Baromètre santé jeunes a pu montrer la pertinence du média téléphonique pour une enquête sur les comportements de santé et les styles de vie des jeunes.

Comme il a été souligné dans l'introduction, le nombre de non-répondants est moins élevé que dans l'enquête adultes qui utilisait une méthodologie identique [3, 4]. De plus, les jeunes déclarent que l'anonymat du téléphone leur a permis d'être plus à l'aise pour répondre à des questions intimes [5]. Une jeune a ainsi confié après son interview : « *La personne qui était au téléphone avec moi m'a bien dit que c'était anonyme. C'était pour moi beaucoup plus facile de répondre à vos questions sensibles. Si cela ne m'avait pas été précisé, cela m'aurait beaucoup plus gêné. Les questions plus personnelles, comme c'était anonyme, c'était pour moi une sécurité.* »

Le grand intérêt d'une telle enquête par téléphone a été aussi de pouvoir approcher ceux qui ne sont plus dans le système scolaire (chômeurs, jeunes travaillant) et qui échappent en général à ce type d'investigation souvent conduite en milieu scolaire à l'aide d'autoquestionnaires.

Bien entendu, des comportements déclai-

rés ont probablement fait l'objet d'une sous-déclaration en raison du média téléphonique et de la proximité réelle ou symbolique des parents et des proches. C'est en particulier le cas pour les consommations de substances illicites ou les rapports sexuels forcés. Par ailleurs, il est raisonnablement possible de penser que les jeunes qui n'ont pas le téléphone et ceux dont le foyer est sur liste rouge (ou orange) ont, pour des raisons différentes, certains comportements de santé différents.

### **La prise de risque au cœur de la problématique adolescente ?**

La tâche développementale de l'adolescence suppose l'exploration d'un certain nombre de comportements (conduites d'essai) pouvant éventuellement comporter un risque. Ces tentatives ou ces prises de risques font partie de la construction de l'identité de l'adulte [6]. Pourtant, dans certains cas, la mise en place de ces comportements peut mener à de réels problèmes de santé publique (addictions, suicides, accidents...) pour une frange non négligeable de la population adolescente. Cependant, la conscience claire d'une « prise de risque » n'est pas nécessairement le fait de l'adolescent, notamment quand il est très jeune. La caractéristique des premiers âges de l'adolescence est souvent décrite comme s'accompagnant d'un sentiment d'invulnérabilité [7]. De nombreux modèles théoriques incluent ce sentiment perçu comme un élément important influençant les comportements de santé. Cette situation pourrait donc expliquer la fréquence des prises de risques parmi la population particulièrement jeune.

Il arrive aussi que l'adolescent cherche délibérément à flirter avec les marges dans ce qui devient parfois un comportement ordalique<sup>1</sup>. La question posée dans le Baromètre santé jeunes sur le risque éventuel « pris par plaisir ou par défi au cours

1. D'appel à la justice de Dieu au Moyen Âge.

des derniers jours » recouvre ce type de situation. Les réponses apparaissent très diverses. Le risque peut avoir des conséquences plus sociales que biomédicales (infraction à la loi et défi des forces de l'ordre, « entorses » au code d'honneur ayant cours entre amis). Il peut aussi concerner un jeu authentique avec le danger, la mort (un des jeunes interrogés avait ainsi pris l'autoroute en sens inverse) ou une recherche des limites corporelles par l'ingestion de substances, qui s'apparente à une tentative de suicide (« *j'ai avalé des médicaments de toutes sortes* », « *j'ai beaucoup bu avec l'envie de mourir* »). Dans de nombreux cas, ces comportements d'essais ne doivent pas être pris isolément et en dehors de leur aspect social d'acceptation et de respect par les pairs. En effet, les jeunes ayant montré une vie sociale plus intense (ceux qui se sont retrouvés, au cours des sept derniers jours, au café, dans un bar ou une salle de jeux avec des copains ou qui ont retrouvé des copains dehors près de chez eux, au cours des sept derniers jours) sont aussi ceux qui sont le plus impliqués dans les consommations de substances psychoactives. Ils ont d'ailleurs un score de santé sociale de niveau élevé et c'est pourquoi certains auteurs proposent de développer auprès de ces publics en difficulté des stratégies dites d'éducation pour la santé par les pairs [8].

### **La perception paradoxale des craintes de la maladie**

Certains pensent que le terme « de prise de risque »<sup>1</sup> ne peut être réservé qu'à un comportement incluant la conscience du danger [9]. D'une manière très nette, la plupart des craintes concernant divers problèmes de santé ou maladies subissent dans cette enquête et dans le Baromètre santé adultes 95/96 [10], une évolution linéaire et croissante avec l'âge, de 12 à 65 ans. Il en est ainsi du cancer, des maladies cardiaques, des accidents de la circulation qui sont peu craints par les plus jeunes en raison de l'aspect abstrait d'événements de

santé censés apparaître dans un futur lointain. La morbidité par cancer ou maladies cardiaques est intuitivement comprise par le jeune comme concernant plus souvent les « adultes ». Par ailleurs, le facteur « d'invulnérabilité » cité plus haut est sans doute aussi en cause.

Certaines études ont montré que les soucis ou inquiétudes concernant la santé<sup>2</sup> des adolescents ne se situent qu'assez peu dans le registre des facteurs de risque classiquement reconnus par l'épidémiologie (par exemple les consommations de substances psychoactives), alors qu'elles sont souvent mises en avant par les adultes, les éducateurs et les responsables de santé publique. En fait, les préoccupations des adolescents recouvrent principalement le domaine des relations et de la vie sociale, émotionnelle et affective ainsi que de la gestion du stress [11-13]. Le levier de la démarche d'éducation pour la santé peut donc rarement s'appuyer sur la peur de maladie projetée dans un futur lointain (cancer, maladies cardio-vasculaires...), mais doit s'inscrire dans une réalité plus liée au vécu immédiat du jeune (amour, sport, musique...).

En revanche, les craintes concernant d'autres problèmes de santé présentent une courbe paradoxale en « U ». Elles inquiètent les plus jeunes (12-14 ans) et les plus âgés (après 35 ans). Il en est ainsi des maladies dues à l'alcool, du suicide et des accidents de la vie domestique. Cette préoccupation plus importante des plus jeunes pourrait s'expliquer soit par une plus grande exposition objective au risque (par exemple pour les accidents de la vie domestique), soit par un impact plus important des messages de prévention chez les plus jeunes pour certains thèmes (par exemple pour l'alcool). Par ailleurs, il faut noter que dans certains domaines comme la toxicomanie, les jeunes adolescents se révèlent plus répressifs que les plus âgés.

1. *Risk Taking Behavior.*  
2. *Health concerns.*

## L'importance et la réalité des polyconsommations

La très grande majorité des jeunes se déclare en bonne santé par rapport aux personnes de leur âge. 94,7 % d'entre eux affirment que leur santé est plutôt ou très satisfaisante et ils sont moins de 1 % à affirmer qu'elle ne l'est pas du tout.

Néanmoins, une partie significative de l'échantillon donne des signes de souffrance dans les domaines de la violence, de l'idéation suicidaire (plus de 10 %) et de l'exposition à une polyconsommation de substances licites et illicites, cette dernière dimension préoccupante ayant déjà été explorée dans l'enquête de l'Inserm [14]. L'expérimentation de substances psychoactives fait de toute façon partie de l'univers des jeunes. En effet, moins d'un sur dix (8,9 %), parmi les 15-19 ans, n'a absorbé aucun de ces produits au cours de sa vie. Cette « propension » à la consommation de substances psychoactives s'intégrerait dans un réseau de causalité incluant évidemment la personnalité du jeune et son environnement (pairs, parents), mais aussi les autres comportements d'essais [9].

La consommation d'alcool, et notamment l'ivresse, sont reliées positivement à la prise de cannabis (78,8 % des expérimentateurs de cannabis déclarent avoir été ivres au cours de leur vie contre 26,3 % pour les autres). Il y a là une similitude des modèles de risque psychosocial entre l'utilisation de cannabis et la consommation d'alcool sous une forme toxicomaniaque — ivresse — [15]. La prise de cannabis est aussi reliée à celle de tabac. L'hypothèse pouvant expliquer ce lien est en partie à trouver dans le mode de consommation habituel (« fumer ») de ces deux produits.

Près de 30 % des jeunes de 15 à 19 ans ont consommé au moins une fois les trois produits (alcool, tabac et cannabis). Cependant, les résultats du Baromètre santé jeunes indiquent que seulement 1 % des jeunes de 15 à 19 ans (n=28) sont des consommateurs affirmés d'alcool, de tabac, et de cannabis (plus de dix cigarettes par

jour pour le tabac, dix fois ou plus de cannabis au cours des douze derniers mois, une boisson alcoolisée plus d'une fois par semaine au cours des douze derniers mois). Par ailleurs, environ 5 % des adolescents interrogés ont déclaré associer deux des substances citées dans une consommation régulière. Ces jeunes se démarquent des autres par une qualité de vie déclarée inférieure dans les domaines physique, mental et social, un âge plus élevé et une prédominance très nette du sexe masculin. Ce phénomène de forte polyconsommation ne concerne donc qu'une frange infime de l'échantillon du Baromètre santé jeunes, avec de plus, pour deux des produits (alcool et cannabis), un type de consommation qui ne peut être qualifié d'addictif en raison de prises irrégulières, sans doute plus liées aux circonstances qu'à un besoin impérieux de prise de toxique. Il est nécessaire de noter aussi qu'une enquête en population générale comme le Baromètre santé jeunes ne peut approcher d'une manière fine les consommations plus extrêmes, tant du point de vue de l'évaluation de la prévalence que de l'analyse des déterminants.

Quelques données d'évolution peuvent être prises en compte dans cette analyse. Par exemple, pour le tabagisme, il semble exister une régression chez les 12-18 ans (données à suivre dans les futurs Baromètres santé jeunes), ce qui est confirmé par d'autres études françaises en population adulte [16]. Cependant, la consommation des jeunes dans le Baromètre apparaît plus élevée que celle des enquêtés par l'Inserm en 1993 [14]. D'autres données européennes indiquent, au contraire, que le tabagisme semble ailleurs en augmentation chez les jeunes [17, 18].

La consommation de cannabis, si elle ne peut être référencée à un autre Baromètre santé jeunes, est plus élevée — à âge identique — que dans l'enquête Inserm 1993, alors qu'elle se situe à un niveau peu différent d'études suisses [19, 20] et semble être supérieure à celle des âges comparables du dernier Baromètre santé adultes. Cet état de fait correspond à une tendance

à l'accroissement de la consommation des substances illicites (principalement de cannabis) notée à l'heure actuelle en Europe et au Canada [21].

La consommation d'alcool apparaît, quant à elle, relativement stable par rapport à l'enquête Inserm 1993, notamment pour l'ivresse au cours de la vie et la consommation bihebdomadaire (deux fois par semaines et plus). Ces résultats indiquent donc une relative stabilité, voire une diminution, de la consommation d'alcool, soulignée dans d'autres pays [18, 22].

### La confusion des âges et des sexes

L'âge est un facteur important de variation pour de multiples comportements et attitudes de santé, volontaires ou non. Ainsi, la prévalence du tabagisme, le nombre moyen de cigarettes fumées, la prévalence de consommation de cannabis au cours de l'année et de la vie, la consommation d'alcool (fréquence hebdomadaire ou d'ivresses au cours des douze derniers mois), les comportements d'essai (« avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours des douze derniers mois »), la violence « agie » au cours des douze derniers mois (pour les garçons), certains comportements alimentaires (le fait de sauter le petit déjeuner par exemple) sont en augmentation linéaire avec l'âge.

Des études ont tenté d'évaluer directement l'effet de l'âge des adolescents sur l'initiation aux drogues licites et illicites. La théorie des stades suppose un continuum au cours duquel l'adolescent commencerait par l'expérimentation, certains progressant vers l'utilisation régulière et d'autres ensuite vers la dépendance. Le stade de l'initiation à ces substances s'appliquerait d'abord plus spécifiquement à l'alcool et au tabac. L'utilisation régulière de l'alcool viendrait ensuite, suivie du cannabis et éventuellement d'autres substances illicites [23].

D'autres comportements de santé sont liés à l'âge d'une manière complexe. Par exemple, la violence subie intéresse prioritaire-

ment les 15-17 ans, et c'est à 17 ans que les jeunes déclarent le plus de tentatives de suicide au cours de la vie. Concernant la qualité de vie, la relation avec l'âge apparaît assez nettement chez les filles. Elles déclarent une qualité de vie inférieure à partir de 15 ans, notamment dans le domaine de la santé mentale. C'est aussi à cet âge que les garçons se différencient des filles pour certains déclaratifs de comportements addictifs (nombre de verres de boissons alcoolisées bus la veille, expérience de l'ivresse, consommation de haschich), privilégiant ainsi la mise en acte d'un mal-être plutôt que l'expression d'une souffrance « interne » [24]. Ainsi, au cours de l'adolescence, une évolution différentielle s'opère entre les garçons et les filles. Certaines études longitudinales indiquent une forte augmentation des comportements « à problèmes » chez les garçons, alors que les filles subissent de plus en plus des troubles somatiques et de l'humeur [25].

Bien entendu, les indicateurs de la vie relationnelle (sorties), d'investissement dans les activités de loisir et de contrôle parental sont assez fortement corrélés avec l'âge. Pour ce dernier item, l'effet âge s'avère différent pour les garçons et les filles. Beaucoup d'adolescentes ne bénéficient d'un réel allègement du contrôle des horaires qu'à leur majorité.

La prévalence du tabagisme ne paraît pas pour les jeunes liée au sexe, contrairement à la population des 18-75 ans [26]. Une autre étude française, non nationalement représentative, indique une consommation régulière supérieure chez les filles à partir de 14 ans [27], alors que l'enquête Inserm de 1993 affirme aussi une consommation équivalente entre filles et garçons [14]. De même, les comportements alimentaires dysfonctionnels, la perception de son image corporelle et les stratégies de contrôle de poids sont plus spécifiquement féminins comme il est classiquement reconnu dans la littérature [14, 28]. Les tentatives de suicides sont l'apanage des filles, même si la mortalité par suicide est, quant à elle, en France comme ailleurs, plutôt masculine.



En revanche, la majeure partie des comportements « à risque » (consommation de cannabis, d'alcool, violence agie et subie, comportement d'essai au cours du dernier mois) concernent beaucoup plus souvent les garçons [14, 19, 22].

### Des espaces géographiques aux territoires familiaux

La dimension de la commune de domicile est en relation avec différents facteurs de santé et de bien-être comme la violence (phénomène plus spécifiquement urbain), la consommation de cannabis (qui est en relation directe avec la taille d'agglomération et un probable effet « offre »), les scores de qualité de vie (les villes de moins de 20 000 habitants étant les lieux de domicile où la qualité de vie déclarée est la meilleure), mais aussi avec certaines pratiques alimentaires. Beaucoup de ces phénomènes ont déjà été observés dans le Baromètre santé adultes 95/96 pour les 18-75 ans.

Il y a une relation nette entre la rupture familiale (séparation, divorce, décès des parents) et la très grande majorité des comportements et attitudes de santé déclarés par les adolescents. C'est le cas pour la plupart des comportements d'essais, de risque et de contact avec violence (violence agie et subie, prise de risque au cours du dernier mois, violence autoagressive du suicide), et d'expérimentation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis). La qualité de vie déclarée semble aussi particulièrement affectée par le type de situation familiale. Cette fragilité est surtout marquée pour les enfants issus de familles recomposées (par exemple pour l'idéation suicidaire et le suicide). Plusieurs études, notamment anglo-saxonnes, ont souligné la grande vulnérabilité des enfants de familles monoparentales ou recomposées (en termes de performance scolaire, de problèmes affectifs, de risques d'accidents), par rapport à ceux issus de familles biparentales (parents de naissance (ou d'adoption)) [29]. Les problèmes liés à la

séparation, la qualité des relations et la présence ou non de conflits avant et après la séparation seraient les éléments déterminants quant à l'impact éventuel sur le jeune [30, 31]. Si la rupture en elle-même est génératrice d'une crise, la préservation d'une qualité minimum des relations familiale semble être un facteur protecteur de l'équilibre de l'adolescent. L'importance de cet aspect pour la prévention est primordiale dans la mesure où certains soutiens peuvent être mis en place. Dans ce contexte, les institutions de médiation familiale ont un rôle essentiel à jouer [32], même si elles concernent souvent les jeunes enfants. En effet, une intervention ou une aide précoce s'avère déterminante dans la mesure où la littérature montre que ces événements de séparation vécus par l'enfant avant 12 ans — deuil ou séparation des parents — ont un impact crucial sur le devenir de l'adolescent et du jeune adulte.

Toujours dans ce contexte familial, l'effet des comportements de santé des parents eux-mêmes (tabac, alcool, certains choix nutritionnels) sur celui de leurs enfants est sensible [33]. Par exemple, dans le domaine de la consommation du tabac, certains auteurs ont souligné que lorsque les deux parents et la fratrie sont fumeurs, la probabilité est particulièrement minime que l'adolescent lui-même soit non fumeur [34]. Par ailleurs, le sentiment de ne pas être estimé par les parents et la perception d'un moindre contrôle ou d'une plus grande incohérence parentale sont reliés aussi avec certains comportements « à risque » (alcool ou tabac). Ce rôle de la présence parentale (même en terme de temps passé avec l'enfant) et de l'intensité de la relation avec les parents (*Parent and family connectedness*) a été amplement souligné comme un facteur protecteur par rapport à de nombreux comportements à risque [35, 36]. Il en est de même pour la compatibilité et la cohérence entre l'influence des deux groupes de références fondamentaux que sont les pairs et la famille [15]. Ce constat, loin d'engendrer l'impuissance, devrait amener une réflexion sur des processus et des



actions d'aide à la « reparentalisation » comme cela a déjà été imaginé et mis en place : groupes de paroles avec des parents sur leurs difficultés avec « leurs » adolescents, apports didactiques sur l'importance et la différenciation des rôles parentaux...

## De l'échec scolaire au contexte social

Les difficultés scolaires, dont le nombre de redoublements au cours de la vie est un indicateur, sont constamment, dans cette enquête, reliées à la plupart des conduites d'essai étudiées, ainsi qu'à des scores de qualité de vie inférieure. Il a été montré que le contexte scolaire, et plus spécialement le sentiment d'être partie prenante de son lieu scolaire et d'y être accueilli, constituaient des facteurs protecteurs importants pour ce qui concerne les comportements à risque [9, 35, 37]. Plus encore, l'échec scolaire chronique, très en relation avec le statut social, peut être considéré comme un vecteur de risque fondamental [38]. Les conséquences de ce constat dans le domaine de la prévention sont immenses, d'où la nécessité d'associer pleinement dans ce type d'action les structures et les personnels scolaires [39].

Il a été difficile d'établir dans cette enquête des indicateurs directs de revenus de la famille et donc de niveau social. L'indicateur le plus pertinent aurait été le revenu du ménage, question posée aux personnes majeures dans le Baromètre santé adultes [40]. Il n'a évidemment pas été possible de renseigner ce type d'information dans une enquête déclarative auprès d'adolescents, mais la situation professionnelle (travail, au chômage, retraité) et la profession du chef de famille sont évaluées. Si la qualité de vie perçue par les adolescents diffère peu suivant le fait que le chef de famille soit au chômage ou pas, la violence dans certaines de ses dimensions (accidents corporels, violence agie) est plus fréquente dans le contexte du chômage. En revanche, les jeunes de niveau social plus favo-

risé déclarent des consommations de tabac et de cannabis plus régulières. Le facteur économique joue très certainement un rôle significatif dans cette accessibilité plus grande à ces consommations. Dans le domaine de l'alimentation, il semble que les adolescents vivant dans un foyer où le chef de famille est au chômage sautent plus fréquemment leurs différents repas et déclarent plus souvent « *ne pas avoir mangé à leur faim* » au cours de l'année écoulée. Ce constat confirmerait des observations récentes faites par les acteurs médico-sociaux travaillant auprès de ces familles. Pourtant, certains auteurs, sans nier les risques auxquels sont exposées ces populations sur le plan nutritionnel, relativisent la gravité actuelle de cette situation [41]. Enfin, l'évaluation de certaines connaissances sur la santé (par exemple la vaccination) souligne une différence suivant le statut social. En revanche, la pratique d'actes préventifs (comme l'utilisation d'un préservatif au cours de la première relation sexuelle) ou la médicalisation (consultation auprès d'un professionnel de la santé au cours de la dernière année) ne varient pas en fonction du statut social de la famille d'appartenance du jeune.

## De l'adolescence à l'âge adulte : les points de convergence et de rupture

L'outil « Baromètres » utilise la même méthodologie quelles que soient les populations étudiées. Cette cohérence va favoriser l'étude en continuité de l'adolescence et de l'âge adulte. Les présents résultats, indiquent, s'il est besoin, qu'il n'est pas toujours justifié de séparer artificiellement l'adolescence de ce qu'Olivier Galland nomme la jeunesse. Un certain nombre de comportements, d'attitudes, d'indicateurs de santé semblent ainsi évoluer dans une réelle continuité entre 15 et 30 ans.

Ainsi, la prévalence du tabagisme augmente linéairement jusqu'à 19 ans dans les données du Baromètres santé jeunes 97/98, et semble, si l'on agrège ces données à



celles du Baromètre santé adultes 95/96, atteindre un sommet dans la tranche d'âge 20-24 ans pour décroître ensuite relativement régulièrement selon l'âge. De même, pour le cannabis, il existe un « sommet » de la prévalence de la consommation au cours de la vie qui se situerait autour de 20 ans. En ce qui concerne l'alcool, notamment au niveau de la recherche d'ivresse, il est observé un pic entre 20 et 24 ans de la déclaration de l'ivresse au cours des douze derniers mois. En revanche, la consommation d'alcool la veille s'accroît rapidement entre 12 ans et 20-24 ans (installation du comportement dans l'adolescence et la post-adolescence) et continue d'augmenter par la suite, mais d'une manière beaucoup moins rapide. Il est important de signaler que pour ces trois domaines (alcool, tabac, cannabis), l'effet « âge » peut être combiné à un effet « génération ». La dissociation de ces deux effets ne pourra être analysée que dans quelques années, lors de la répétition de ces enquêtes.

Dans le domaine du bien-être lié à la santé et de la qualité de vie perçue, les scores d'anxiété et de dépression des femmes atteignent leur niveau le plus élevé dans la deuxième période de l'adolescence, pour de nouveau diminuer dans la première partie de l'âge adulte (jusqu'à 30-34 ans) et recommencer leur progression ensuite.

### **L'expérimentation de « l'individu incertain »**

Il est justifié d'être de plus en plus attentif à la période d'âge assez vaste des 15-30 ans qui trop souvent a été artificiellement séparée par les statisticiens, les épidémiologistes et les acteurs de santé publique. Les psychologues affirment que la construction de l'identité est loin d'être statique au début de l'âge dit adulte. Ainsi, l'adolescence et la post-adolescence (10-12 ans à 21-23 ans) correspondent à une phase très importante de réorganisation du « soi » (*self*). Ensuite, arrive une période de « maturation du soi », comprenant d'ailleurs plusieurs sous-périodes [42]. Cette longue étape de

réorganisation postérieure à l'enfance est vécue aujourd'hui de plus en plus sur le modèle de l'expérimentation. L'identité personnelle continue à s'y construire corrélativement à l'identité sociale. Le modèle antérieur de l'identification — fondé sur la transmission entre générations de statuts et de valeurs quasi à l'identique — fait donc place à ce modèle d'expérimentation « où la définition de soi comme le statut auquel cette définition doit correspondre, se construit au gré de diverses expériences sociales, tout au long d'un processus itératif, fait d'essais et d'erreurs, jusqu'à parvenir à une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante sur le plan de la self-esteem et crédible aux yeux des acteurs institutionnels » [43]. Cette prise en charge personnelle et l'usage intensif de l'expérimentation engendrent une telle incertitude qu'il a même été évoqué le terme « d'individu incertain » [44]. Ce modèle est prégnant dans les générations de jeunes adultes dont la place n'est pas fixée *a priori* et qui, sur le modèle compétitif de l'entrepreneur ou du sportif, doit gagner et inventer son lieu d'existence. « L'individu incertain caractérise une société de désinhibition, dont le ressort est l'amélioration de soi, condition indispensable de se gouverner dans une société complexe et qui a un avenir opaque. [Autrefois] La vie était vécue par la plupart des gens comme un destin collectif, elle est aujourd'hui une histoire personnelle. Chacun, désormais indubitablement confronté à l'incertain, doit s'appuyer sur lui-même pour inventer sa vie, lui donner un sens et s'engager dans l'action. Ce changement de situation de l'individualité, cette prise en charge personnelle là où régnaient des règles comportementales fixes constitue une tendance de fond des sociétés démocratiques avancées : l'indétermination est un mode d'existence de masse dont l'individu conquérant et l'individu souffrant dessinent les bornes et les inexorables tensions » [45].

Cette constatation sociologique générale entraîne un certain nombre de corollaires au niveau des conduites, notamment des comportements de santé et de l'utilisation

de substances psychoactives, qui peuvent devenir aide et support de cette expérimentation de soi, notamment au cours de cette période de l'adolescence et de la « jeunesse ». Alain Ahrenberg va ainsi jusqu'à dire que ces substances psychoactives constituent « *le raccourci chimique [utilisé] pour fabriquer de l'individualité, un moyen artificiel de multiplication de soi* » [46].

## Au total...

Il y a des parents, des éducateurs, des enseignants... qui vivent un quotidien contrasté avec leurs adolescents.

Si ce Baromètre permet à ces adultes de prendre une certaine distance avec leur réalité personnelle, il doit aussi leur offrir des pistes de réflexions pratiques et d'actions concrètes dans leur démarche d'éducateur de santé responsable.

Trois univers complémentaires, trois espaces indissociables, trois territoires transversaux sont omniprésents dans pratiquement toutes les opinions, attitudes et comportements exprimés par les adolescents français dans ce Baromètre santé jeunes : la famille, les pairs et l'école.

Le rôle de la famille est déterminant. De tous les facteurs analysés dans cette étude, les situations de crises parentales présentes ou passées (séparation, divorce...) sont au cœur de beaucoup de souffrances. L'expression somatique de ces problèmes peut être multiple, mais rarement anodine pour la santé et l'équilibre des adolescents concernés (violence, addictions...). Il est donc essentiel que face à ces épisodes plus ou moins prolongés de rupture familiale et de bouleversement parental, des solutions de soutien soient offertes dans une approche holistique de ces situations de crise. Or, les réponses structurelles à ces besoins sont à l'heure actuelle cruellement absentes de notre système d'offre médico-social. Par ailleurs, cette étude souligne l'importance de la cohérence des démarches éducatives des parents pour la santé de leurs enfants. Entre des familles coercitives et laxistes, il existe une troisième voie forte-

ment perceptible dans cette enquête. Elle résulte de deux constats simples :

- Les familles dont les enfants disent que les parents établissent des règles de vie précises dont ils veillent au respect (par exemple heure de rentrée le soir) sont aussi les foyers où les adolescents déclarent le plus souvent que les parents savent les écouter et sont ouverts aux échanges avec eux.

- Les jeunes de ces mêmes familles sont ceux qui semblent être « les plus protégés » par rapport à certains risques ou habitudes de vie pouvant mettre en danger leur santé immédiate ou future.

Le cœur de la démarche d'éducation pour la santé auprès des 12-19 ans est donc à trouver de façon prioritaire au sein de la famille. Or, cette dimension a été jusqu'à présent peu prise en compte dans les stratégies de santé publique mises en place en direction des adolescents. Par exemple, il est évident que dans la culture française et compte tenu des résultats de cette étude, « le repas à la maison » apparaît encore aujourd'hui comme un lieu d'échange et de convivialité pour la cellule familiale. Cet espace de rencontre que la quasi-totalité des jeunes identifie comme un moment important (95 % des 12-19 ans jugent positive l'ambiance des repas en famille) doit être protégé par les parents. C'est là leur véritable responsabilité d'éducateur. Pour préserver ces moments, ils devront résister aux pressions sociales actuelles dont les conséquences sont la banalisation et la destructuration de ces rencontres pluriquotidiennes (les repas familiaux) que les adolescents vivent comme des repères essentiels. Cette démarche dépasse largement l'équilibre nutritionnel pour s'intégrer dans une approche beaucoup plus globale de la santé des adolescents.

Le deuxième lieu de vie auquel les jeunes tiennent est l'école. Ils sont près de 90 % à aimer y aller. Ils expriment ainsi leur véritable attachement à cette structure de socialisation. Pourtant, en cas de difficulté, ils sont une très faible proportion à déclarer y trouver l'aide qu'ils espèrent auprès



## Discussion

d'adultes en responsabilité éducative. Dans cette perspective, l'école ne peut rester uniquement un lieu de passage, « distributeur » de connaissances.

Comment peut-on raisonnablement imaginer qu'en cette fin de xx<sup>e</sup> siècle, la priorité absolue soit de connecter tous les collèges ou les lycées à internet afin d'accéder à des connaissances livresques ou communiquer avec des personnes du bout du monde, alors que dans leur propre communauté, adultes et jeunes se croisent souvent sans se rencontrer. Le dialogue et l'écoute que demandent les adolescents doivent s'établir dans une relation directe, simple et concrète avec des adultes responsables. Pour cela, il faut du temps et des occasions. Seule une transformation du mode de fonctionnement des écoles françaises permettra de répondre à ce besoin vital. Les clubs santé, les comités d'environnement social ou les emplois jeunes ne peuvent se substituer à la véritable relation éducative qui doit s'instaurer sur la durée entre le professeur et son élève.

La santé des adolescents est un sujet qui conduit beaucoup d'adultes ou de responsables politiques à s'exprimer sous la forme d'injonctions adressées aux jeunes. Ce mode d'interpellation n'est-il pas une façon d'éviter ses propres responsabilités de parents, d'éducateurs ou de citoyens ? Si les jeunes se sont montrés des acteurs engagés face à la prévention du sida (87,1 % des 15-19 ans sexuellement actifs déclarent avoir utilisé des préservatifs la première fois qu'ils ont eu une relation sexuelle), les adultes ont aussi leur responsabilité engagée au sein de leur famille, de l'école et de la société en général. Créer les occasions de dialogue et surtout se mettre dans une véritable situation responsable alliant action et écoute, constitue la seule véritable justification permettant de qualifier « d'adultes » ceux qui sont les interlocuteurs des adolescents en tant que parents ou éducateurs.

## références bibliographiques

1. Galland O. Qu'est-ce que la jeunesse ? In : Cavalli A., Galland O. *L'allongement de la jeunesse*. Actes Sud, 1993, 221 : 11.
2. Galland O. Qu'est-ce que la jeunesse ? In : Cavalli A., Galland O. *L'allongement de la jeunesse*. Actes Sud, 1993, 221 : 12.
3. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
4. Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation française, 1993 : 351 p.
5. Medina A. S., Wallace H. M., Ralph N., Goldstein H. *Adolescent Health in Alameda*. J. Adolesc. Health Care 1982 ; 2 : 175-82.
6. Berg-Kelly K. *Normative developmental behavior with implications for health and health promotion among adolescent: a Swedish cross-sectional survey*. Acta Paediatr. 1995 ; 84 : 278-88.
7. Millstein S. Perceptual, attributional and affective processes in perception of vulnerability through the life span. In : Bell N., Bell R. *Adolescent Risk Taking*. Newbury Park : Sage ; 1993 : 55-65.
8. Baudier F., Bonnin F., Michaud C., Minervini M. J. (sous la dir. de). *Approche par les pairs et santé des adolescents*. Séminaire francophone. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : 222 p.
9. Jessor R. *Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action*. J. Adolesc. Health 1991 ; 12 : 597-605.
10. Arènes J., Guilbert P., Janvrin M. P. Approche globale des attitudes et comportements de santé. In : Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 34-64.
11. R. W. Blum. *Global trends in adolescent health*. Jama 1991 ; 265 (20) : 2711-9.
12. Weiler R. *Adolescents Perceptions of Health Concerns: An exploratory Study Among Rural Midwestern Youth*. Health Educ. and Behav. 1997 ; 21 (3) : 287-99.
13. Michaud P., Martin J. *La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits*. Rev. Suisse Med. 1983 ; 49 : 1545-53.
14. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.
15. Jessor R. Chase J. Donovan J. *Psychosocial Correlates of Marijuana Use and Problem Drinking in a National Sample of Adolescents*. AJPH 1980 ; 70 (6) : 604-13.
16. Hill C. *Trends in Tobacco Smoking and Consequences on Health in France*. Prev. Med. (À paraître, 1998).
17. Le Gauffey Y., Efonayi-Mäder D., François Y., Schimid H. *Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues des écoliers de 10 à 16 ans en Suisse : enquête épidémiologique sur la santé des écoliers suisses*. Lausanne : Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (Ispa) : 1995.
18. Menetrey A.-C. L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours présentes. In : Michaud P.-A., Alvin P. (sous la dir. de). *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot/Paris : Doin/Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 387-95.
19. Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. *Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 1993 : 72 p.
20. Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., et al. *La santé des adolescents en Suisse*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 1994 : 114 p.
21. Choquet M., Michaud P.-A., Frappier J.-Y. Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In : Michaud P.-A., Alvin P. (sous la dir. de). *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot/Paris : Doin/Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 65-80.
22. Camirand J. *Un profil des enfants et des adolescents québécois*. Monographie n° 3. Enquête sociale et de santé 1992-1993. Montréal : Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1996 : 194 p.

- 23.** Adger H. *Problems of Alcohol and Other Drug Use and Abuse in Adolescents*. J. Adolesc. Health 1991 ; 12 : 606-13.
- 24.** Apajalaso M., Sintonen H., Holmberg C., et al. *Quality of life in early adolescence: a sixteen-dimensional health-related measure (16 D)*. Quality of Life Res. 1996 ; 5 : 205-11.
- 25.** Choquet M. Les adolescents en difficulté et leur risque d'accident, approche longitudinale. In : Tursz A. (sous la dir. de). *Adolescents, risques et accidents*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1987 : 167 p.
- 26.** Grizeau D., Arwidson P. Tabac : consommation et réglementation. In : Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 175-204.
- 27.** Sasco A., Pobel D., Benhaim V., de Bruin K., Stiggelbout A., Tuyns A. *Smoking habits in French adolescents*. Rev. Épidémiol. Santé Publique 1996 ; 41 : 461-72.
- 28.** Devaud C., Michaud. P.-A., Narring F. *Perceptions corporelles, comportements et dysfonctions alimentaires parmi les adolescents suisses : une enquête nationale*. Rev. Méd. Suisse Romande 1994 ; 114 : 1009-15.
- 29.** Dawson D. A. *Family Structure and Children's Health and Well-Being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health*. J. Marriage Fam. 1991 ; 53 : 573-84.
- 30.** Cloutier R. Les familles complexes et les réorganisations familiales. In : Michaud P.-A., Alvin P. *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot/Paris : Doin/Montréal : Presses de l'Université de Montréal 1997, 636 : 451-70.
- 31.** Emery R. E. *Interpersonal conflict and the children of discord and divorce*. Psychol. Bull. 1992 : 310-30.
- 32.** Poussin G. *Psychologie de la fonction parentale*. Paris : Dunod, 1993 : 266 p.
- 33.** De Bourdeaudhuij I. *Resemblance in health behaviours between family members*. Arch. Public Health 1996 ; 54 (7-8) : 251-73.
- 34.** Baudier F., Helou J., Bourderont D., Blum D., Thiriet F., Pinochet C. *Etude de la consommation des drogues licites et illicites chez les jeunes scolarisés du département du Doubs : description et analyse*. Arch. Fr. Pédiatr. 1988 ; 45 : 575-81.
- 35.** Resnick M. Bearman P. Blum R., et al. *Protecting adolescents From Harm. Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health*. Jama 1997 ; 278 (10) : 823-32.
- 36.** Loveland-Cherry C., Leech S., Laetz V., Deilman T. *Correlates of Alcohol Use and Misuse in Fourth-Grade Children: Psychosocial, Peer, Parental, and Family factors*. Health Educ. Q. 1996 ; 23 (4) : 497-511.
- 37.** Chan Chee C. *Baromètre santé jeunes 1994*. Vanves : CFES, 1997 : 148 p.
- 38.** Kagan J. *Etiologies of Adolescents at Risk*. J. Adolesc. Health 1991 ; 12 : 591-6.
- 39.** Dryfoos J. *Adolescent at Risk : A summation of Work in the Field — Programs and Policies*. J. Adolesc. Health 1991 ; 12 : 630-7.
- 40.** Baudier F., Arènes J. (sous la direction de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 175-204.
- 41.** Rotily M., Michaud C., Baudier F. *Nutrition et populations défavorisées*. Rev. Santé publique 1994 ; 2 : 165-75.
- 42.** L'Ecuyer R. *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal, 1994.
- 43.** Galland O. Qu'est-ce que la jeunesse ? In : Cavalli A., Galland O. *L'allongement de la jeunesse*. Paris : Actes Sud, 1993 ; 221 : 37.
- 44.** Ehrenberg A. *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy, 1995 : 351 p.
- 45.** Ehrenberg A. *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy, 1995 : 18.
- 46.** Ehrenberg A. *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy, 1995 : 37.













# Annexe méthodologique

**Arnaud Gautier,  
Marie-Pierre Janvrin, Jacques Arènes**

## L'échantillon

### Représentativité

La première notion à appréhender dans une enquête est celle « d'échantillon ». Afin d'approcher le plus possible la représentativité de la population générale française et éviter les biais de sélection, les ménages auxquels appartiennent les personnes interrogées ont été choisis par un tirage au sort sur une liste d'abonnés au téléphone fournie par France Télécom. Il a fallu tenir compte du fait que le sujet a ensuite été tiré au sort parmi les personnes « éligibles » du ménage : un jeune avait d'autant moins de chance d'être « choisi » que le nombre de personnes éligibles dans le ménage (c'est-à-dire les 12-19 ans) était important. C'est pourquoi chaque questionnaire individuel a été pondéré par le nombre de personnes de 12 à 19 ans<sup>1</sup> vivant dans le ménage. Cette première pondération a été cumulée avec une seconde tenant compte de la structure de la population française au dernier recensement (selon le sexe, l'âge, la région de résidence et le type d'habitat).

1. Dans les précédentes vagues du Baromètre santé adultes, une pondération a aussi été effectuée par rapport au nombre de 18-75 ans du ménage.

Ainsi, 1 jeune de 12 à 19 ans vivant en France sur environ 1 500 a été interrogé pour le Baromètre santé jeunes 97/98. Dans cet échantillon, la proportion de garçons et de filles, des différentes tranches d'âge et des lieux d'habitation est similaire à celle de la population générale.

Si l'enquête par téléphone permet d'atteindre un échantillon assurant une représentativité déjà démontrée, un certain nombre de biais sont à prendre en compte :

- une partie de la population n'a pas le téléphone,
- certains abonnés demandent que leur numéro de téléphone ne soit pas diffusé (liste rouge, liste orange) et ne peuvent donc pas être tirés au sort,
- certains abonnés refusent de répondre (un quart environ),
- certains abonnés sont injoignables (malgré 8 à 10 appels).

Néanmoins, cette approche est celle qui répond le mieux aux objectifs de ce type de travail en assurant une représentativité validée par d'autres travaux scientifiques.

### La fiabilité des réponses

Les enquêtes déclaratives ne représentent qu'un des moyens d'étudier les phénomènes sociaux. Elles doivent être complétées



par d'autres données. Comme dans la vie quotidienne, les individus répondent aux questions qu'on leur pose en fonction du contexte. La mémoire, l'interprétation de la question et les souhaits des répondants entrent en ligne de compte. Aussi, il a été souligné à chaque fois que nécessaire, dans le texte des chapitres, cette particularité de l'enquête déclarative et les biais qu'elle peut engendrer.

### Données exploitées

Les différentes vagues du Baromètre santé adultes avaient permis de savoir que, dans le cadre d'une enquête téléphonique aléatoire auprès de cette population, deux adresses étaient consommées pour obtenir un interview. En tenant compte du fait qu'un ménage sur cinq environ comporte un jeune de 12-19 ans en son sein, le nombre d'adresses prévisible pour le Baromètre santé jeunes, dans l'hypothèse où le taux de refus n'était pas supérieur à la population adultes, était d'environ 40 000. En fait, 39 300 numéros tirés au sort ont été « consommés », dans la mesure où tous les blocs d'adresses n'ont pas été utilisés en raison du bon taux de réponse obtenu. Parmi ces numéros tirés au sort, 1 598 ont été hors cible (faux numéros ou entreprises), 71 non-francophones, 27 912 hors champ (27 891 sans 12-19 ans et 21 résidences secondaires), 4 101 ont été injoignables (après dix appels à des jours et heures différents). De plus, 903 ont représenté des refus ménages immédiats, 80 des refus ménages différés, 325 des individus injoignables ou dans l'impossibilité de répondre, 144 des refus individus immédiats ou différés et 37 ont abandonné au cours de l'entretien.

Parmi les 5 639 ménages interrogeables (= base totale utilisée – hors cibles – ménages non francophones – ménages injoignables – ménages sans 12-19 ans), 4 656 ménages ont accepté le principe de l'enquête, soit un taux de refus ménage de 17,4 %. Parmi les 4 310 individus interrogeables (= ménages interrogeables – refus ménages – résidences secondaires –

individus injoignables – individus impossibles), 4 166 ont accepté de répondre à l'interview, soit un taux de refus individus de 3,3 %. Enfin, 0,9 % ont ensuite abandonné : l'échantillon traité comporte donc au final 4 115 enregistrements. Le taux de refus global brut<sup>1</sup> s'est ainsi élevé à 21,7 %.

### Distribution de l'échantillon selon différentes caractéristiques sociodémographiques

Le *Tableau I* ci-après présente la répartition des jeunes interrogés selon certaines caractéristiques sociodémographiques importantes, d'une part, avant pondération (effectifs bruts observés : pourcentages qui correspondent aux sujets ayant effectivement répondu à l'enquête) et d'autre part, après pondération (effectifs redressés : taux tenant compte de la structure de la population française). Il est à noter dans l'échantillon brut une légère sous-représentation des garçons, une sous-représentation plus marquée des âges extrêmes (12 ans et 18-19 ans) corrélative d'une surreprésentation des 15-17 ans, et une sous-représentation assez nette des grandes villes et surtout de l'agglomération parisienne (les communes rurales sont, quant à elles, surreprésentées). Ce dernier constat concernant la taille de l'agglomération a déjà été retrouvé dans les différentes vagues du Baromètre santé adultes. Le diagnostic effectué au niveau du terrain amène à penser que les sujets des grandes villes, ainsi que les adolescents les plus âgés, sont beaucoup moins facilement accessibles par téléphone (taux d'injoignables plus importants).

1. Le taux de refus global est obtenu en sommant les différents taux de refus : il constitue un indicateur de synthèse de l'ensemble des taux de refus, mais, en toute rigueur, il n'est pas licite d'additionner des pourcentages issus de bases différentes.



Tableau I

### Structure de l'échantillon observé et obtenu après pondération selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Non pondéré		Pondéré	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble	4 115	100,0	4 115	100,0
<b>Sexe</b>				
Filles	2 079	50,5	2 099	51,0
Garçons	2 036	49,5	2 016	49,0
<b>Âge</b>				
12 ans	425	10,3	477	11,6
13 ans	486	11,8	490	11,9
14 ans	496	12,0	473	11,5
15 ans	620	15,1	486	11,8
16 ans	591	14,4	518	12,6
17 ans	599	14,6	551	13,4
18 ans	508	12,3	564	13,7
19 ans	390	9,5	556	13,5
<b>Taille d'agglomération</b>				
Communes rurales	1 256	30,5	1 111	27,0
Moins de 20 000	749	18,2	704	17,1
20 000 à 199 999	791	19,2	840	20,4
200 000 et plus	810	19,7	843	20,5
Aggl. parisienne	509	12,4	617	15,0
<b>Situation parentale</b>				
Monoparentale	524	12,7	515	12,6
Parents de naissance ou d'adoption	3 273	79,5	3 259	79,2
Recomposée	225	5,5	236	5,7
Autre	93	2,3	105	2,5
<b>Situation professionnelle</b>				
Travaille	3 612	87,8	3 586	87,2
Au chômage	208	5,0	228	5,5
Retraités, congé, étudiant...	291	7,1	297	7,2
Ne se prononce pas	4	0,1	4	0,1
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>				
Agriculteurs	154	3,7	137	3,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	193	4,7	187	4,5
Cadres et prof., intellectuelles sup.	652	15,8	678	16,5
Professions intermédiaires	785	19,1	753	18,3
Employés	618	15,0	601	14,6
Ouvriers	1 505	36,6	1 539	37,4
Inactifs	177	4,3	186	4,5
Ne se prononce pas	31	0,8	34	0,8

## Les termes et analyses statistiques

Cette partie sous forme de lexique a pour propos d'introduire les principales analyses statistiques utilisées dans l'ouvrage. Elle est destinée aux personnes moins familiarisées avec la statistique afin de leur faciliter la lecture et la compréhension des termes et tableaux employés. Les analyses ont été effectuées avec le progiciel SPSS® (*Statistical Package for Services and Solutions*).

### L'interprétation des tests statistiques

Les statistiques permettent d'analyser les données qui varient d'un individu à l'autre. Ces variables peuvent être :

- un nombre représentant une mesure (l'âge, le nombre de cigarettes fumées par jour par exemple),

- une catégorie de réponses (« oui », « non », « ne sait pas » ou « rarement », « parfois », « souvent », « très souvent »).

En jargon statistique, le premier type de variable se nomme quantitative. Il permet par exemple les calculs de moyennes.

Le deuxième type de variable se nomme qualitative. Elle est dite nominale (« oui », « non », « ne sait pas »), si les catégories n'ont pas d'ordre, et ordinale (« rarement », « parfois », « souvent », « très souvent »), s'il est possible d'indiquer un ordre entre les catégories. Pour les variables nominales et ordinales, un pourcentage de réponses par catégorie (ou modalité) peut être obtenu.

L'analyse des réponses de l'échantillon fait apparaître en général des différences, par exemple entre les pourcentages de réponses des garçons et des filles ou selon les catégories socioprofessionnelles. La question essentielle que se pose le statisticien est de pouvoir déterminer si la différence observée est un effet du hasard ou si elle est causée par un autre effet. Il ne peut



répondre à cette question directement, mais il évalue la probabilité que la disposition trouvée dans les données soit due au hasard. Si cette probabilité (que l'on note habituellement « p ») est inférieure à 5 % (seuil de pure convention internationalement reconnu), il admet que la différence est significative.

### La moyenne, l'écart type et la médiane

La moyenne permet de résumer par une seule valeur une série de nombres : la série des âges peut ainsi être résumée par l'âge moyen. On lui adjoint habituellement la valeur de l'écart type<sup>1</sup> évaluant la dispersion des valeurs autour de la moyenne. Contrairement aux ouvrages relatifs aux précédents Baromètres, les moyennes des variables quantitatives ne seront pas accompagnées de l'écart type. Cependant, ce dernier a été calculé pour chaque moyenne et a été utilisé dans le cadre des tests permettant d'évaluer les différences entre moyennes.

La médiane, utilisée quant à elle dans quelques chapitres, est la valeur pour laquelle 50 % des mesures sont plus grandes et 50 % plus petites.

### La relation entre deux séries d'observations

Quand il s'agit d'évaluer la relation entre deux séries d'observations, la statistique intervient pour déterminer si le fait que les deux types d'événements apparaissent ensemble un certain nombre de fois permet de conclure qu'il existe entre eux une relation. Deux possibilités s'ouvrent ainsi :

- dans un premier cas, les deux types d'événements sont considérés comme indépendants ; leur occurrence simultanée, quand elle se produit, est due au seul hasard ;
- dans le cas contraire, le statisticien est

1. Le terme écart type pourrait faire croire à tort qu'il s'agit d'un écart « typique » à la moyenne. En fait, l'écart type est un écart moyen à la moyenne.

amené à juger que les observations effectives s'éloignent suffisamment des observations attendues en cas de répartition au hasard et peut affirmer qu'il existe une relation entre les deux variables étudiées. En tout état de cause, quand l'existence d'une relation entre deux variables est conclue, cette conclusion reste purement descriptive et ne signifie pas nécessairement qu'un mécanisme causal sous-tende la relation évoquée.

### Le degré de significativité

Le degré ou seuil de significativité exprime la probabilité que les différences observées soient le fruit du hasard.

Pour chaque test statistique effectué, le degré de significativité a été calculé. Cependant, il n'a pas été indiqué dans le texte ; quand un résultat relatif à une relation entre deux variables est introduit et discuté, dans tous les cas cette relation a été évaluée par l'intermédiaire d'un test statistique, et le test utilisé s'est révélé significatif à un seuil de probabilité « p » inférieur à 0,05 (5 %). Cela signifie que la différence observée a moins de cinq chances sur cent d'être due au hasard. Il est donc possible de conclure que ce n'est probablement pas le hasard qui induit cette différence, mais qu'il s'agit d'un autre effet.

### Le Chi<sup>2</sup> de Pearson

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à deux variables qualitatives nominales (repérées par des catégories ou des modalités), comme le sexe ou bien la catégorie socioprofessionnelle des individus interrogés, l'outil statistique utilisé a été le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson. Il mesure la distance entre le tableau attendu si les deux facteurs se croisaient « au hasard » et le tableau effectivement observé.

Dans ce cas précis, il existe un écart entre le tableau observé et le tableau attendu (ce dernier correspond à la répartition attendue des buveurs et non-buveurs s'il n'existait pas de différence de comportement vis-



Tableau II

### Tableaux observé et attendu de la comparaison de consommation d'alcool au cours de la vie selon le sexe

Tableau observé			
	A bu	N'a pas bu	Total
Garçons	1 645 78,4 %	453 21,6 %	2 098
Filles	1 498 74,3 %	517 25,7 %	2 015
Total	3 143 76,4 %	970 23,6 %	4 113

Tableau attendu			
	A bu	N'a pas bu	Total
Garçons	1 603 76,4 %	495 23,6 %	2 098
Filles	1 540 76,4 %	475 23,6 %	2 015
Total	3 143 76,4 %	970 23,6 %	4 113

à-vis de la boisson entre garçons et filles) (Tableau II). Le chi<sup>2</sup> de Pearson, évaluant cet écart, s'est révélé significatif au seuil de un pour cent ; il existe donc bien une différence entre garçons et filles quant à l'expérimentation d'alcool au cours de la vie.

## Le Chi<sup>2</sup> de tendance

Le test de tendance est généralement utilisé pour étudier une relation dose-réponse ou pour évaluer des tendances selon le temps ou n'importe quelle valeur ordonnée. Il permet éventuellement de conclure, par exemple, à l'existence d'une tendance linéaire selon le temps de la diminution ou de l'augmentation de la prévalence d'un comportement de santé. Par exemple, ce test a déterminé que le pourcentage de consommateurs de tabac est en relation linéaire croissante avec l'âge.

## Analyse de la variance

L'analyse de la variance a été utilisée pour comparer la différence entre deux ou plusieurs moyennes.

Si l'on s'intéresse, par exemple, au nombre moyen de cigarettes fumées par jour selon la catégorie socioprofessionnelle, il faudrait s'attendre, si aucune relation n'existait entre la variable « nombre moyen de cigarettes fumées » et la variable « catégorie socioprofessionnelle », à ce que le nombre moyen de cigarettes soit identique chez les enfants d'agriculteurs, d'artisans, de cadres, etc. L'analyse de la variance distinguera les sources de variation de la « consommation de cigarettes » en une composante liée aux différences individuelles (fortuites ou au hasard) et une composante liée à l'effet « catégorie socioprofessionnelle ». Si cette dernière source de variation est jugée importante en regard de la première composante « aléatoire », il est possible de conclure que le nombre de cigarettes fumées en moyenne diffère significativement selon la catégorie socioprofessionnelle.

## Les facteurs de confusion

Trouver une association entre deux variables qualitatives ne signifie pas que les deux variables sont liées directement entre elles. Il peut s'agir d'un troisième facteur lié aux deux autres. Par exemple, il existe une relation entre le fait d'avoir bu au moins une fois de l'alcool par semaine au cours des douze derniers mois et le redoublement. En fait, ce lien disparaît si l'on introduit la variable âge (en « ajustant » sur l'âge), tout simplement parce que le redoublement est lié à l'âge : les redoublants sont en moyenne plus âgés.

## Les analyses multivariées

Il est rare de s'intéresser seulement à deux variables isolées quand il s'agit d'étudier des phénomènes complexes. Dans ce cas, il est possible d'avoir recours aux analyses multivariées (incluant en même temps



plusieurs variables). Il n'a été employé dans cet ouvrage qu'un seul des deux types d'analyses multivariées, celui qui focalise sur une variable, nommée variable « dépendante » ou cible.

L'objectif est de déterminer les facteurs associés (variables « indépendantes ») restant en relation significative avec cette première variable (ou cible) quand on considère leur variation simultanée. Dans cette étude, ce type d'analyse (représenté par la régression logistique ou l'analyse multiple de la variance) a essentiellement été utilisé pour vérifier l'existence ou non de certains facteurs de confusion (notamment l'âge et le sexe).

### La régression logistique

La régression logistique permet de créer un modèle (mathématique) liant une série de variables à une seule variable cible dichotomique (« oui »/« non », « présent »/« absent », 0/1). Il est possible de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'odds-ratio. Suivant la qualité du modèle, il est possible de prédire plus ou moins bien la variable cible connaissant la valeur des autres variables.

La difficulté de l'utilisation de la régression logistique en sciences sociales repose sur la fragilité des modèles explicatifs reliant comportements, attitudes, connaissances et opinions. L'attitude précède-t-elle le comportement ou le comportement précède-t-il l'attitude ?

Cependant, la régression logistique n'a pas été utilisée dans ce Baromètre pour construire un modèle et prédire la variable cible, mais simplement pour évaluer l'impact éventuel de certaines « variables de confusion » comme le sexe et l'âge. Ainsi, une analyse bivariée simple (chi<sup>2</sup> de Pearson) met en évidence chez les jeunes le fait que le tabagisme est en relation avec le redoublement (les redoublants ont plus de « chances » que les autres de fumer). L'utilisa-

tion d'un modèle incluant le sexe, l'âge, le fait d'avoir redoublé comme variables « prédictives » et le tabagisme comme variable cible, a montré que l'effet « redoublement » restait relié au tabagisme (avec un odds-ratio significativement différent de 1) avec l'introduction des deux autres variables explicatives (âge et sexe). A l'inverse, le même type d'analyse a permis d'indiquer que la consommation hebdomadaire d'alcool n'était pas liée à cette même variable « d'échec scolaire » en tenant compte des facteurs de confusion suscités.

### L'analyse de la variance multiple

L'analyse de la variance multiple (Manova) a permis de mesurer l'influence de plusieurs variables qualitatives sur une variable quantitative. Elle donne l'occasion de déterminer celles qui s'avèrent les plus influentes (expliquent le plus sa variation ou sa variance). Ainsi, en considérant le nombre moyen de verres de boissons alcoolisées consommés la veille parmi les jeunes de 12 à 19 ans, une analyse de la variance multiple permet de déterminer que les variables « sexe » et « âge » restent liées à la variation de la quantité consommée. D'autres facteurs, significativement reliés à cette quantité en première analyse (tels que le redoublement ou la situation parentale) ne « résistent » pas à une analyse multivariée et ne peuvent être considérés comme déterminants, après avoir pris en compte les autres facteurs, dans la variation de la quantité moyenne de verres consommés.





# Questionnaire

## 1. Sexe de l'interviewé

1. Homme
2. Femme

## 2. Quel est votre âge ?

## 3. Quelle est votre année de naissance ?

## 4. Avec combien de personnes vivez-vous habituellement ?

## 5. Qui sont ces personnes ? (Ne rien suggérer, plusieurs réponses possibles)

1. Votre père
2. Votre mère
3. Votre beau-père
4. Votre belle-mère
5. Votre (vos) frère(s) ou demi-frère(s)
6. Votre (vos) sœur(s) ou demi-sœur(s)
7. Votre grand-père
8. Votre grand-mère
9. Votre conjoint
10. Un ou des ami(e)s
11. Autre (précisez)
12. (NSP)

## 6. Vous m'avez dit vivre avec un seul de (sans) vos parents. Pour quelles raisons ? (Ne rien suggérer, plusieurs réponses possibles)

1. Parents séparés, divorcés
2. Père décédé

3. Mère décédée
4. Absent(s) pour raison professionnelle (à partir d'un an ou plus)
5. Autre, exemple : étudiant
6. (NSP)

## 7. Concernant votre situation actuelle, êtes-vous : (oui ; non)

1. À l'école (collège/lycée) ou à l'université ?
2. En apprentissage ou en formation alternée
3. Au chômage
4. Dans un processus d'insertion
5. Vous travaillez

## 8. Quelle est votre profession ? (noter en clair)

## 9. Dans quelle classe êtes-vous ?

1. CAP 1<sup>re</sup> année
2. CAP 2<sup>e</sup> année
3. CAP 3<sup>e</sup> année
4. BEP 1<sup>re</sup> année
5. BEP 2<sup>e</sup> année
6. CM1
7. CM2
8. Sixième
9. Sixième Segpa (Section d'enseignement général en professionnel adapté)
10. Cinquième
11. Cinquième Segpa (Section d'enseignement général en professionnel adapté)

12. Quatrième
13. Quatrième technologique
14. Troisième
15. Troisième technologique
16. Seconde
17. Première
18. Terminale (enseignement général)
19. Terminale (enseignement technique)
20. Terminale (enseignement professionnel)
21. Bac + 1 (1<sup>re</sup> année de Deug, d'IUT, de BTS, prépa...)
22. Bac + 2 (2<sup>e</sup> année de Deug, d'IUT, de BTS, prépa...)
23. Bac + 3 (licence, école supérieure...)
24. Autres (préciser)
25. (NSP)

## 10. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

1. Aucun diplôme
2. Certificat d'études (primaires)
3. CAP (certificat d'aptitude professionnel)
4. Brevet simple, BEPC, brevet des collèges
5. BEP (brevet d'enseignement professionnel)
6. Bac d'enseignement technique
7. Bac d'enseignement général
8. Niveau Bac + 2 (Deug, BTS, DUT)



9. Diplôme d'une grande école
10. Autres
11. (NSP)

**11. Que pensez-vous de l'école cette année ?**

1. Vous aimez beaucoup
2. vous aimez un peu
3. Vous n'aimez pas beaucoup
4. Vous n'aimez pas du tout
5. (NSP)

**12. Que pensez-vous de votre travail cette année ?**

1. Vous aimez beaucoup
2. vous aimez un peu
3. Vous n'aimez pas beaucoup
4. Vous n'aimez pas du tout
5. (NSP)

**13. Au cours des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis novembre 1996, vous est-il arrivé... (non ; oui, 1 fois ; oui, 2 fois ; oui, 3 fois ou plus ; NSP)**

1. D'arriver en retard
2. De manquer pour maladie
3. De sécher des cours
4. D'être renvoyé au moins une journée
5. De manquer pour une autre raison

**14. Au cours des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis novembre 1996, vous est-il arrivé... (non ; oui, 1 fois ; oui, 2 fois ; oui, 3 fois ou plus ; NSP)**

1. D'arriver en retard
2. De manquer pour maladie
3. De manquer pour une autre raison

**15. Avez-vous déjà redoublé au cours de votre scolarité ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**16. Combien de fois ?**

**17. Nous allons maintenant aborder une série de propositions et de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune des formules que je vais vous proposer, dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas du tout votre cas, NSP :**

**tions et de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune des formules que je vais vous proposer, dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas du tout votre cas, NSP :**

1. Je me trouve bien comme je suis
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
3. Au fond, je suis bien portant
4. Je me décourage trop facilement
5. J'ai du mal à me concentrer
6. Je suis content(e) de ma vie de famille
7. Je suis à l'aise avec les autres

**18. Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview... (pas du tout ; un peu ; beaucoup ; NSP)**

1. Vous auriez du mal à monter un étage (avez-vous une incapacité physique vous empêchant de monter un étage ?)
2. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres

**19. Diriez-vous qu'au cours de huit derniers jours... (pas du tout ; un peu ; beaucoup ; NSP)**

1. Vous avez eu des problèmes de sommeil
2. Vous avez eu des douleurs quelque part
3. Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)
4. Vous avez été triste ou déprimé(e)
5. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)

*Pour les 17 ans et moins :*

6. Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école

*Pour les 18 ans et plus :*

7. Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites
8. Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisir, comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées.

**20. Est-ce qu'au cours des huit derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident) ?**

1. Non
2. Oui, 1 à 4 jours
3. Oui, 5 à 7 jours
4. (NSP)

**21. Combien d'heures par nuit dormez-vous en moyenne ?**

**22. Au cours des trente derniers jours, avez-vous eu... (non ; oui, 1 fois ; oui, 2 fois ; oui, 3 fois ou plus ; NSP)**

1. mal à la tête
2. mal au dos
3. mal au ventre

**23. Hier, combien de temps avez-vous... (heures, minutes ; NSP)**

1. Regardé la télévision, y compris des cassettes vidéo ?
2. Joué à des jeux vidéo sur votre télévision, votre ordinateur ou sur une console (Game Boy, Nintendo...)?
3. Consacré à la lecture, en dehors du travail scolaire ?

**24. Au cours des sept derniers jours, vous êtes-vous retrouvés avec des copains... (oui ; non ; NSP)**

1. Au café, dans un bar ou dans une salle de jeux ?
2. Dehors, près de chez vous ?



**25. Combien de fois (au cours des sept derniers jours) ?**

1. Au café, dans un bar ou dans une salle de jeux ?
2. Dehors, près de chez vous ?

**26. Hier, combien de temps avez-vous passé à une activité physique qui vous a fait transpirer ou battre le cœur rapidement ?**

**Par exemple : sport, déplacement à bicyclette, transport de matériel, etc. (heures, minutes ; NSP)**

*Pour les scolaires*

**27. Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de sport avez-vous pratiquées ? (heures, minutes ; NSP)**

1. À l'école
2. En dehors de l'école dans un club
3. En dehors de l'école tout seul, ou avec des copains

*Pour les non-scolarisés*

**28. Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de sport avez-vous pratiquées ? (heures, minutes ; NSP)**

1. Dans un club
2. Tout seul ou avec des copains

**29. Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me donner en général la ou les raison(s) principale(s) qui vous motive(nt) le plus à pratiquer un sport ? (trois réponses possibles)**

1. Pour le plaisir
2. Pour la santé
3. Pour maigrir
4. Pour vous muscler
5. Pour rencontrer des amis
6. Pour gagner (par esprit de compétition)

7. Parce que vous y êtes obligé (parents, école)
8. (Autre)
9. (Ne pratique pas de sport)
10. (NSP)

**30. Êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt pas favorable ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?**

1. Très favorable
2. Plutôt favorable
3. Plutôt pas favorable
4. Pas du tout favorable
5. (NSP)

**31. Quand a eu lieu votre dernière vaccination ?**

**32. Qui a décidé de la faire ?**

1. Votre médecin de famille
2. Le médecin scolaire ou l'infirmière de santé scolaire
3. La médecine du travail
4. Vous-même
5. Votre père/votre beau-père
6. Votre mère/votre belle-mère
7. Vos deux parents
8. (Autre)
9. (NSP)

**33. Où avez-vous été vacciné lors de votre dernière vaccination ?**

1. Chez votre médecin de famille (généraliste, pédiatre)/chez vous
2. À l'école
3. Dans un dispensaire, centre de vaccination, un centre social...
4. Dans un centre de la médecine du travail
5. Autre (préciser)
6. (NSP)

**34. À votre avis, comment attrape-t-on l'hépatite B ?**

1. Les relations sexuelles
2. Le sang
3. La salive
4. La transpiration
5. Par les aliments
6. Par les objets

7. Autres (préciser)
8. (NSP)

**35. Quel est votre poids ?**

**36. Quelle est votre taille ?**

**37. Vous vous trouvez :**

1. Beaucoup trop maigre
2. Un peu trop maigre
3. À peu près du bon poids
4. Un peu trop gros
5. Beaucoup trop gros
6. (NSP)

**38. Au cours des sept derniers jours, combien de fois avez-vous sauté...**

1. Votre petit déjeuner
2. Votre repas de midi
3. Votre repas du soir

**39. Hier, avez-vous pris votre petit déjeuner...**

1. Seul
2. En famille
3. Avec des copains
4. (Autre)
5. (N'a pas pris de petit déjeuner)
6. (NSP)

**40. Hier, avec qui avez-vous pris votre repas de midi...**

1. Seul
2. En famille
3. Avec des copains
4. (Autre)
5. (N'a pas pris de repas de midi)
6. (NSP)

**41. Hier, où avez-vous pris votre repas de midi...**

1. À la maison
2. À la cantine
3. Dans la rue
4. Au café, dans un restaurant, dans un fast-food
5. (Autre)
6. (NSP)

**42. Diriez-vous que l'ambiance de votre repas de midi était hier...**

1. Très bonne



2. Plutôt bonne
3. Plutôt mauvaise
4. Très mauvaise
5. (NSP)

**43. Diriez-vous que ce que vous avez mangé hier à votre repas de midi était...**

1. Très bon
2. Plutôt bon
3. Plutôt mauvais
4. Très mauvais
5. (NSP)

**44. Hier, avez-vous pris votre repas du soir...**

1. Seul
2. En famille
3. Avec des copains
4. (Autre)
5. (N'a pas pris de repas du soir)
6. (NSP)

**45. Pour votre petit déjeuner d'hier matin, qu'avez-vous pris...**

1. Du lait ou un produit laitier (café au lait, chocolat, yaourt, fromage)
2. Du pain, des céréales ou des biscottes
3. Un fruit ou un jus de fruit
4. Un œuf, du jambon ou de la charcuterie
5. Café, thé (sans lait ou avec un peu de lait)
6. Viennoiserie et autres gâteaux
7. Autres
8. (NSP)

**46. Hier, en dehors des repas, avez-vous pris... (oui ; non ; NSP)**

1. Des boissons sucrées (soda, coca)
2. Des gâteaux sucrés, des barres chocolatées, bonbons, chewing-gum, des glaces
3. Des gâteaux salés, chips, cacahuètes
4. Sandwichs, tartines (du pain)

**47. Combien de fois, en dehors des repas, avez-vous pris hier...**

1. Des boissons sucrées (soda, coca)
2. Des gâteaux sucrés, des barres chocolatées, bonbons, chewing-gum,
3. Des glaces
4. Des gâteaux salés, chips, cacahuètes
5. Sandwichs, tartines (du pain)

**48. Chez vous, l'ambiance des repas en famille est-elle...**

1. Très bonne
2. Plutôt bonne
3. Plutôt mauvaise
4. Très mauvaise
5. (NSP)

**49. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait un régime pour maigrir ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**50. Au cours des douze derniers mois, est-ce qu'il vous est arrivé... (jamais ; rarement ; assez souvent ; très souvent ; NSP)**

1. De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
2. De vous faire vomir volontairement
3. De redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
4. De manger en cachette
5. De ne pas manger à votre faim

**51. Hier, vous êtes-vous brossé les dents... (oui ; non ; NSP)**

1. Le matin
2. À midi
3. Le soir

**52. Au cours des trente derniers jours, avez-vous fait**

**quelque chose de risqué pour le plaisir ou par défi ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois ou plus
5. (NSP)

**53. La dernière fois qu'est-ce que c'était ? (noter en clair)**

**54. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait... (oui ; non ; NSP)**

1. De la moto, de la mobylette ou du scooter ?
2. Du vélo ?

**55. La dernière fois avez-vous porté un casque ? (oui ; non ; NSP)**

1. En faisant de la moto, de la mobylette ou du scooter
2. En faisant du vélo

**56. Avez-vous mis votre ceinture de sécurité la dernière fois que vous étiez en voiture ? (oui ; non ; NSP)**

1. À l'avant ?
2. À l'arrière ?

**Nous allons vous parler du tabac**

**57. Est-ce que vous fumez, même de temps en temps ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**58. Avez-vous déjà fumé ?**

1. Vous n'avez jamais fumé
2. Vous avez fumé occasionnellement
3. Vous avez fumé quotidiennement pendant au moins six mois
4. (NSP)

**59. Depuis combien de temps fumez-vous ?**

1. Année
2. Mois



**60. Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**61. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?**

1. Par jour
2. Par semaine
3. Par mois

**62. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?**

**63. Quelle est l'attitude de vos parents vis-à-vis du tabac ?**

1. Il vous interdisent de fumer
2. Ils préfèrent que vous ne fumiez pas
3. Ils sont indifférents au fait que vous fumiez ou pas
4. Ils sont d'accord
5. Ils seraient d'accord pour que vous fumiez
6. Vous ne connaissez pas leur avis à ce sujet
7. (NSP)

**64. Vos parents savent-ils que vous fumez ?**

1. Oui, les deux
2. Oui, l'un des deux
3. Non
4. (NSP)

**65. Vos parents fument-ils ?**

1. Non, aucun
2. L'un des parents
3. Les deux
4. (NSP)

**66. Dans les douze derniers mois, y a-t-il eu des changements dans votre consommation de tabac ?**

1. Vous avez augmenté votre consommation
2. Vous avez diminué votre consommation
3. Vous vous êtes mis à fumer des cigarettes plus légères
4. Vous vous êtes mis à fumer des cigarettes plus fortes

5. Vous vous êtes mis à fumer le cigare ou la pipe
6. Il n'y a pas eu de changement
7. Vous avez commencé à fumer
8. Vous avez arrêté de fumer
9. (NSP)

**67. Voici des opinions que l'on peut entendre. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord, NSP :**

1. Les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue
2. Les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent
3. Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe
4. Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac
5. À l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur
6. Il existe une sorte de guerre entre les fumeurs et les non-fumeurs

**68. Vous arrive-t-il de fumer dans les zones non-fumeurs, je dis bien dans les zones non-fumeurs ? (oui ; non ; NSP)**

1. Sur votre lieu de travail
2. À l'école ou à l'université
3. Dans les restaurants
4. Dans les bars
5. Dans les lieux publics couverts en général
6. Dans les transports en commun

**69. Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou un autre alcool ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**70. Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu... (tous les jours ; plusieurs fois par semaine ; une fois par semaine ; une fois par mois ; moins souvent ; jamais ; NSP)**

1. Du vin (blanc, rosé, rouge)
2. De la bière
3. Des alcools forts (alcool pur)
4. D'autres alcools, par exemple : mélange, cidre, champagne, vin doux, porto...

**71. Hier, combien de verres avez-vous consommés ?**

1. Du vin (blanc, rosé, rouge)
2. De la bière
3. Des alcools forts (alcool pur)
4. D'autres alcools, par exemple : mélange, cidre, champagne,
5. vin doux, porto...

**72. Vous est-il arrivé d'être ivre ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**73. À quel âge avez-vous eu votre première ivresse ?**

**74. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?**

**75. Lors de votre dernière ivresse, combien de verres avez-vous consommés ?**

**76. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**77. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)



**78. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**79. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

*Je vais maintenant vous poser des questions plus personnelles. Je vous rappelle que ce questionnaire demeure strictement anonyme et que vos réponses sont très utiles aux chercheurs. Ces questions ne vous concernent pas forcément.*

**80. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**81. En avez-vous parlé à quelqu'un ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**82. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait un projet précis pour vous suicider ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**83. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**84. Combien de fois cela vous est-il arrivé ?**

**85. Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide. C'était quand ?**

1. Mois
2. Année

**86. (oui ; non ; NSP)**

1. Êtes-vous allé à l'hôpital ?
2. Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après votre tentative de suicide ?
3. En avez-vous parlé à une autre personne ?

**87. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois et plus
5. (NSP)

**88. La dernière fois, était-ce par...**

1. Une seule personne
2. Un groupe de personnes
3. (NSP)

**89. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été victime de racket par quelqu'un ou par un groupe de personnes ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois et plus
5. (NSP)

**90. La dernière fois, était-ce par...**

1. Une seule personne
2. Un groupe de personnes
3. (NSP)

**91. Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois

3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 et plus
5. (NSP)

**92. Au cours des douze derniers mois, avez-vous frappé ou blessé physiquement quelqu'un seul(e) ou en groupe ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois et plus
5. (NSP)

**93. La dernière fois...**

1. Vous étiez seul(e) lorsque vous avez frappé ou blessé physiquement cette personne
2. Vous étiez en groupe lorsque vous avez frappé ou blessé physiquement cette personne
3. (NSP)

**94. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait du racket, seul(e) ou en groupe ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois et plus
5. NSP

**95. La dernière fois, vous étiez...**

1. Seul(e) lorsque vous avez racketté cette personne
2. En groupe lorsque vous avez racketté cette personne
3. (NSP)

**96. Avez-vous actuellement un petit ami ou une petite amie ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**97. Quel âge a votre petit(e) ami(e) ?**



**98. Depuis combien de temps sortez-vous ensemble ?**

1. Jours
2. Semaines
3. Mois
4. Années

**99. En moyenne, combien d'heures par semaine passez-vous ensemble (hors de l'école pour les scolarisés) ?**

*Je vais maintenant vous poser quelques questions plus intimes.*

**100. Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?**

1. Non
2. Oui, 1 fois
3. Oui, 2 fois
4. Oui, 3 fois et plus
5. (NSP)

**101. Y a-t-il eu pénétration ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**102. Nous allons maintenant parler de votre premier partenaire.**

1. Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un rapport sexuel avec pénétration ?
2. Quel âge avait l'autre personne ?

**103. Était-ce un garçon ou une fille ?**

1. Un garçon
2. Une fille
3. (NSP)

**104. Lors de ce tout premier rapport sexuel avec votre premier partenaire, avez-vous utilisé (oui ; non ; NSP)**

1. Des préservatifs
2. La pilule

**105. Avez-vous eu d'autres**

**partenaires sexuels avec lesquels il y a eu pénétration ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**106. Parlons maintenant uniquement de la dernière personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels avec pénétration. Lors de votre dernier rapport sexuel avec votre dernier partenaire, vous ou votre partenaire avez-vous utilisé (oui ; non ; NSP)**

1. Des préservatifs
2. La pilule

**107. Est-ce que vous avez déjà utilisé la pilule du lendemain ?**

1. Oui
2. Non
3. NSP

**108. Est-ce que vous avez déjà été enceinte ou débuté une grossesse ?**

1. Oui
2. Non
3. NSP

**109. Avez-vous eu un enfant ?**

1. Oui
2. Non
3. NSP

**110. Est-ce que vous avez déjà fait un test HIV de dépistage du sida ?**

1. Oui
2. Non
3. NSP

**111. Quand pour la dernière fois (date) ?**

1. Mois
2. Année

**Nous allons passer à un autre sujet.**

**112. Vous a-t-on déjà proposé une drogue que ce soit**

**gratuitement ou à la vente ? (oui, du cannabis (par ex. : haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit) ; oui, une autre drogue (par ex. : colle, cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, speed) ; aucune ; NSP)**

**113. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue ? (oui, du cannabis (par ex. : haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit) ; oui, une autre drogue (par ex. : colle, cocaïne, héroïne, LSD, ecstasy, speed) ; aucune ; NSP)**

**114. Au cours de votre vie, laquelle (lesquelles) de ces drogues avez-vous déjà consommées (oui ; non ; NSP) ?**

1. Du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit)
2. Un produit à inhaler (colles, solvant, éther, poppers)
3. Un médicament pour vous droguer
4. De la cocaïne ou du crack
5. De l'héroïne
6. Du mop
7. Un hallucinogène (LSD, acides, champignons, mescaline, psilocybine)
8. De l'ecstasy
9. Des stimulants, amphétamines (speed)
10. Autres drogues

**115. À quel âge la première fois ?**

1. Du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit)
2. Un produit à inhaler (colles, solvant, éther, poppers)
3. Un médicament pour vous droguer
4. De la cocaïne ou du crack
5. De l'héroïne
6. Du mop
7. Un hallucinogène (LSD, acides, champignons, mescaline, psilocybine)



## Questionnaire

8. De l'ecstasy
9. Des stimulants, amphétamines (speed)
10. Autres drogues

### 116. Combien de fois au cours de votre vie (1 à 2 fois ; 3 à 9 fois ; 10 fois et plus ; NSP)

1. Du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit)
2. Un produit à inhaler (colles, solvant, éther, poppers)
3. Un médicament pour vous droguer
4. De la cocaïne ou du crack
5. De l'héroïne
6. Du mop
7. Un hallucinogène (LSD, acides, champignons, mescaline, psilocybine)
8. Des stimulants, amphétamines (speed)
9. Autres drogues

### 117. Au cours des douze derniers mois, laquelle (lesquelles) de ces drogues avez-vous consommée(s) ?

1. Du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbe, huile, shit)
2. Un produit à inhaler (colles, solvant, éther, poppers)
3. Un médicament pour vous droguer
4. De la cocaïne ou du crack
5. De l'héroïne
6. Du mop
7. Un hallucinogène (LSD, acides, champignons, mescaline, psilocybine)
8. Des stimulants, amphétamines (speed)
9. Autres
10. (Aucune drogue/NSP)

### 118. Combien de fois dans l'année avez-vous pris du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbes, huile, shit) ?

1. 1 à 2 fois
2. 3 à 9 fois
3. 10 fois ou plus

4. (NSP)

### 119. Quelle est l'attitude de vos parents vis-à-vis du cannabis (haschich, marijuana, joint, herbes, huile, shit) ?

1. Ils vous interdisent d'en prendre
2. Ils préfèrent que vous n'en preniez pas
3. Ils sont indifférents au fait que vous en preniez ou pas
4. Ils sont d'accord
5. Ils seraient d'accord si vous en consommiez
6. Vous ne connaissez pas leur avis à ce sujet
7. (NSP)

### 120. Vos parents savent-ils que vous avez pris ou prenez du cannabis ?

1. Oui, les deux parents
2. Oui, l'un des deux parents
3. Non
4. (NSP)

### 121. Vos parents fument-ils du cannabis, c'est-à-dire du haschich, de la marijuana, un joint, de l'herbe, de l'huile, ou du shit ?

1. Non, aucun des parents
2. L'un des parents
3. Les deux parents
4. (NSP)

### 122. Voici des opinions que l'on peut entendre. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord, NSP :

1. Les toxicomanes sont avant tout des malades
2. Les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive
3. Les toxicomanes sont agressifs et dangereux
4. Les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicaux

5. Les toxicomanes doivent être punis
6. Il faut mettre les drogues douces en vente libre

### 123. Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est...

1. Pas du tout satisfaisante
2. Peu satisfaisante
3. Plutôt satisfaisante
4. Très satisfaisante
5. (NSP)

### 124. Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour vous-même (pas du tout ; peu ; pas mal ; beaucoup ; NSP)

1. Les accidents de sport et de loisirs
2. Les accidents à l'école en dehors du sport
3. Les accidents de la circulation
4. La tuberculose
5. Les maladies dues à l'alcool
6. Le cancer
7. Les maladies cardiaques
8. Le sida
9. Le suicide
10. Les accidents du travail
11. Les maladies sexuellement transmissibles hors sida
12. Les accidents de la vie domestique à la maison ou autour
13. Les maladies respiratoires
14. La dépression

### 125. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté (aller voir)...

1. Un médecin scolaire ou infirmière de santé scolaire
2. Un médecin généraliste, un médecin de famille
3. Un psychiatre, ou un psychanalyste, ou un psychologue
4. Un gynécologue
5. Un chirurgien dentiste ou orthodontiste





6. Un kinésithérapeute, un kiné, un masseur
7. Un autre médecin spécialiste

**126. Au cours des douze derniers mois, avez-vous été hospitalisé au moins une nuit ?**

1. Oui
2. Non
3. NSP

**127. Pourquoi ?**

**128. Avez-vous pris des médicaments au cours des trente derniers jours, y compris les médicaments que l'on peut acheter sans ordonnance ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**129. Était-ce des médicaments... (oui ; non ; NSP)**

1. Contre la douleur
2. Pour dormir
3. Contre la nervosité ou l'anxiété

**130. Avez-vous un handicap physique qui atteint votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**131. Lequel ?**

**132. Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps — au moins six mois — et qui peut nécessiter des soins réguliers ? (exemple : diabète, asthme...)**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**133. Laquelle ?**

**134. Au cours des douze**

**derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?**

**135. Parmi ces accidents, au cours des douze derniers mois, était-ce...**

1. Un accident de vélo
2. Un accident de moto, mobylette, scooter
3. Un accident de voiture
4. Un accident de travail ou d'atelier
5. Un accident de sport ou de loisirs autre que le vélo
6. Un accident domestique (à la maison ou autour)
7. Un accident à l'école en dehors du sport
8. Autres (notamment les bagarres)
9. (NSP)

**136. Si autre, lequel ?**

**137. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu...**

1. Un accident de vélo
2. Un accident de moto, mobylette, scooter
3. Un accident de voiture
4. Un accident de travail ou d'atelier
5. Un accident de sport ou de loisirs autre que le vélo
6. Un accident domestique (à la maison ou autour)
7. Un accident à l'école en dehors du sport
8. Autres (notamment les bagarres) (préciser)

**138. Concernant vos parents ou les adultes qui s'occupent de vous, diriez-vous qu'ils... (très souvent ; assez souvent ; parfois ; jamais ; NSP)**

1. Veulent savoir où vous en êtes et ce que vous faites
2. Vous félicitent
3. Vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez

4. Oublient vite un règlement qu'ils ont établi
5. Écotent vos idées et vos opinions

**139. Est-ce facile pour vous de lui parler de choses qui vous préoccupent vraiment ? (très facile ; facile ; difficile ; très difficile ; vous n'en avez pas ou ne voyez pas ces personnes ; NSP)**

1. À votre père
2. À votre mère
3. À un frère
4. À une sœur
5. À des ami(e)s du même sexe
6. À des ami(e)s du sexe opposé
7. À un patron ou un collègue de travail
8. À un instituteur ou professeur ou conseiller d'éducation
9. À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute
10. À un autre professionnel de la santé
11. À quelqu'un d'autre

**140. Imaginons que vous avez eu une grosse dispute avec un ou une ami(e) proche et que vous pensez qu'il ou elle ne vous comprend pas et n'écoute pas ce que vous dites. Pour chacune des affirmations suivantes, dites-moi s'il y a des chances que vous réagissiez de cette façon... (certainement ; probablement ; probablement pas ; certainement pas ; NSP)**

1. Vous en parlez à d'autres pour avoir un avis
2. Vous essayez de voir ce qui peut sortir de bon de la situation
3. Vous cherchez à comprendre qui est responsable et vous en tirez les conséquences
4. Vous essayez de résoudre le problème vous-même



## Questionnaire

5. Vous racontez ce que vous ressentez à un ami
6. Vous essayez de vous calmer, de vous détendre
7. Vous aimeriez que cela ne soit jamais arrivé
8. Vous cherchez du réconfort auprès de votre famille ou d'un adulte

**141. Avez-vous eu au cours des douze derniers mois des séances d'informations et/ou d'échanges organisées à l'école sur les thèmes de santé suivant ? (oui, pendant un cours ; oui, en dehors des cours ; non ; NSP)**

1. La nutrition (alimentation)
2. Le sida, MST (maladies sexuellement transmissibles)
3. La grossesse, la sexualité, la contraception et la naissance
4. Le tabac
5. La drogue
6. L'alcool
7. La violence
8. Le sommeil
9. La dépression
10. Autre thème

**142. Souhaiteriez-vous avoir des séances d'informations et/ou d'échanges organisées à l'école sur les thèmes de santé suivant ? (oui ; non ; NSP)**

1. La nutrition (alimentation)
2. Le sida, MST (maladies sexuellement transmissibles)
3. La grossesse, la sexualité, la contraception et la naissance
4. Le tabac
5. La drogue
6. L'alcool
7. La violence
8. Le sommeil
9. La dépression
10. Autre thème

**143. Quel est votre pays de naissance ?**

1. France
2. Étranger
3. (NSP)

**144. Quel est (était) le métier de votre père/beau-père/vous-même ?**

**145. Actuellement, votre père/beau-père/vous-même :**

1. Travaille
2. Est au chômage
3. Est à la retraite
4. Est à la maison ou en congé parental
5. Ne travaille pas pour une autre raison (exemple : étudiant, longue maladie)
6. Pas de chef de famille de sexe masculin
7. (NSP)

**146. Quel est (était) le métier de votre mère ou belle-mère ?**

**147. Actuellement, votre mère ou belle-mère...**

1. Travaille
2. Est au chômage
3. Est à la retraite
4. Est à la maison ou en congé parental
5. Ne travaille pas pour une autre raison (exemple : étudiant, longue maladie)
6. Il n'y a pas de maîtresse de maison
7. (NSP)

**148. Avez-vous une religion ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**149. Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que...**

1. Vous ne pratiquez pas
2. Vous pratiquez de temps en temps
3. Vous pratiquez régulièrement
4. (NSP)

**150. Étiez-vous vraiment**

**seul(e) pour répondre à ce questionnaire ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**Pour l'enquêteur**

**Pensez-vous que l'interviewé(e) était vraiment seul(e) et/ou répondait librement à ce questionnaire ?**

1. Oui
2. Non
3. (NSP)

**Merci d'avoir bien voulu répondre à ces questions et nous vous rappelons que vous pouvez consulter un professionnel en appelant le Numéro Vert « Fil santé jeunes » suivant : 0 800 235 236.**