

baromètre santé

Résultats thématiques

Habitudes de vie et conduites à risque des jeunes Picards

Introduction	1	Conduites suicidaires	8
Méthodologie	3	Surcharge pondérale et perception de la corpulence	9
Qualité de vie, relation avec les parents, craintes et connaissances	5	Conduites alimentaires perturbées et consommation d'alcool	10
Polyconsommation de substances psycho-actives	6	Sport et sédentarité	10
Violences subie et agie	6	Qualité de vie et consommation de soins	11

Être en bonne santé ne signifie pas, chez les 12-25 ans, être exempt de maladie, mais « être bien dans sa peau, bien dans sa tête ». Aujourd'hui, la majorité des jeunes occidentaux jouit d'un bon état de santé physique. Pour autant, on voit s'accroître des pratiques et des consommations à risque qui peuvent avoir des conséquences néfastes. Sachant que ces types de troubles chez les 12-25 ans sont souvent à la fois causes et conséquences de situations de mal-être, il est impératif de prendre en compte et en charge le plus précocement possible ceux qui se signalent comme « mal dans leur peau, mal dans leur tête ».

L'envie de prendre des risques est particulièrement présente à l'adolescence, en regard d'au moins trois besoins : se distinguer des adultes, se mettre à l'épreuve, faire corps avec le groupe de pairs. L'adolescent s'affirme et se détermine en cherchant à définir ses propres limites. Cette recherche identitaire n'a de sens que si elle lui permet de se situer et de se sentir exister par rapport aux autres. Pour « se trouver », l'adolescent doit pouvoir se confronter aux repères fixés par les adultes qui l'ont en charge et trouver auprès d'eux la reconnaissance et la sécurité dont il a besoin. Si l'adolescent adopte une conduite singulière l'amenant à trancher dans le vif de sa chair et de ses relations à autrui, les adultes doivent interpréter ces attitudes comme l'expression d'un mal-être profond. On sait par ailleurs que garçons et filles en situation de souffrance psychique présentent des conduites de rupture différentes. Les garçons en détresse privilégient l'agressivité patente et la violence projetée, tandis que les filles adoptent plus souvent des comportements de l'ordre de l'effacement.

Au plan régional, le Baromètre santé jeunes appréhende différents indices de conduites de rupture, comme l'absorption de substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues ou médica-

ments) ou le rapport à la violence. Le surpoids et l'obésité constituent aujourd'hui un problème de santé publique majeur du fait de leur retentissement potentiel sur la santé (pathologies cardio-vasculaires, métaboliques, articulaires, vésiculaires et cancéreuses, etc.). Par ailleurs, des conséquences sociales ont aussi été identifiées avec l'observation d'attitudes négatives à l'encontre des personnes obèses, pouvant parfois conduire à des troubles psychologiques graves. Enfin, parfois en relation avec ces derniers, il a également été démontré que les individus obèses se distinguent des autres individus par une estime de soi plus fréquemment mauvaise.

Ce document a pour titre les habitudes de vie mais aussi les conduites à risque des jeunes Picards. En effet, il existe une constante dualité entre la qualité de vie en permanence recherchée et les conséquences sur la santé que les conduites à risque de l'adolescent peuvent entraîner.

Ces deux aspects en croisant les informations de diverses thématiques déclinées dans le Baromètre santé peuvent être ainsi traités. Ne sont toutefois présentées que les principales relations entre les différentes variables.

Ainsi ce document sur les jeunes âgés de 12 à 25 ans aborde :

- la qualité de vie et les relations avec les parents ;
- les craintes des jeunes et leurs connaissances ;
- les polyconsommations de produits addictifs ;
- les violences subie et agie et les consommations de produits addictifs ou médicamenteuses ;
- les conduites suicidaires et les facteurs associés ;
- le surpoids et l'obésité et leur perception auprès des jeunes ;
- les conduites alimentaires perturbées ;
- le sport et la sédentarité ;
- les consommations de soins.

Une histoire, un présent

Afin de mieux appréhender les connaissances, attitudes et comportements des Français concernant la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), relayé depuis 2002 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a mis en place, à partir de 1992, la série des Baromètres santé. Différentes populations ont ainsi été enquêtées au plan national : les jeunes de 12 à 19 ans, les adultes de 18 à 75 ans, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. En 1999, en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte

Le Baromètre santé 2005

Comme ceux réalisés précédemment, les Baromètres santé reposent sur des enquêtes téléphoniques auprès d'échantillons représentatifs de la population, obtenus par la méthode aléatoire. Celle-ci garantit au mieux l'exactitude des tests statistiques classiques. Elle est également la mieux adaptée aux sujets pour lesquels il existe *a priori* peu de connaissances approfondies sur les relations entre les réponses et les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. De plus, cette méthode reste la plus couramment utilisée dans les enquêtes épidémiologiques, ce qui facilite les comparaisons avec d'autres études.

Les questionnaires destinés aux 12-75 ans et ceux spécifiques aux 12-25 ans ont été élaborés à partir des questionnaires utilisés dans les Baromètres santé précédents, avec le souci à la fois de conserver autant que possible la formulation des questions, pour pouvoir établir des comparaisons chronologiques, mais aussi d'intégrer de nouveaux indicateurs, notamment ceux utilisés en matière de toxicomanie dans un cadre européen. De nombreuses équipes nationales et régionales ont contribué à l'élaboration et à la validation de ces questionnaires. Quelques thèmes comme le dépistage des cancers ou la couverture vaccinale ne sont pas abordés dans les questionnaires destinés aux 12-25 ans. Par contre, certains aspects spécifiques aux adolescents et jeunes adultes y ont été développés.

L'institut ATOO a réalisé d'octobre 2004 à février 2005 les entretiens par téléphone en utilisant le système Cati (*Computer Assisted Telephone Interview*). Un échantillon de 30 514 personnes, représentatif de la population française de 12 à 75 ans a été interrogé dans le cadre de

contre la drogue et la toxicomanie et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, le CFES a réalisé un nouveau baromètre national couvrant cette fois la population des jeunes et des adultes (12-75 ans). Parallèlement, à la demande et avec le soutien financier de nombreux partenaires locaux, des Baromètres régionaux portant sur les 12-25 ans ont été mis en place en Alsace, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes. En 2005, ce principe d'extensions régionales a été repris (hormis en Alsace) et élargi aux régions Champagne-Ardenne, Île-de-France et Lorraine, en relation avec l'Inpes.

l'enquête nationale. Des sur-échantillons ont été réalisés pour compléter les données régionales obtenues à partir de l'enquête nationale, afin d'obtenir des échantillons régionaux d'environ 1 200 personnes (1 337 personnes dans le cas picard).

L'anonymat et le respect de la confidentialité étaient garantis par les mêmes procédures que celles employées lors de l'enquête Baromètre santé jeunes 2000, enquête ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil). Les thèmes les plus sensibles ne concernaient pas les moins de 15 ans, conformément aux recommandations de la Cnil. Avant tout appel téléphonique, une lettre annonce était adressée à tous les ménages sélectionnés afin, notamment, de minorer les refus de participation.

Sélection du ménage éligible

Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans (12 à 25 ans pour les Baromètres santé jeunes régionaux), parlant le français et ayant son domicile habituel au numéro de téléphone composé.

Sélection de l'individu éligible

À l'intérieur de chaque foyer, l'individu éligible, âgé de 12 à 25 ans ou de 12 à 75 ans selon les enquêtes, a été sélectionné par la méthode du plus proche anniversaire. Pour les moins de 15 ans, l'accord des parents était sollicité avant l'interview.

Si l'individu sélectionné était présent et disponible au moment du contact avec le ménage, le questionnaire lui était proposé immédiatement. Si l'individu le souhaitait, un rendez-vous téléphonique lui était proposé. Quand la personne sélectionnée ne souhaitait pas répondre, les

enquêteurs devaient s'efforcer d'obtenir le maximum d'informations la concernant afin de constituer un fichier de non répondants le plus précis possible : sexe, âge, catégorie socio professionnelle, motif de refus, etc. Dans le cas où l'indi-

vidu sélectionné refusait de répondre ou n'était pas en mesure de le faire, l'institut ne devait pas interroger une autre personne du foyer pour le remplacer, même si cette dernière présentait les critères d'éligibilité.

Principales caractéristiques des enquêtes picarde et nationale en 2000 et 2005

	Picardie 2000	Picardie 2005	France 2000	France 2005
Taux de refus immédiat des ménages	19,3 %	6,9 %	22,2 %	23,3 %
Taux de refus différé des ménages	2,7 %	0,6 %	2,9 %	2,6 %
Taux de refus des ménages	22,0 %	7,5 %	25,1 %	25,9 %
Taux de refus des individus	3,2 %	3,2 %	6,6 %	5,3 %
Taux d'abandon	1,3 %	2,7 %	1,9 %	7,4 %
Taille de l'échantillon 12-25 ans	1 268	1 337	2 765	6 365

Entre 2000 et 2005, concernant la France, les taux de refus et d'abandon ont peu évolué, semblant même dans certains cas s'être détériorés. La Picardie se distingue de cette dernière par une nette amélioration des taux de refus des ménages, de telle sorte que, lors de cette nouvelle édition du Baromètre, la région affiche des taux sensiblement plus favorables que le niveau national. La campagne de communication mise en œuvre en Picardie autour des résultats de 2000 tendrait à expliquer une telle évolution. De plus, le recueil s'est fait en Picardie en février, avec des enquêteurs plus persuasifs vraisemblablement en fin de campagne. Enfin, les personnes enquêtées sont plus jeunes (35,7 % ont 20 ans ou plus en 2000 contre 30,7 % en 2005) et sont plus faciles à convaincre.

et redressées selon les résultats du recensement de 1999.

En 2000, des quatre régions bénéficiant d'une extension régionale, la Picardie était la seule pour laquelle l'échantillon des garçons était supérieur à celui des filles ; ce qui était paru surprenant étant donné que les filles ont un taux de participation plus élevé que celui des garçons. Avec cette nouvelle édition du Baromètre santé jeunes, les jeunes Picardes présentes dans l'échantillon régional sont désormais plus nombreuses que les garçons, rendant ainsi l'échantillon plus conforme aux autres échantillons. L'échantillon 2005 est plus jeune : 17,7 ans d'âge moyen contre 18,2 ans en 2000.

Les résultats

Les données présentées ci-après sont les premiers résultats plus approfondis de l'enquête Baromètre santé jeunes 2005 pour la Picardie. Dans l'ensemble du texte, lorsque le terme « jeunes » est employé sans précision de classe d'âge, il concerne les 12-25 ans. Dans tous les autres cas, la classe d'âge concernée est mentionnée spécifiquement.

Les données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles au sein du ménage contacté

Structure par sexe et âge des échantillons des deux baromètres santé jeunes picards

	Baromètre 2000		Baromètre 2005	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
12-14 ans	162	141	186	190
15-17 ans	170	153	171	182
18-19 ans	105	84	92	106
20-22 ans	123	127	98	107
23-25 ans	86	117	93	112
Total	646	622	640	697

Qualité de vie, relations avec les parents, craintes et connaissances

Mesurer les différentes déclinaisons de la santé et, en même temps, d'autres dimensions psychiques comme l'anxiété ou la dépression, c'est ce que permet le profil de Duke (cf. encadré ci-dessous) dans le Baromètre santé.

Jeunes d'une famille recomposée : plus anxieux et déprimés

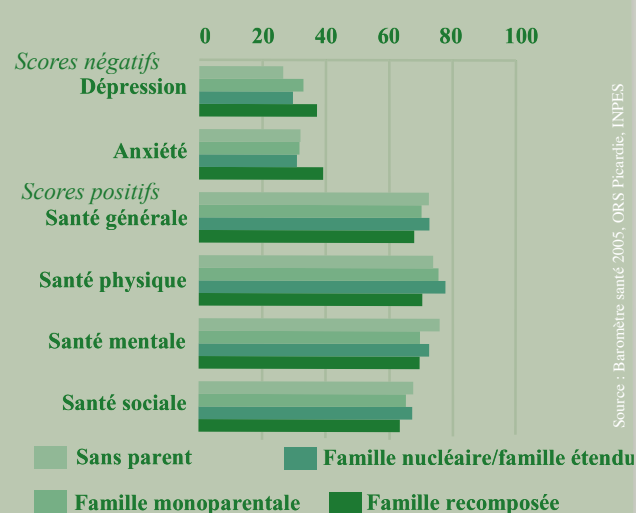
La perception par les filles de leur santé, dans l'acceptation la plus large, est moins bonne que pour les garçons. Leurs scores pour les dimensions physique, mentale et sociale sont plus faibles ; leurs scores pour l'anxiété et la dépression, plus élevés.

La qualité de vie paraît également liée à la structure familiale puisque les jeunes vivant au sein d'une famille recomposée présentent des scores d'anxiété et de dépression plus défavorables que ceux évoluant au sein d'une famille nucléaire (respectivement 39,2 vs 30,9, $p < 0,01$ et 37,2 vs 29,6, $p < 0,01$). Quant aux jeunes issus de familles monoparentales, ils présentent des scores d'anxiété (31,7) et de dépression (32,9) assez proches de ceux issus de familles nucléaires.

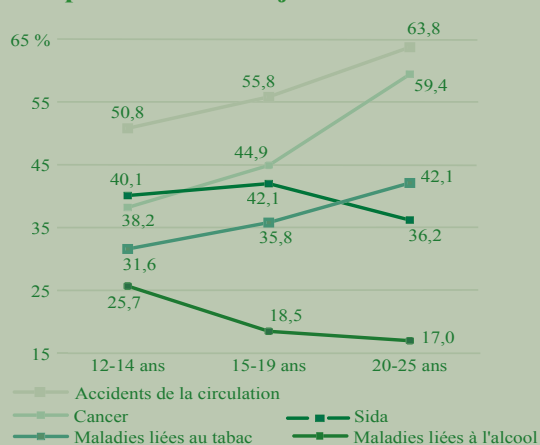
L'intérêt pour les parents d'écouter et de féliciter leur(s) enfant(s)

77,2 % des jeunes, sans distinction entre les sexes, déclarent parler facilement de choses qui les préoccupent avec leur mère et 52,9 % avec leur père (59,8 % des garçons vs 45,5 % des filles, $p < 0,01$). Pour les deux parents, ces proportions diminuent avec l'âge : concernant le père, 60,7 % entre 12-14 ans et 47,4 % entre 20-25 ans ; concernant la mère, respectivement 81,4 % et 73,8 %. Par ailleurs, les jeunes provenant de familles recomposées ou de familles monoparentales ne communiquent pas plus difficilement avec leurs parents. Chez les 18 ans et moins, lorsque les jeunes déclarent que leurs parents écoutent leurs idées et opinions, ils sont 86,6 % à parler avec leurs parents de sujets qui les préoccupent (vs 72,6 %, $p < 0,001$). Quant à ceux estimant que leurs parents les félicitent souvent ou très souvent, ils sont 88,3 % à affirmer leur parler facilement (vs 75,8 %, $p < 0,01$).

Scores de santé sur l'échelle de Duke* selon le type de famille



Principales craintes des jeunes Picards selon l'âge



Les accidents de la route, premier motif de crainte chez les jeunes Picards

57,8 % des jeunes, sans distinction de sexe, déclarent craindre pas mal ou beaucoup les accidents de la circulation. Viennent ensuite le cancer avec 48,9 % (46,2 % des garçons et 51,9 % des filles, $p < 0,05$), le sida avec 39,2 % (41,9 % des garçons et 36,4 % des filles, $p < 0,05$), les maladies liées au tabac (37,3 %) ainsi que les maladies cardio-vasculaires (32,3 %). Les maladies liées à l'alcool ne sont craintes que par 19,5 % des jeunes Picards (23,6 % des garçons vs 15,1 % des filles, $p < 0,01$).

Entre 12 et 25 ans, quel que soit l'âge, le sida est craint de la même façon par les jeunes Picards. *A contrario*, la crainte des accidents de la circulation, du cancer et des maladies liées au tabac progresse significativement tandis que la crainte des maladies liées à l'alcool recule.

Neuf jeunes sur dix estiment être bien informés sur le sida ou les risques liés à l'alcool et au tabac, trois sur quatre au sujet de la contraception (83,6 % des filles vs 72,3 % des garçons, $p < 0,001$). Concernant la dépression, 60,3 % des filles et 66,1 % des garçons estiment ne pas être correctement informés.

*Le profil de Duke est un instrument générique de mesure de la qualité de la vie qui comporte 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions (physique, mentale, sociale, santé perçue, incapacité, anxiété, douleur, estime de soi et dépression). Le score de santé générale est un score global représentant la somme des dimensions physique, mentale et sociale. Les scores sont normalisés de 0, indiquant la plus mauvaise qualité de vie, à 100, indiquant une qualité de vie optimale, dans la plupart des dimensions (santé physique, mentale, sociale, générale, santé perçue et estime de soi). Les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité, et de douleur sont évalués en sens inverse (100 exprimant la qualité de vie minimale).

Polyconsommation de substances psycho-actives Picardie

Polyconsommation de substances psycho-actives

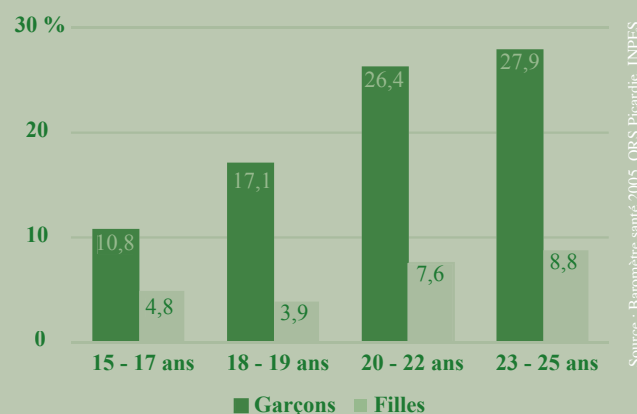
La polyconsommation consiste en l'usage régulier d'au moins deux produits parmi le tabac (au moins une cigarette par jour), l'alcool (au moins deux fois par semaine) et le cannabis (au moins dix fois par an). Qui sont les jeunes concernés ?

Après 20 ans, un jeune homme sur quatre peut être qualifié de polyconsommateur

En Picardie, 10,3 % des jeunes âgés de 12 à 25 ans répondent à cette définition, avec une nette prépondérance masculine (15,3 % des garçons vs 4,9 % des filles, $p < 0,001$). Avant l'âge de 15 ans, aucun jeune interviewé n'adopte un tel comportement. Au-delà, la proportion de polyconsommateurs progresse de façon soutenue, particulièrement chez les garçons.

Les pôles urbains affichent des proportions supérieures aux espaces à dominante rurale (11,1 % vs 7,0 %). En réalité, cet écart est le fait d'une surreprésentation des garçons et/ou des jeunes de 20 ans et plus. Ceci explique également pourquoi il y a plus de polyconsommateurs chez les jeunes vivant sans leurs parents (20,0 %) ou au sein de foyers recomposés (19,0 %) que dans les familles nucléaires (6,8 %).

Prévalence de la polyconsommation de substances psycho-actives selon le sexe et l'âge

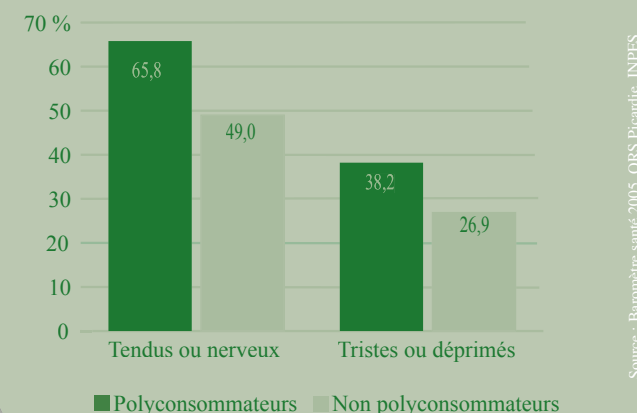


Des polyconsommateurs plus souvent anxieux ou déprimés

Les polyconsommateurs se distinguent des autres jeunes par des scores de santé moins favorables ($p < 0,05$) dans les domaines de l'anxiété (34,4 vs 31,4) et de la dépression (33,3 vs 29,6). En outre, 65,8 % de ces jeunes prétendent avoir été tendus ou nerveux au cours des huit derniers jours (contre 49,0 % des autres jeunes, $p < 0,01$) et 38,2 % avoir été tristes ou déprimés (contre 26,9 %, $p < 0,05$).

Chez les jeunes encore scolarisés ou en apprentissage, cet état est plus fréquemment associé à des comportements de non assiduité. En effet, 74,4 % des polyconsommateurs prétendent être arrivés en retard à l'école plus de deux fois au cours des douze derniers mois et la moitié aurait «séché» les cours au moins trois fois, contre respectivement 27,3 % et 9,1 % du reste des jeunes ($p < 0,01$). Par ailleurs, 28,6 % des fumeurs réguliers de tabac (vs 13,9 %, $p < 0,001$) déclarent ne pas apprécier l'école cette année.

Avoir été... suivant la polyconsommation ou non de substances psycho-actives



Violences subie et agie

Tous les traumatismes subis ou agis ne se limitent pas aux éléments les plus visibles des phénomènes rapportés, mais englobent à la fois la violence dans son expression la plus directe (la bagarre) ainsi que la violence plus complexe et secrète (violence sexuelle, suicide). Le Baromètre en permet un certain éclairage.

Les jeunes garçons plus souvent concernés par la violence, surtout avant 20 ans

7,9 % des garçons et 3,4 % des filles déclarent avoir été victimes de violence physique au cours des douze derniers mois ($p < 0,001$). La prévalence de violence subie est maximale chez les garçons entre 12 et 19 ans, alors que chez les filles, l'âge est relativement peu discriminant. Concernant la violence agie, 9,0 % des garçons et 2,6 % des filles ($p < 0,001$) déclarent avoir frappé ou blessé physiquement quelqu'un au cours des douze derniers mois. Ici, la prévalence est maximale chez les garçons entre 15 et 19 ans (11,0 %), alors que, chez les filles, elle l'est après 19 ans (4,3 %). Par ailleurs, plus d'un tiers des jeunes auteurs de violence ont eux-mêmes été victimes d'actes de violence au cours des douze derniers mois, avec une nette prédominance masculine (39,3 % vs 18,8 %, $p < 0,001$).

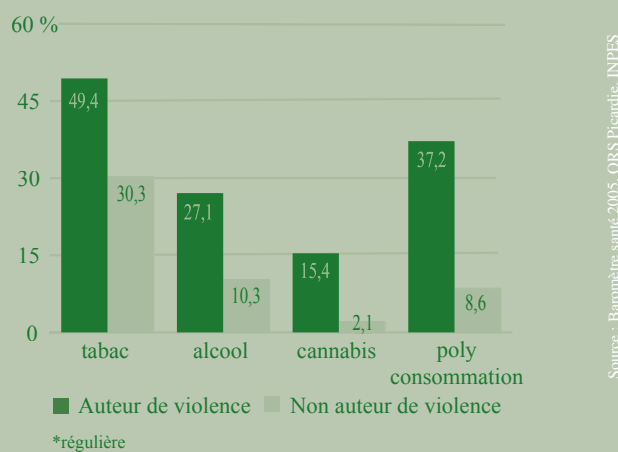
Les pôles urbains se distinguent des espaces à dominante rurale par une part plus élevée de jeunes auteurs de violence (6,7 % vs 2,8 %, $p < 0,05$). En outre, 10,6 % des jeunes vivant au sein d'une famille monoparentale se sont révélés être auteur de violence contre 5,1 % de ceux issus de familles nucléaires ($p < 0,01$) mais sans différence significative avec les jeunes provenant d'une famille recomposée (6,9 %).

Violences subie et agie

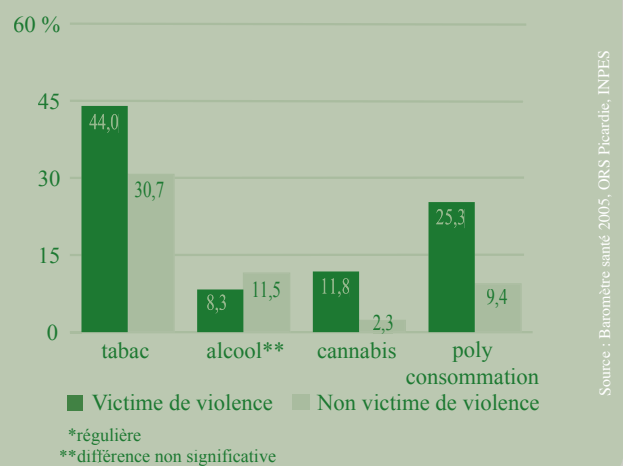
Une consommation fréquente de substances psycho-actives chez les auteurs et les victimes de violence

Au cours des douze derniers mois, parmi les jeunes victimes de violence, 44,0 % sont des consommateurs réguliers de tabac (vs 30,7 %, $p < 0,01$) et 11,8 % de cannabis (vs 2,3 %, $p < 0,01$). Les auteurs d'actes de violence déclarent quant à eux être plus souvent des consommateurs réguliers de tabac (49,4 % vs 30,3 % $p < 0,001$), d'alcool (27,1 % vs 10,3 %), ou de cannabis (15,4 % vs 2,1 %). Au total, 25,3 % des jeunes victimes de violence (29,6 % des garçons vs 13,6 % des filles, $p < 0,001$) et 37,2 % de ceux auteurs de violence peuvent être considérés comme des polyconsommateurs contre respectivement 9,4 % et 8,6 % dans le reste de la population ($p < 0,001$). 14,5 % des jeunes ayant été frappés (vs 6,1 %, $p < 0,01$) et 11,4 % des jeunes auteurs de violence (vs 6,3 %, $p < 0,01$) déclarent avoir souvent eu des mauvais résultats à l'école ces douze derniers mois. Les jeunes, victimes ou auteurs, prétendent pour 25,0 % d'entre-eux que leurs problèmes de scolarité et leurs difficultés à l'école sont liés à la prise de cannabis contre respectivement 7,1 % et 7,0 % des autres jeunes ($p < 0,01$). Durant la même période, 64,6 % des jeunes scolarisés victimes de violence déclarent être arrivés en retard à l'école trois fois ou plus (vs 27,4 %) tandis que 41,7 % d'entre eux (vs 9,0 %) ont «séchés» les cours autant de fois ($p < 0,001$). Chez les jeunes auteurs de violence, ces proportions s'élèvent à 53,3 % et 29,5 %.

Consommation* de substances psycho-actives selon le fait d'être auteur ou non d'acte de violence



Consommation* de substances psycho-actives selon le fait d'être victime ou non d'acte de violence



Une consommation de psychotropes importante chez les jeunes victimes de violence

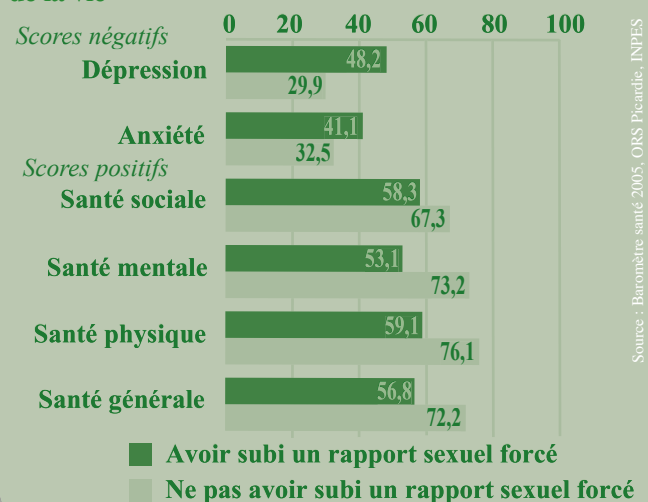
En effet, 22,9 % d'entre eux (20,0 % des garçons vs 33,3 % des filles, $p < 0,01$) déclarent avoir pris des médicaments antidépresseurs, des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois contre seulement 9,5 % des autres jeunes ($p < 0,01$). En outre, ils sont 12,5 % (vs 1,8 %, $p < 0,01$) à avoir déjà pris des neuroleptiques au cours de leur vie, sans différence significative entre les sexes. Enfin, 16,7 % de ces jeunes (9,8 % des garçons vs 30,0 % des filles, $p < 0,001$) ont déjà suivi une psychothérapie contre 6,3 % des autres jeunes. Les auteurs de violence se distinguent par une prise plus fréquente de neuroleptiques (20,0 % vs 2,5 %, $p < 0,001$) et par le fait d'avoir déjà suivi une psychothérapie (10,0 % vs 6,7 %, $p < 0,01$).

Les jeunes femmes de 20 ans et plus : les plus fréquemment victimes d'un rapport sexuel forcé

À la question « Avez-vous subi des rapports sexuels forcés au cours de votre vie ? », 0,6 % des garçons et 4,8 % des filles répondent par l'affirmative, soit au total 2,6 % des jeunes Picards âgés de 15 ans et plus. Avant l'âge de 20 ans, pratiquement aucun jeune ne déclare avoir subi de rapport sexuel forcé ; au-delà, les jeunes femmes sont près de 10 % à avoir subi un tel rapport. Les jeunes victimes de cette forme particulière de violence présentent des scores de santé nettement moins favorables que le reste des jeunes Picards.

Globalement, les jeunes victimes de rapport sexuel forcé font un usage moins régulier des substances psycho-actives (7,4 % de polyconsommateurs contre 13,6 % dans le reste de la population, $p < 0,001$). Inversement, ce sont de fréquents consommateurs de psychotropes. Ainsi, au cours des douze derniers mois, ils sont 25,0 % (vs 3,6 %, $p < 0,001$) à avoir pris des tranquillisants, 20,0 % (vs 4,6 %, $p < 0,001$) à avoir pris des somnifères et 21,1 % (vs 3,9 %, $p < 0,001$) des antidépresseurs. En outre, ils sont 22,2 % (vs 2,8 %, $p < 0,05$) à avoir pris des neuroleptiques au cours de leur vie et 45,5 % à avoir déjà suivi une psychothérapie (vs 6,8 %, $p < 0,01$).

Scores de santé sur l'échelle de Duke selon le fait d'avoir subi ou non un rapport sexuel forcé au cours de la vie



Conduites suicidaires

Les divers comportements étudiés jusqu'à présent possèdent tous une dimension autodestructrice indéniable. Il n'est donc pas étonnant de les voir précéder ou accompagner de l'envie « d'en finir ». Qui sont les jeunes qui en arrivent à une telle extrémité ?

Des conduites suicidaires davantage féminines

5,6 % des jeunes Picards âgés de 15 ans et plus (3,8 % des garçons vs 7,5 % des filles, $p < 0,05$) déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois tandis que 5,3 % sont passés à l'acte au moins une fois au cours de leur vie (3,2 % des garçons vs 7,5 % des filles, $p < 0,01$).

Le type de zone d'habitation n'est pas associé à ces conduites suicidaires. *A contrario*, les jeunes issus de familles monoparentales pensent plus fréquemment au suicide (11,1 % vs 5,0 %, $p < 0,01$) et ont plus souvent déjà fait une tentative (12,8 % vs 4,4 %, $p < 0,001$). Quant aux jeunes provenant de familles recomposées, ils ne se différencient pas significativement des autres jeunes avec 8,5 % pour les pensées suicidaires (vs 5,5 %) et 4,3 % pour les tentatives de suicide (vs 5,3 %).

Conduites suicidaires plus fréquentes pour les polyconsommateurs de substances psycho-actives

Ce mal-être psychique se traduit avant tout par des scores de qualité de vie ressentie plus défavorables.

Cependant, plusieurs variables relevant de conduites à risque s'avèrent également liées aux conduites suicidaires. Ainsi, les polyconsommateurs de substances psycho-actives ont plus souvent pensé au suicide (8,8 % vs 5,1 %) et ont plus souvent fait une tentative (8,7 % vs 4,9 %) que les non polyconsommateurs. De façon plus détaillée, les fumeurs réguliers déclarent plus souvent avoir déjà fait une tentative (8,3 % vs 3,3 %, $p < 0,001$) tandis que ceux faisant un usage répété du cannabis ont plus souvent des pensées suicidaires (10,3 % vs 5,2 %, $p < 0,01$). Les fréquences de ces conduites suicidaires sont également plus élevées chez les jeunes qui ont eu recours aux antidépresseurs ces douze derniers mois : 27,0 % ont pensé au suicide (vs 4,1 %, $p < 0,001$) et 29,7 % ont déjà fait une tentative (vs 3,6 %, $p < 0,001$). Le constat est le même concernant la prise de tranquillisants ou de somnifères : 23,8 % des jeunes qui en ont consommé au cours des douze derniers mois ont eu des pensées suicidaires et 14,3 % ont déjà réalisé une tentative de suicide contre respectivement 4,2 % et 4,7 % chez les autres jeunes ($p < 0,001$).

Les jeunes insatisfaits de leur vie de famille davantage concernés par les pensées suicidaires

Ce mal-être psychique se retrouve également chez les jeunes pour lesquels on peut penser qu'ils aient un rapport difficile avec leur entourage. Près de 21,6 % des jeunes déclarant ne pas être satisfaits de leur vie de famille ont eu des pensées suicidaires (vs 4,3 %, $p < 0,001$) tandis que 21,7 % des jeunes ne se sentant pas à l'aise avec les autres déclarent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (vs 4,9 %, $p < 0,001$). Chez les moins de 19 ans, 13,1 % des jeunes qui estiment que leurs parents n'écoutent pas leurs idées et opinions ont pensé au suicide (vs 3,2 %, $p < 0,001$). Concernant les jeunes scolarisés, 13,1 % de ceux déclarant ne pas être satisfaits de l'école ou de leurs études ont eu des pensées suicidaires (vs 5,5 %, $p < 0,01$). Enfin, 12,0 % des jeunes déclarant avoir souvent eu des mauvais résultats scolaires au cours des douze derniers mois affirment avoir pensé au suicide (vs 5,7 %, $p < 0,05$).

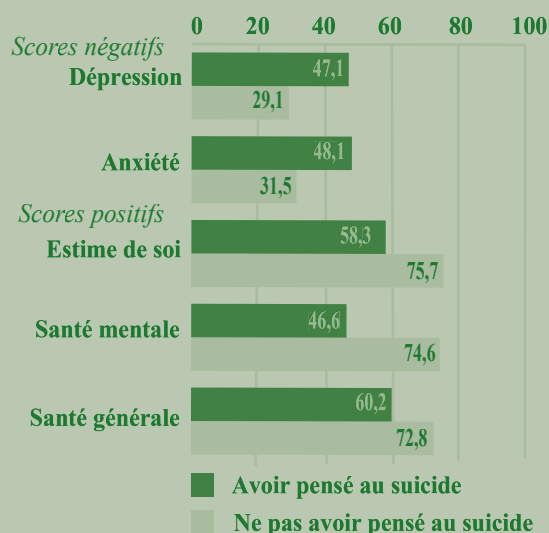
Les jeunes présentant une ou plusieurs conduites alimentaires perturbées disent plus souvent avoir pensé au suicide que les autres (9,9 % vs 3,0 %, $p < 0,001$) et ont plus fréquemment fait une tentative de suicide (8,9 % vs 3,1 %, $p < 0,001$). Les jeunes ayant été frappés ou blessés au cours des douze derniers mois déclarent aussi plus fréquemment avoir eu des pensées suicidaires (16,1 vs 5,1 %, $p < 0,001$) ou être passés à l'acte (14,3 % vs 4,9 %, $p < 0,01$). Il en est de même chez les jeunes sexuellement abusés : 17,9 % d'entre eux ont pensé au suicide (vs 5,4 %, $p < 0,05$) et 37,0 % ont déjà fait une tentative (vs 4,5 %, $p < 0,001$).

Jeunes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ou avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie



Source : Baromètre santé 2005, ORS Picardie, INPES

Scores de santé sur l'échelle de Duke selon le fait d'avoir pensé ou non au suicide ces douze derniers mois (jeunes âgés de 15 à 25 ans)



Source : Baromètre santé 2005, ORS Picardie, INPES

Surcharge pondérale et perception de la corpulence

À l'aide de l'indice de masse corporelle (voir encadré ci-dessous), il est possible d'évaluer dans le Baromètre santé pour chaque âge et chaque sexe si la corpulence est excessive, tout en tenant compte du fait que cette analyse repose sur des valeurs de poids et de taille déclarées (pouvant être mal connues ou mal estimées par les répondants eux-mêmes).

Plus d'un Picard sur six en zone rurale

En Picardie, 12,1 % des jeunes interrogés présentent un surpoids et 2,5 % sont obèses ; surpoids et obésité affectant de manière sensiblement égale les deux sexes.

Les prévalences du surpoids et de l'obésité varient en fonction du type de zone d'habitation : ces prévalences sont, en effet, moins élevées dans les pôles urbains (11,8 % de surpoids et 0,4 % d'obésité) que dans les espaces à dominante rurale (respectivement 13,7 % et 4,0 %, $p < 0,05$).

La structure familiale ne peut être associée aux prévalences du surpoids et de l'obésité, celles-ci ne différant pas significativement entre les jeunes vivant au sein d'une famille nucléaire et ceux provenant d'une famille recomposée ou d'un foyer monoparental.

Les jeunes ont une bonne perception de leur corpulence

3,8 % des jeunes déclarent ne pas accepter leur apparence physique (1,1 % des garçons vs 6,5 % des filles, $p < 0,01$), avec une différence marquée suivant l'indice de masse corporelle : 10,2 % des jeunes en surcharge pondérale contre 2,5 % des autres ($p < 0,05$).

Par ailleurs, 69,8 % des garçons et 58,7 % des filles ayant un poids normal ou insuffisant se trouvent à peu près du bon poids.

Parmi les jeunes en surcharge pondérale, 36,9 % des garçons et 24,4 % des filles s'estiment du bon poids. Parmi ces dernières, certaines se trouvent même un peu trop maigres (3,5 %).

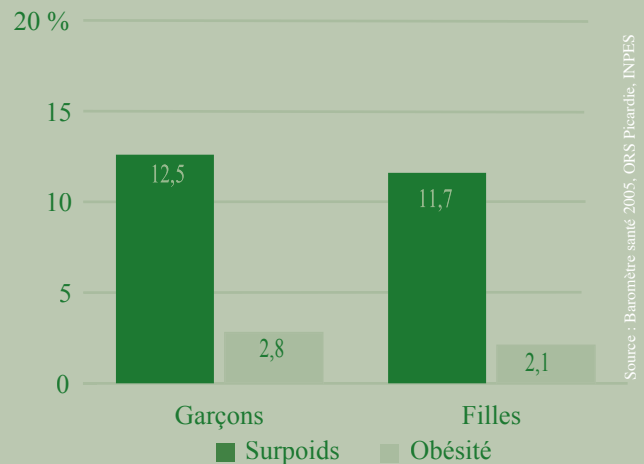
Enfin, les filles se perçoivent plus souvent que les garçons comme étant trop grosses : 33,7 % des filles ayant un poids normal contre 9,9 % des garçons ($p < 0,01$). Cette tendance se retrouve également chez les jeunes en surcharge pondérale : 72,1 % des filles dans cette situation se jugent trop grosses contre 63,1 % des garçons ($p < 0,05$).

Des craintes davantage exprimées chez les obèses

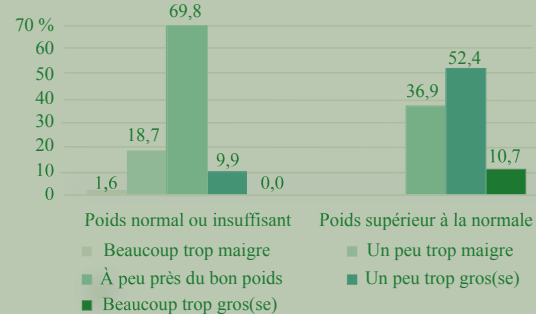
Parmi les obèses, 42,4 % craignent les maladies cardio-vasculaires, contre 36,9 % des jeunes en surpoids et 31,9 % des jeunes ayant un poids normal. Le cancer est craint par 64,5 % des obèses, 47,8 % des jeunes en surpoids et 49,6 % des jeunes ayant un poids normal. Quel que soit le thème retenu, les jeunes obèses déclarent plus fréquemment le craindre que les autres, mais seules les différences observées pour les maladies liées à l'alcool (39,4 vs 19,4) et les maladies liées au tabac (57,6 vs 36,9) sont significatives.

La hiérarchie des craintes (accidents de la circulation, cancer, sida) est quelque peu modifiée chez les jeunes en surcharge pondérale : les maladies liées au tabac remplacent le sida à la troisième place.

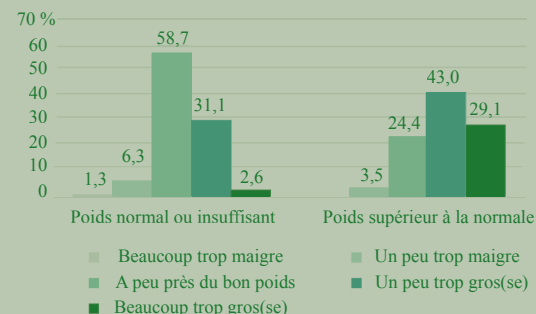
Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes selon le sexe



Perception pour les garçons de leur poids selon l'indice de masse corporelle



Perception pour les filles de leur poids selon l'indice de masse corporelle



Définition et utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle mesure la corpulence des individus. Il est calculé selon la formule suivante : $IMC = P/T^2$ (P : poids en kg ; T : taille en m). Les indicateurs de corpulence utilisés ici proviennent des travaux internationaux réalisés par l'IOTF (International Obesity Task Force) pour qui les valeurs seuils de l'indice de masse corporelle définissent le surpoids et l'obésité des enfants aux différents âges et sexes. Ces valeurs sont situées sur des courbes (dites C-25 et C-30) qui rejoignent à dix-huit ans les valeurs 25 et 30 constituant les seuils de définition respectifs du surpoids et de l'obésité de l'adulte.

Conduites alimentaires perturbées et consommation d'alcool

À partir d'une série de questions portant sur différentes pratiques alimentaires jugées « anormales » (cf. ci-dessous), le Baromètre santé jeunes permet de définir et d'identifier plusieurs indicateurs d'une conduite alimentaire perturbée chez les Picards âgés de 12 à 25 ans.

Près d'une fille sur deux a une conduite alimentaire perturbée

39,1 % des jeunes interrogés présentent au moins un signe de conduite alimentaire perturbée (33,2 % des garçons vs 45,2 % des filles, $p < 0,001$). Les jeunes en surcharge pondérale sont plus nombreux que le reste de la population à déclarer qu'il leur arrive parfois ou souvent de manger énormément en éprouvant de la peine à s'arrêter (23,8 % vs 12,1%, $p < 0,001$) ainsi que de se faire vomir volontairement (2,6 % vs 0,4 %, $p < 0,001$).

Par ailleurs, 18,2 % des jeunes déclarent qu'il leur arrive souvent de manger plus lorsqu'ils sont stressés (11,1 % des garçons vs 25,0 % des filles, $p < 0,001$). Cette proportion est supérieure chez les jeunes en surcharge pondérale par rapport à celle des autres jeunes (27,0 % vs 16,7 %, $p < 0,001$). Or, 43,5 % des jeunes (35,5 % des garçons vs 49,2 % des filles, $p < 0,001$) affirment avoir été stressés assez souvent ou souvent au cours du dernier mois, avec une nette prédominance pour ceux présentant une obésité : 68,8 % des obèses contre 43,2 % des individus ayant un poids normal ($p < 0,01$).

Les jeunes en surcharge pondérale sont moins nombreux à consommer chaque semaine de l'alcool

15,0 % des jeunes n'ont jamais bu d'alcool au cours de leur vie, sans différence significative selon l'indice de masse corporelle. Parmi ceux qui en ont déjà consommé, 90,1 % en ont consommé au cours des douze derniers mois, les différences selon l'indice de masse corporelle n'étant pas non plus significatives. Par contre, elles le deviennent quand on s'intéresse aux consommateurs hebdomadaires d'alcool.

Durant la même période, 26,8 % des jeunes interrogés déclarent avoir eu une consommation hebdomadaire. Cette proportion diminue avec l'indice de masse corporelle (11,5 % des obèses, 25,8 % des jeunes en surpoids et 27,3 % des autres) tout en augmentant avec l'âge.

Sport et sédentarité

L'activité physique est reconnue comme un facteur déterminant de l'état de santé des populations et est particulièrement importante dans la balance énergétique. Le Baromètre santé étudie l'activité physique à travers des questions portant sur les pratiques sportives ainsi que sur les activités sédentaires.

Une activité sportive moins fréquente chez les jeunes obèses

Durant les sept derniers jours, 67,7 % des jeunes interrogés déclarent avoir pratiqué au moins un sport (76,8 % des garçons vs 58,0 % des filles, $p < 0,001$). Les jeunes en surpoids ne se distinguent pas significativement de ceux ayant un poids normal (respectivement 73,8 % et 67,5 %). Inversement, les jeunes obèses se démarquent par une pratique moindre (39,1 %, $p < 0,05$). Par ailleurs, s'il existe une différence significative entre les sexes chez les jeunes ne souffrant pas d'un excès de poids (76,8 % des garçons vs 57,3 % des filles, $p < 0,001$), celle-ci ne se retrouve pas chez les individus en surcharge pondérale.

La veille de l'interview, 20,5 % des garçons et 7,9 % des filles ont pratiqué un sport pendant plus de deux heures. Les différences observées selon l'indice de masse corporelle (13,4 % de pratique pendant plus de deux heures chez les jeunes ayant un poids normal vs 21,8 % chez les jeunes en surpoids et 15,4 % chez les jeunes obèses) ne sont pas significatives. Parmi les obèses, 76,9 % n'ont pas pratiqué de sport la veille de l'interview contre 62,7 % des jeunes ayant un poids normal.

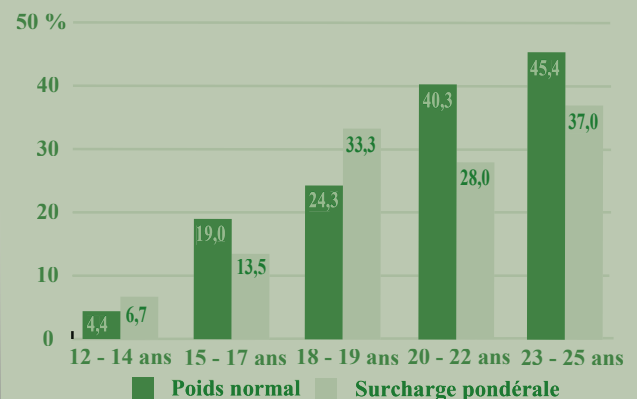
52,8 % des jeunes ne pratiquant habituellement pas de sport évoquent en première raison le manque de temps. Viennent ensuite le fait de ne pas aimer cela (27,8 %) et les contraintes de santé (13,2 %). Il n'existe pas de différence significative entre les jeunes ayant un poids normal et ceux présentant une surcharge pondérale, bien que ces derniers auraient plus souvent tendance à citer les contraintes de santé (23,1 % vs 11,8 %) et moins souvent le manque de temps (54,6 % vs 42,3 %).

Moins de marche pour les jeunes présentant un excès de poids

La veille de l'interview, plus de trois jeunes sur quatre déclarent avoir marché au moins 10 minutes d'affilée et près d'un jeune sur deux au moins 30 minutes, sans distinction selon le sexe ou la catégorie de l'indice de masse corporelle, mais avec un pic chez les 18-19 ans. Cependant, seulement 4,2 % des jeunes en excès de poids auraient marché deux heures ou plus contre 12,4 % dans le reste de la population ($p < 0,05$). Par ailleurs, en ne prenant en considération que les jeunes ayant marché au moins dix minutes d'affilée, la durée moyenne de marche est de 1 heure et 9 minutes : 39 minutes pour les jeunes en surcharge pondérale vs 1 heure et 15 minutes pour les autres ($p < 0,05$).

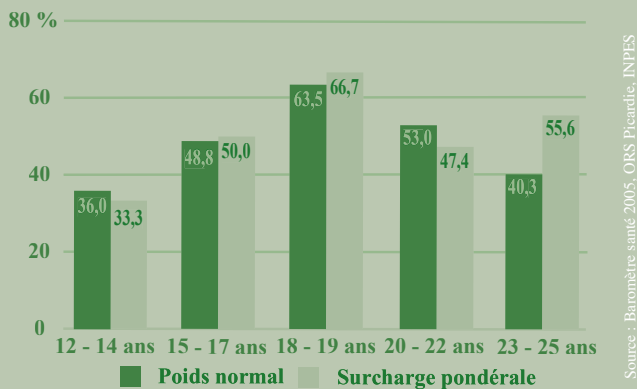
La conduite alimentaire est jugée « perturbée » si au moins un des comportements suivants a été déclaré par l'enquête : manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette, n'avoir aucune envie de manger ou manquer d'appétit.

Jeunes ayant eu une consommation hebdomadaire d'alcool au cours des douze derniers mois selon l'indice de masse corporelle et l'âge

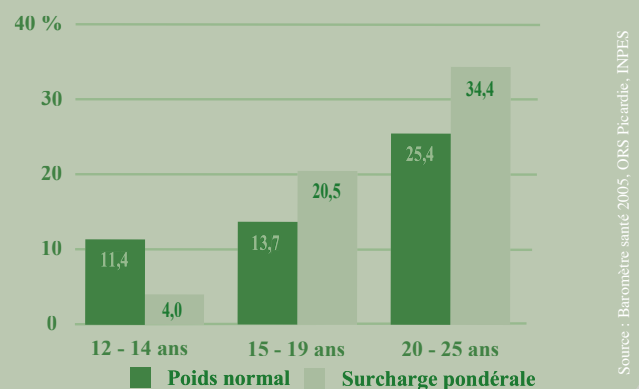


Source : Baromètre santé 2005, ORS Picardie, INPES

Jeunes ayant marché au moins trente minutes la veille de l'interview selon l'indice de masse corporelle et l'âge



Jeunes ayant passé plus de 6 heures à regarder la télévision, à lire ou à jouer aux jeux vidéo la veille selon l'indice de masse corporelle et l'âge



Des jeunes obèses plus souvent sédentaires

La veille de l'interview, 82,8 % des jeunes ont regardé la télévision, sans distinction de sexe ou d'âge. Cette proportion fluctue en fonction de l'indice de masse corporelle : 95,7 % des obèses contre 90,6 % des jeunes en surpoids et 81,7 % des autres ($p < 0,05$). Il n'existe pas de différence significative selon l'indice de masse corporelle concernant les jeunes ayant lu la veille de l'interview ou ayant joué aux jeux vidéo.

En cumulant le temps déclaré pour ces trois activités, les jeunes Picards auraient passé en moyenne la veille de l'interview 3 heures et 31 minutes assis, sans écart notable entre les sexes. Cette durée diffère significativement en fonction de l'indice de masse corporelle : 4 heures et 13 minutes pour les jeunes présentant une obésité, 3 heures et 57 minutes pour les jeunes en surpoids et 3 heures et 27 minutes pour les autres ($p < 0,05$).

La veille de l'interview, 39,1 % des jeunes présentant une obésité auraient ainsi passé six heures ou plus assis à regarder la télévision, à lire ou à jouer aux jeux vidéo contre 20,4 % des jeunes en surpoids et 17,7 % des autres ($p < 0,05$). Cette proportion augmente par ailleurs plus rapidement avec l'âge chez les personnes en surcharge pondérale que chez les autres.

Qualité de vie et consommation de soins

L'Assurance maladie a récemment publié une étude (Point d'information mensuel de juin 2005) montrant qu'il existe une relation positive entre corpulence et consommation de soins chez les adultes alors que chez les plus jeunes (moins de 20 ans), aucune relation de ce type n'a pu être mise en évidence. Que montre le Baromètre santé ?

Une qualité de vie perçue sensiblement comparable selon l'indice de masse corporelle

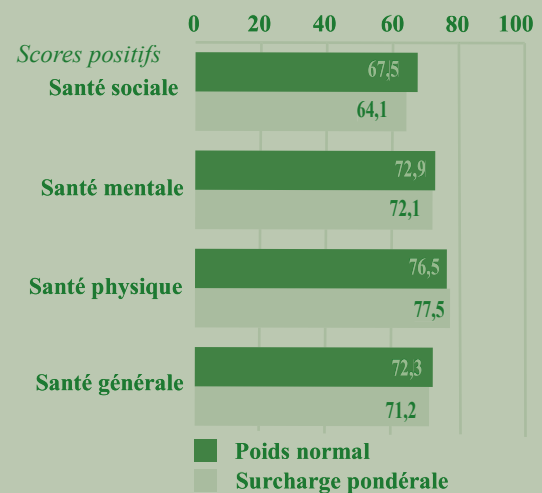
En ne prenant en considération que les principales dimensions du profil de santé de Duke (cf. page 5), il ressort que les jeunes en surpoids ou obèses ne se distinguent pas significativement du reste de la population.

Néanmoins, lorsque l'on demande aux jeunes Picards s'ils sont satisfaits de leur état de santé, les jeunes en surcharge pondérale répondent moins souvent par l'affirmatif que les autres jeunes (80,3 % vs 90,2 %, $p < 0,01$).

Moins de consultations pour les jeunes en surcharge pondérale... mais un recours plus fréquent aux professionnels de la santé psychique

Au cours des douze derniers mois, seulement 64,5 % des jeunes obèses ont consulté un médecin généraliste contre 78,7 % des jeunes en surpoids et 82,3 % des autres jeunes. De la même façon, 45,5 % des jeunes obèses ont consulté un chirurgien dentiste contre 60,6 % des jeunes en surpoids et 64,1 % des autres. Enfin, 23,1 % des filles obèses ont consulté un gynécologue contre 32,8 % des filles en surpoids et 43,6 % des autres filles. Toutefois, lorsque l'on ne considère que les jeunes ayant consulté un professionnel de santé au cours des douze derniers mois, la moyenne du nombre de consultations ne varie pas significativement en fonction de la catégorie de l'indice de masse corporelle. 7,9 % des jeunes présentant une surcharge pondérale ont eu recours à un psychiatre ou un psychologue au cours des douze derniers mois, sans distinction notable entre surpoids et obésité, contre 4,0 % des autres jeunes ($p < 0,01$). Par ailleurs, ils déclarent plus souvent prendre des tranquillisants ou des anxiolytiques (7,9 % vs 2,5 %, $p < 0,001$) ainsi que des antidépresseurs (5,9 % vs 2,9 %, $p < 0,001$). Enfin, 13,0 % de ces jeunes ont déjà pris des neuroleptiques au cours de leur vie contre seulement 1,0 % dans le reste de la population ($p < 0,001$).

Scores de santé sur l'échelle de Duke selon l'indice de masse corporelle



Cette plaquette s'adresse à tous ceux qui souhaitent mieux connaître les jeunes en Picardie.

Elle permet de connaître plus spécifiquement les habitudes de vie chez les jeunes Picards âgés de 12 à 25 ans, mais aussi leurs conduites à risque.

En complément du premier document intitulé «premiers résultats 2005 les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie», présentant des résultats synthétiques on trouvera dans ce document plus développé :

- la qualité de vie et les relations avec les parents ;
- les craintes des jeunes et leurs connaissances ;
- les polyconsommations de produits addictifs ;
- les violences subie et agie et les consommations de produits addictifs ou médicamenteuses ;
- les conduites suicidaires et les facteurs associés ;
- le surpoids et l'obésité et leur perception auprès des jeunes ;
- les conduites alimentaires perturbées ;
- le sport et la sédentarité ;
- les consommations de soins.

Cette plaquette a été rédigée par Mickaël Rusé, Sophie Debuisser, Alain Trugeon, Olivier Zielinski et mise en page par Sylvie Bonin.

Observatoire régional de la Santé de Picardie

Siège social

Faculté de médecine

3, rue des Louvels

80036 Amiens cedex 1

Téléphone : 03 22 82 77 24

Télécopie : 03 22 82 77 41

Mél. : ors@sa.u-picardie.fr

Antenne de l'Aisne

116, rue Léon Nanquette

02000 Laon

Téléphone et télécopie : 03 23 79 08 55

ISBN 2-909195-31-7

Réalisation



avec le concours de



12-25 ans - Comportements - Attitudes - Baromètre