



**Comportements et modes  
de vie des jeunes  
scolarisés et des jeunes  
en décrochage scolaire en  
Communauté française de  
Belgique de 1986 à 2002.**

# La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire

## Quoi de neuf depuis 1994 ?

Décembre 2003

Danielle PIETTE  
Florence PARENT  
Yves COPPIETERS  
Damien FAVRESSE  
Christine BAZELMANS  
Laurence KOHN  
Patrick de SMET



UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES  
ECOLE DE SANTÉ PUBLIQUE  
UNITÉ DE PROMOTION EDUCATION  
SANTÉ (ULB-PROMES)



PARTICIPATION À UNE  
RECHERCHE INTERNATIONALE  
DE L'OMS-EUROPE  
AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTÉ  
FRANÇAISE DE BELGIQUE



## Préface

Vous avez entre les mains la deuxième brochure sur la santé des jeunes. Je me réjouis particulièrement de sa diffusion à un moment où la médecine scolaire connaît un tournant important. Les centres d'Inspection médicale scolaire, dans le cadre de la réforme du 20 décembre 2001, se sont transformés en services de Promotion de la santé à l'école. On compte maintenant au nombre de leurs missions la mise en place de programmes de promotion de la santé à l'école et d'environnement favorables à la santé. Ces programmes se concrétiseront dans les projets-santé que les équipes doivent élaborer avec l'ensemble des acteurs de la santé et du bien-être à l'école.

Les données présentées dans cette brochure peuvent initier la réflexion sur le développement d'actions santé dans les écoles. Ces informations contribueront certainement à aider à définir les objectifs, à déterminer les lieux et les moments les plus propices aux interventions en faveur de la santé à l'école.

Nouveauté dans cette édition : à côté des résultats par âge, une photographie est tirée de ce qui se passe dans les classes, par niveau et par type d'enseignement.

Dans ce tableau, le plus frappant est l'évolution divergente des garçons et des filles et les disparités entre les élèves du général, du technique et du professionnel : beaucoup de résultats sont semblables entre les sexes en cinquième primaire et ne se différencient que par la suite alors que les contrastes entre types d'enseignement couvrent l'ensemble des années du secondaire. Il faut donc préparer l'enfant à ces changements et le soutenir à se construire, progressivement, en un adulte capable de gérer, collectivement et personnellement, sa santé.

La promotion de la santé est connue depuis 1986 (la charte d'Ottawa) pour dépasser les limites de l'éducation santé et s'intéresser aux déterminants socio-économiques, à l'environnement psychosocial et aux conditions de l'environnement dans lesquels la population, ici les jeunes, évolue. À cet égard, le chapitre sur «la vie à l'école» telle que perçue par les jeunes sera particulièrement utile.

Enfin, je suis particulièrement sensible, en tant que Ministre chargée non seulement de la santé mais aussi de l'aide à la Jeunesse, aux informations qui sont fournies sur la santé des jeunes en décrochage scolaire ou en stage de réinsertion. Une des conclusions ne me surprend pas : celle qui concerne les inégalités dont il est dit qu'elles subsistent. Cela me conforte dans la nécessité d'en faire une des priorités des programmes que je soutiens.

Je voudrais redire ici toute l'importance du travail du professeur Danielle Piette et de son équipe et les remercier pour leur contribution au développement de la politique de santé des jeunes à l'école et en dehors de l'école.

Nicole MARÉCHAL

Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé



## Rédaction

**Rédaction**  
Danielle PIETTE  
Florence PARENT  
Yves COPPIETERS  
Damien FAVRESSE  
Christine BAZELMANS  
Laurence KOHN  
Patrick de SMET

**Editeur responsable**  
Danielle PIETTE

**Coordination**  
Florence PARENT

**Photos**  
Stéphane De BROYER

**Mise en page**  
Nathalie da COSTA MAYA  
CDCS asbl

**Diffusion**  
Anne-Sylvie LADMIRANT  
Spéciose NIBASENGE  
CDCS asbl

**Adresse**  
Université Libre de Bruxelles  
Ecole de Santé Publique  
**Unité de Promotion Education Santé**  
**ULB-PROMES**  
Route de Lennik 808, CP 596  
1070 Bruxelles, Belgique  
Tél. : +32 (0)2-555 40 81  
Fax : +32 (0)2-555 40 49  
E-mails :  
Responsable : dpiette@ulb.ac.be  
Secrétariat : promes@ulb.ac.be  
CDCS : speciose.nibasenge.cdcs.promes@ulb.ac.be

*Brochure diffusée gratuitement grâce à la Communauté française de Belgique.*

*La reproduction et l'utilisation des informations contenues dans ce document sont permises et même souhaitées pour autant que figure la mention de l'origine des données.*

Dépôt légal : D/2003/8119/1

*Cette étude respecte l'éthique de la promotion de la santé concernant les sponsors. Les promoteurs pour la santé «...ne peuvent travailler avec une organisation produisant en tout ou en partie des biens ou services qui sont nuisibles à la santé physique ou mentale, tels que par exemple le tabac ou les armes» (extrait du «Guide pour les collaborations, partenariats et sponsors», annexe D des Statuts, Union Internationale pour la Promotion et l'Education de la Santé, mai 1999).*



## Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord aux cinquante mille jeunes qui, entre 1986 et 2002 ont accepté de remplir le questionnaire et d'y mettre le meilleur d'eux-mêmes, n'hésitant pas dans certains cas à expliquer leur réponse, pour s'assurer qu'ils seront bien compris. Si ces jeunes ont pu nous parler de leur vie, c'est que leur directeur d'établissement, les pouvoirs organisateurs et les responsables des trois réseaux d'enseignement l'ont aimablement accepté. Qu'ils en soient ici remerciés.

Depuis 1985, plusieurs personnes se sont succédées à la réalisation de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» ou encore, étude «Health Behaviour of School-aged Children» (HBSC). Ceux qui ont coordonné une enquête de telle envergure ne l'oublient pas et nous, nous n'oublions pas ceux qui ont donné leur temps et leurs compétences pour que les données soient bien représentatives de l'ensemble de la population scolaire et pour que toutes les différentes activités se déroulent dans les temps : Geneviève Roger, Marianne Prévost, Cécile Mahoux, Francisco Navarro, Joëlle Hardy et Damien Favresse.

Selon leur disponibilité, leurs compétences et leurs centres d'intérêts, plusieurs scientifiques ont, au cours des années, analysé les résultats : Martine Barette, Christine Bazelmans, Michel Boutsen, Yves Coppieters, Patrick de Smet, Perrine Humblet, Laurence Kohn, Alain Levêque, Francisco Navarro, Florence Parent, Marianne Prévost et Françoise Renard.

Michel Boutsen, Laurence Kohn et surtout Patrick de Smet ont apporté un soutien informatique et une solution à des problèmes parfois très complexes de gestion de fichiers. Les analyses 1986-2002 ont été faites par Patrick de Smet.

L'étude «Santé et bien-être des jeunes» est la partie francophone belge de l'étude internationale «Health Behaviour of School-aged Children», patronnée par le Bureau pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Notre équipe a donc bénéficié depuis 1985 des échanges avec d'autres équipes de recherche (12 équipes en 1985 et 34 en 2002). Leif Aaro, Bente Wold et Oddrun Samdal (N), Candace Currie, Chriss Tudor-Smith, Laurence Moore et Chriss Roberts (UK) ainsi que Desmond O'Byrne, Erio Ziglio et Vivianne Rasmussen (OMS-Europe) ont chacun donné des impulsions administratives, scientifiques et/ou techniques qui ont assuré la qualité, la continuité et le développement de l'étude.

Les questionnaires ne se déplacent pas tout seuls vers les écoles et ne reviennent pas d'eux-mêmes chez nous. Sans Anne-Sylvie Ladmirant (CDCS asbl), on trouverait probablement dans les caves des établissements scolaires des caisses de questionnaires vierges dont plus personne n'aurait le souvenir. Mme Ladmirant téléphone aux écoles, compte et emballe les questionnaires, les porte à la poste, assure leur retour et ceci, depuis la deuxième enquête de 1988. Elle s'occupe aussi de la diffusion des documents présentant les résultats de l'étude. Anne-Sylvie, merci.

N'oublions pas les jobistes (qui ont passé de longues heures à encoder les données), Stéphane De Broyer, photographe, Lydie Levêque, auteur des photos de couverture, pages 6 et 14, Nathalie da Costa Maya, infographiste, Douchan Beghin et Maryse Gombert (tous deux patients lecteurs de l'ultime version), et Florence Parent qui, cette année, a coordonné la rédaction de la brochure et fourni un texte pratiquement définitif pour plusieurs chapitres. À eux aussi, nos meilleurs remerciements. Un grand merci aussi à Philippe Bastin d'Infor-Drogues pour sa lecture attentive du chapitre 3 ainsi qu'à Patrick de Smet, Charlotte Lonfils et Katty Renard qui ont relu tous les chapitres à différentes étapes.

Les financements ont été assurés par le Fonds National de la Recherche Scientifique (deux enquêtes) et par la Communauté française de Belgique (cinq enquêtes). Cette dernière assure la publication de cette brochure et a également financé (par l'entremise du Service Communautaire de Promotion de la Santé SIPES d'ULB-PROMES) la comparaison des résultats entre 1986 et 2002. Je remercie ces institutions pour leur soutien.

Professeur Danielle PIETTE

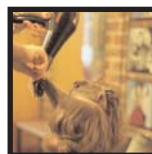


# [ Table des matières



**VARIABLES, ABRÉVIATIONS ET CONCEPTS STATISTIQUES**

..... page 6



**Deuxième partie  
L'ÉTUDE «PRÉVENTION DE L'ASTHME PROFESSIONNEL CHEZ LES JEUNES»**

**Chapitre 7. Prévention de l'asthme professionnel chez les jeunes**

► Une étude de la perception des risques professionnels chez les élèves à risque d'asthme professionnel et un suivi de leur perception après deux ans dans la vie professionnelle.  
..... page 90



**Introduction générale  
LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE  
DES JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE.  
QUOI DE NEUF DEPUIS 1994 ?**

**► Une introduction des 3 études dont les données sont présentées dans cette brochure:**

- l'étude «Santé et bien-être des jeunes» ;
- l'étude «Prévention de l'asthme professionnel» chez les jeunes ;
- l'étude des jeunes en décrochage scolaire.

**► Une introduction sur la manière de lire les graphiques**  
..... page 8



**Troisième partie  
L'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES EN DÉCROCHAGE SCOLAIRE**

**Chapitre 8. Santé et bien-être des jeunes en décrochage scolaire**

► Des informations sur les différents types de décrochage scolaire, leur impact sur la santé et une comparaison des jeunes en décrochage avec ceux qui sont scolarisés.  
..... page 96



**Première partie  
L'ÉTUDE «SANTÉ ET BIEN-ÊTRE  
DES JEUNES»**

**Chapitre 1. Bien-être et perception de la santé**

► Des données sur la perception de la santé, du bonheur et de la confiance en soi ainsi que sur la consommation de médicaments.  
..... page 16

**Chapitre 2. Nutrition et sédentarité**

► Des informations sur les habitudes alimentaires, sur la pratique d'un sport et sur les comportements relatifs à la télévision et aux ordinateurs ou jeux électroniques.  
..... page 32

**Chapitre 3. Conduites à risque**

► Des résultats concernant la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et d'ecstasy et leur évolution dans le temps.  
..... page 48

**Chapitre 4. Vie affective et sexuelle et prévention du sida**

► Une image de la vie affective et sexuelle des jeunes ainsi que de la prévention du sida.  
..... page 64

**Chapitre 5. Vivre à l'école**

► La perception de l'école, du stress qu'elle engendre et de la violence à l'école.  
..... page 74

**Chapitre 6. Accidents, violences et traumatismes**

► Des informations sur la fréquence, le type, les circonstances et les conséquences des accidents ainsi que sur le port d'armes.  
..... page 84



**CONSTATS ET LIGNES DE FORCE**

Des constats sur les inégalités et les évolutions ainsi que des commentaires sur les manières de vivre l'adolescence et sur l'école comme lieu stratégique.

..... page 104



**RÉFÉRENCES**

Références citées dans les textes ainsi que quelques sites internet.

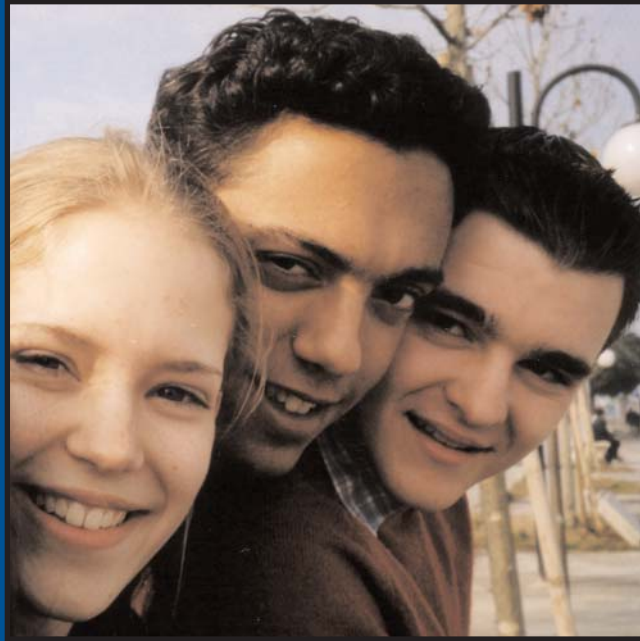
..... page 108



**ADRESSES**

L'Administration de la Santé en Communauté française, les Centres Locaux de Promotion de la Santé et les Services Communautaires de Promotion de la santé.

..... page 110



## **[ Variables, abréviations et concepts statistiques**

## ► LISTE DES VARIABLES ÉTUDIÉES, PAR CHAPITRE

### PARTIE 1 : «SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES JEUNES»

#### [1] Bien-être et perception de la santé

- perception de la santé
- se sentir très heureux
- avoir confiance en soi
- souffrir de maux de tête, de ventre ou de dos
- souffrir de nervosité, d'insomnies, de sentiment «d'être à plat» et de fatigue matinale
- consommer un médicament contre les maux de tête et contre les maux de ventre
- consommer des médicaments pour maigrir, des somnifères, des médicaments contre la fatigue ou contre l'angoisse
- être un «grand» consommateur de médicaments

#### [2] Nutrition et sédentarité

- consommation de fruits
- consommation de légumes
- consommation de frites
- consommation de hamburgers
- consommation de boissons gazeuses sucrées
- consommation de bonbons
- prise du petit déjeuner les jours d'école
- surcharge pondérale
- suivre un régime amaigrissant
- regarder la télévision ou des vidéos
- relation entre sédentarité et indice pondéral
- jouer avec des ordinateurs ou des jeux électroniques
- pratiquer un sport

#### [3] Conduites à risque

- avoir déjà fumé et fumer du tabac
- fumer 20 cigarettes ou plus par semaine
- désir d'arrêter de fumer
- avoir déjà bu et boire de l'alcool
- boire plus de 7 verres par semaine ou plus de 2 verres par jour
- fréquence de consommation de la bière, du vin ou du cidre
- avoir été ivre plus d'une fois
- avoir consommé et consommé du cannabis
- avoir consommé et consommé de l'ecstasy
- polyconsommation de drogues licites ou illégales
- port de la ceinture de sécurité en voiture

#### [4] Vie affective et sexuelle et prévention du sida

- avoir déjà eu une relation sexuelle
- avoir eu une relation sexuelle avant 14 ans
- avoir eu plus d'un partenaire sexuel
- avoir déjà vu et manipulé un préservatif
- utiliser un préservatif
- connaissances et fausses croyances relatives à la transmission du VIH
- utiliser une pilule contraceptive

#### [5] Vivre à l'école

- aimer l'école
- brosser les cours
- être stressé par l'école
- avoir du plaisir à être avec les autres élèves
- trouver que les autres élèves sont gentils
- se sentir accepté comme on est
- être «provoqué»
- «provoquer» les autres
- avoir peur d'aller à l'école à cause des bagarres ou de la violence
- être victime de racket

#### [6] Accidents, violences et traumatismes

- avoir subi un traumatisme ayant nécessité des soins
- avoir subi un traumatisme ayant nécessité une absence scolaire ou l'arrêt des activités habituelles
- lieu, activité, conséquences du traumatisme le plus grave
- se bagarrer
- porter une arme
- être en ordre de vaccination contre le tétanos

### PARTIE 2 : «PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DES ÉLÈVES»

#### [7] Perception du risque d'asthme professionnel chez les jeunes

- connaître la toxicité des produits avec lesquels on travaille
- symptômes de types allergiques lors des travaux pratiques
- suivi de la perception du risque professionnel chez les élèves (temps 1) devenus de jeunes travailleurs (temps 2)
- satisfaction par rapport à la séance d'information sur les risques professionnels

### PARTIE 3 : L'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES EN DÉCROCHAGE SCOLAIRE

#### [8] Types de décrochage scolaire et comparaison jeunes en décrochage et jeunes scolarisés

- mal-être scolaire
- types de décrochage et problèmes de santé
- consommation de tabac
- consommation d'alcool
- consommation de cannabis
- se brosser les dents
- port de la ceinture de sécurité
- pratiquer une activité physique
- utiliser un préservatif
- perception de la santé
- plaintes et médicaments
- se sentir heureux
- se sentir nerveux
- se sentir agressif
- se sentir seul
- se sentir déprimé

## ► LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

**ISSP** : Institut de Santé Publique

**Centre PMS** : centre Psycho-Médico-Social

**Service PSE** : service de Promotion de Santé à l'École (ancienne Inspection Médicale Scolaire (IMS))

**OR** : odds ratio

**RC** : rapport de cotes

## ► LISTE DES CONCEPTS STATISTIQUES UTILISÉS

**Intervalle de confiance (IC)** : il permet de dire que l'on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en affirmant que la prévalence du comportement étudié dans la population, l'ensemble des élèves de la Communauté française (et non dans l'échantillon) se retrouve entre les bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance issu de la prévalence observée dans l'échantillon d'élèves qui ont rempli le questionnaire.

#### **Odds ratio ou rapport de cotes (OR ou RC) :**

le rapport de cotes ou l'odds ratio obtenu par la régression logistique, permet de mesurer, par rapport à une catégorie de référence, la force de l'association pour chacun des paramètres présentés, après ajustement pour les autres facteurs retenus.

#### **Proportions standardisées :**

elles permettent de montrer l'évolution dans le temps d'un paramètre, par exemple le tabagisme, ajusté pour le sexe, le type d'enseignement et l'âge. Les proportions standardisées diffèrent donc légèrement des pourcentages bruts, probablement plus fidèles à la réalité mais non comparables d'une année à l'autre. Tous les pourcentages de cette brochure sont donc ajustés pour les facteurs suivants : sexe, âge et type d'enseignement (à l'exception des pourcentages dans les «photographies actuelles»).

#### **Statistiques descriptives :**

la description des données étudiées se fait à travers leur présentation graphique (la plus synthétique possible) et le calcul de résumés numériques.

#### **Stratification :**

elle permet une analyse des comportements au travers de sous-groupes au sein de l'échantillon.

#### **Signification statistique (▲) :**

elle évalue la probabilité (p) qu'une différence observée survienne uniquement par le fait du hasard. Si la probabilité est inférieure à 5% (seuil de  $p < 0.05$ ), la différence est significative et on considère que le résultat obtenu n'est pas du au hasard. Le triangle noir (▲), en regard des paramètres, permet d'indiquer une association statistiquement significative avec la variable étudiée (seuil de  $p < 0.05$ ).





## **[ Introduction générale**

## ► L'étude «Santé et bien-être des jeunes»

Pages 14 à 89.

### 1. CADRE DE RÉFÉRENCE

L'étude «Santé et bien-être des jeunes» est réalisée depuis 1985 par l'Unité de Promotion et d'Education Santé (ULB-PROMES) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Sept enquêtes ont été réalisées entre 1986 et 2002. Elles ont eu pour but de fournir des données utiles pour la promotion de la santé des jeunes, tant pour la programmation des interventions que pour le développement des politiques, leur évaluation et l'allocation des ressources.

Les comportements et les modes de vie dépendent de divers facteurs. C'est pourquoi les besoins d'informations en matière de santé et de bien-être, et plus particulièrement les besoins d'information sur les déterminants de la santé et du bien-être, doivent porter sur de nombreux paramètres comme la perception de la santé et du bonheur, la morbidité (les maladies), les conditions socio-économiques et l'environnement tant physique que psychosocial dans lesquels les jeunes vivent. Ces informations doivent couvrir à la fois les individus, les classes, les écoles et divers

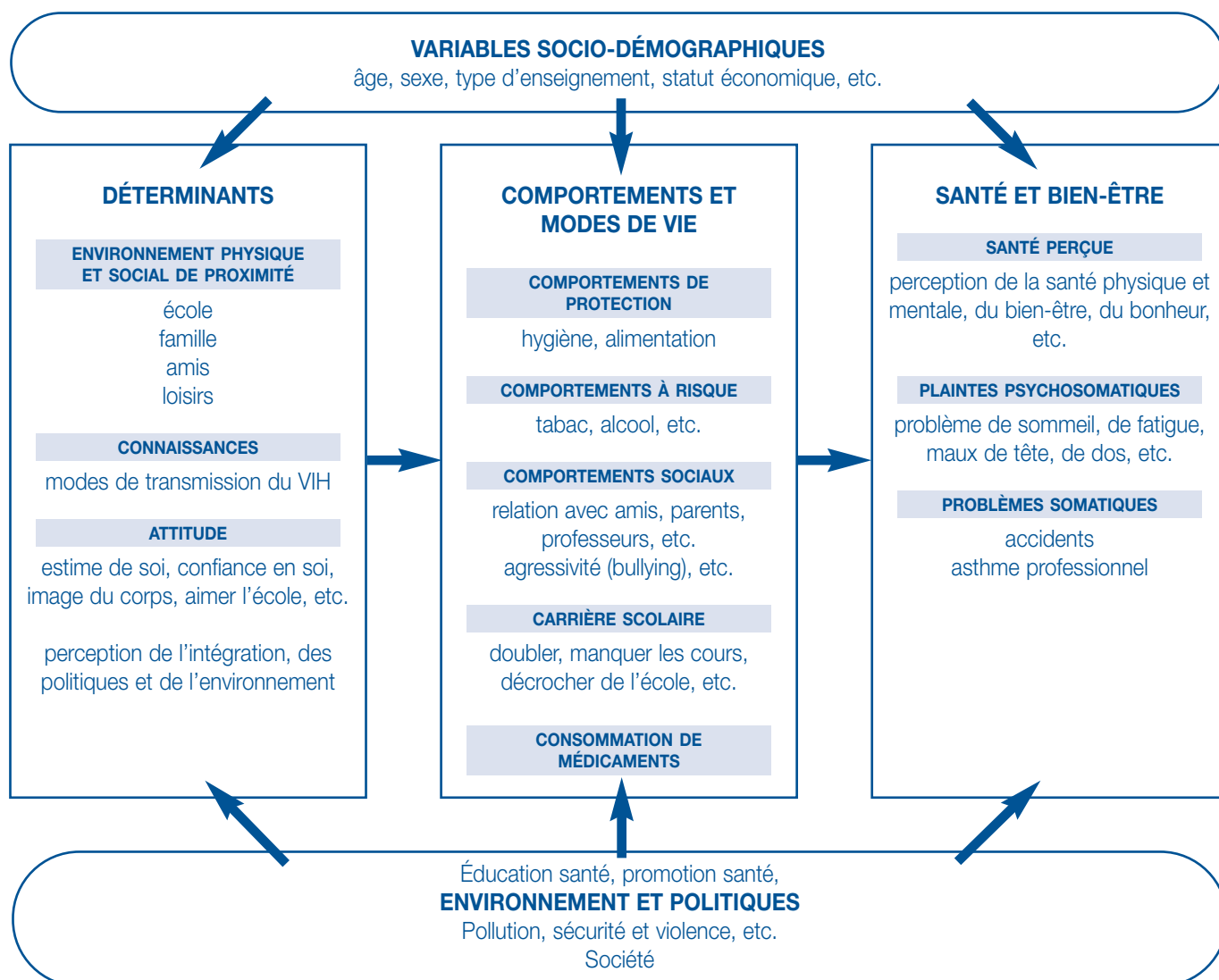
autres environnements comme la famille ou le cercle d'amis. La collecte des informations doit être répétée de manière standardisée pour permettre l'analyse des trajectoires de vie et pour que les effets à long terme puissent être identifiés et compris.

On retrouve ces caractéristiques des besoins d'informations dans notre schéma général (figure 1). Ce dernier nous montre que les besoins de données sur la santé relèvent de divers domaines : les besoins ressentis ou non, les comportements de protection ou les comportements à risque, le mode de vie, les connaissances, les aptitudes, les attitudes (valeurs, intentions, croyances et représentations), la perception de l'environnement physique ou psychosocial, les projets, programmes ou mesures de prévention. Ces informations sont analysées enquête par enquête et des analyses d'évolution de ces paramètres dans le temps sont également réalisées.

Ce cadre conceptuel permet de relier les différents paramètres entre eux et de nous situer sur les relations entre la santé, le bien-être et les facteurs individuels, socio-économiques et d'environnement.

La brochure que vous tenez entre les mains s'adresse à un vaste public : enseignants, parents, décideurs politiques, membres des centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) et des équipes des services de Promotion Santé à l'Ecole (PSE, ancienne IMS) ainsi qu'aux professionnels de la santé, à ceux de l'éducation, de l'emploi, des loisirs et des sports, de l'environnement et finalement, aussi aux jeunes eux-mêmes...

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude, adapté de Green et Kreuter (1999).



D. Piette ULB-PROMES

Précisons que cette brochure n'a pas la prétention de fournir une vision exhaustive sur l'état de santé et du bien-être des jeunes. Ceci dépasserait le cadre de cet ouvrage. Le lecteur trouvera dans les documents cités en référence d'autres regards, dont ceux qu'ont posés les scientifiques d'ULB-PROMES lors d'études qualitatives préliminaires. D'autres publications ainsi que des fiches de synthèse «SANOMETRE» sont en préparation.

Pour faciliter l'utilisation des données, des changements ont été apportés à cette brochure par rapport à la précédente (Piette et al., 1997). En particulier, nous avons ajouté la description des situations dans les classes, telles qu'elles ont été observées, sans standardisation mais après stratification pour le sexe, le niveau et le type d'étude. Dans le même ordre d'idée, après la synthèse d'une partie des données, le lecteur trouvera des pistes de réflexion pour l'action.

Chacun des chapitres, tout comme la brochure dans son entièreté, peut faire l'objet d'un débat sur les implications des données pour les interventions et les politiques, tant au niveau de l'école, des services de Promotion Santé à l'Ecole (PSE) et des centres Psycho-Médicaux Sociaux (PMS) que de la Commune, des Réseaux d'enseignement, des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS), de la Province ou de la Région et de la Communauté française, et même de la Belgique puisque l'Université de Gand conduit les mêmes enquêtes en Communauté flamande sous la responsabilité du professeur Lea Maes.

Il est utile de savoir qu'en 2002, la taille des échantillons a été augmentée afin de permettre des comparaisons entre les Provinces. Ce rapport paraîtra en 2004. Suivront toute une série de publications, de l'alimentation à la santé mentale, en passant par les consommations de produits psychotropes ou encore le bien-être, l'école et la carrière scolaire. Certains thèmes ont déjà fait l'objet d'analyses plus détaillées (Coppieters 2002, Kohn 2001, Levêque 2001, Humblet 1991). Pour d'autres références, il est possible de consulter le site d'ULB-PROMES : [www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes) ou celui de l'étude internationale d'HBSC : [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).

## 2. MÉTHODOLOGIE ET ÉCHANTILLON

L'étude est basée sur le protocole international de la recherche «Health Behaviour of School-aged Children» (HBSC), protocole considérablement développé par ULB-PROMES au cours des années. Citons par exemple l'ajout dès 1988 (une année sans enquête internationale obligatoire) de questions sur les drogues illicites, les relations sexuelles et affectives, la transmission du VIH et la carrière scolaire.

La méthodologie utilisée en Communauté française de Belgique a déjà été présentée avec plus de détails précédemment (Piette et al., 1993, Piette et al., 1997) et peut être résumée comme suit :

- l'enquête est réalisée tous les 2 ou 4 ans dans un échantillon aléatoire stratifié représentatif des Provinces, du réseau et du type d'enseignement des jeunes scolarisés de la Communauté française, de la cinquième primaire à la quatrième secondaire (1986) et ultérieurement étendu jusqu'à la sixième secondaire (enseignement de plein exercice, à l'exception de l'enseignement spécial) ;
- les collectes de données se sont effectuées en mai et juin 1986 puis en février et mars 88, 90, 92, 94, 98 et 2002 ;
- le questionnaire est auto-administré dans les classes, sous surveillance selon une procédure standardisée qui assure la confidentialité des données ;
- la validation du questionnaire est assurée au niveau international et au niveau de la Communauté française ;

Plusieurs versions du questionnaire ont été élaborées lors de chaque enquête. C'est ainsi que les questions sur les relations sexuelles ou les drogues illicites n'ont pas été posées aux classes primaires. Ceci explique

en partie la diversité des tailles de sous-échantillons étudiés. Il faut également savoir que les questions relatives aux relations sexuelles n'ont pas été posées aux jeunes fréquentant les établissements du Réseau d'Enseignement Catholique.

L'ensemble des enquêtes représente un échantillon de 57.675 élèves avec une répartition des filles par rapport aux garçons de 1,09.

La répartition par âge est présentée dans le tableau I.

Les tailles différentes d'échantillon s'expliquent par le fait qu'en 1986, seuls les questionnaires des jeunes âgés exactement de 11, 13 et 15 ans ont été encodés, ces groupes d'âge correspondant aux recommandations du protocole international. Pour les enquêtes nationales, nous avons décidé de ne réaliser l'enquête que dans l'enseignement secondaire (1988, 1992). À partir de 1990, la collecte des données a concerné les élèves de la cinquième primaire à la sixième secondaire et tous les questionnaires des jeunes interrogés ont été encodés, quel que soit leur âge. Depuis 1994, les échantillons ont été augmentés pour répondre aux exigences du protocole international.

Pour plus d'informations sur la méthodologie, le lecteur peut consulter le protocole international sur le site <http://www.hbsc.org/> ainsi que le rapport international 2002 (dont la publication est prévue pour 2004) et le rapport scientifique 2002 de l'étude la Communauté française (prévu pour 2004 sur le site [www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)).

## 3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Six thèmes de cette étude sont présentés dans les premiers chapitres de cette brochure :

1. Bien-être et perception de la santé
2. Nutrition et sédentarité
3. Conduites à risque
4. Vie affective et sexuelle et prévention du sida
5. Vivre à l'école
6. Accidents, violences et traumatismes.

Ces différents thèmes sont abordés selon deux axes :

- les approches quantitatives et qualitatives par la présentation et la discussion de résultats des enquêtes successives ;
- une comparaison avec d'autres études de santé et de bien-être, en Belgique et ailleurs, avec quelques pistes de réflexion pour les interventions et les politiques.

Pour chaque variable ou groupe de variables, les résultats sont présentés sous forme :

- de l'évolution dans le temps : données de 1986 à 2002 concernant les jeunes du secondaire avec l'association de prédicteurs tels que le sexe, l'âge et le type d'étude ;
- d'une photographie actuelle de la situation : données de 2002 par sexe, niveau d'étude et type d'enseignement.

Par manque de place, cette présentation n'est pas systématique. Il est possible de lire les résultats d'une variable présentée seulement pour son évolution dans le temps ou, à l'inverse, seulement pour sa «photographie actuelle».

Vous trouverez ci-dessous une brève explication du type de données présentées.

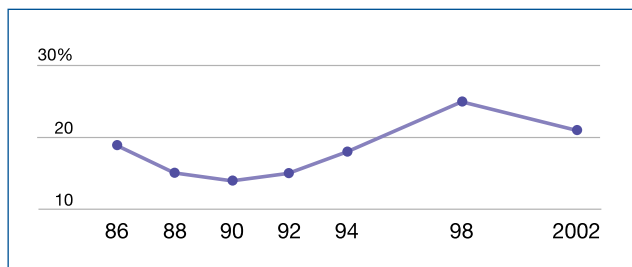
Tableau I : échantillon de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» par année d'enquête et par âge.

âge	1986	1988	1990	1992	1994	1998	2002	TOTAL
10 ou moins			383		1 313	751	817	3 264
11 ans	1256		556		1 977	1 217	1 795	6 801
12 ans		176	527	250	1 864	1 485	1 739	6 041
13 ans	1213	309	483	481	1 670	1 778	1 736	7 670
14 ans		370	382	555	1 718	1 896	1 738	6 659
15 ans	1124	385	494	666	1 676	1 729	1 639	7 713
16 ans		381	559	545	1 670	1 453	1 511	6 119
17 ans		365	531	582	1 559	1 300	1 504	5 841
18 ans		260	348	400	1 006	811	1 065	3 890
19 ou plus		236	386	390	894	567	1 204	3 677
<b>TOTAL</b>	<b>3 593</b>	<b>2 482</b>	<b>4 649</b>	<b>3 869</b>	<b>15 347</b>	<b>12 987</b>	<b>14 748</b>	<b>57 675</b>

### L'évolution dans le temps

#### Exemple

Graphique 3/2 : Proportions standardisées pour le sexe, l'âge et le niveau d'étude en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **fument du tabac au moins une fois par semaine**, par année d'enquête.



#### Lecture

La lecture de ce graphique permet d'observer pour chaque année d'enquête :

- la proportion standardisée du nombre de fumeurs. Dans ce cas-ci, la prévalence de fumeurs actuels, âges et sexes confondus (mais ajustés pour l'âge, le sexe, et le type d'enseignement) s'étend de 14% en 1990 à 25% en 1998 et à 21% en 2002. Il s'agit des jeunes qui fument régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine la cigarette, le cigare ou la pipe.
- les tendances (ascendante, descendante ou stable) au cours du temps. Dans ce cas-ci, la courbe de l'évolution dans le temps est ascendante entre 1990 et 1998. On observe une diminution du nombre de fumeurs en 2002.

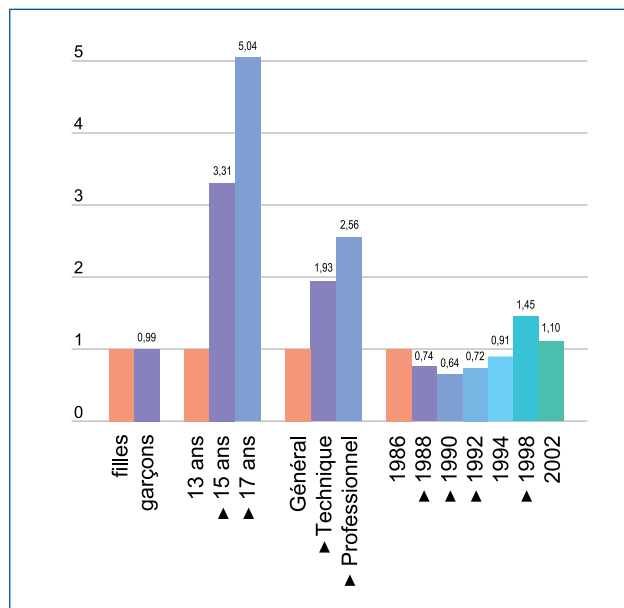
#### Concept statistique

- Les proportions standardisées : elles permettent de montrer l'évolution dans le temps d'un paramètre, par exemple le tabagisme, ajusté pour le sexe, le type d'enseignement et l'âge. Les proportions standardisées diffèrent donc légèrement des taux bruts, probablement plus fidèles à la réalité mais non comparables d'une année à l'autre. Tous les pourcentages de cette brochure sont donc ajustés pour les paramètres suivants : sexe, âge et type d'enseignement (à l'exception des pourcentages dans les «photographies actuelles»).

### L'analyse multivariée

#### Exemple

Graphique 3/5 : Association entre le fait de **fumer du tabac au moins une fois par semaine** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (odds ratio «OR» ou rapport de cotes «RC»).



#### Lecture

La lecture de ce graphique permet d'observer, pour l'ensemble des échantillons, quels sont, parmi les paramètres choisis, ceux qui sont associés à la variable étudiée.

Le triangle noir (▲), en regard des paramètres, permet d'indiquer une association statistiquement significative avec la variable étudiée (seuil de  $p < 0,05$ ).

Dans notre exemple, lorsque l'on recherche certaines caractéristiques individuelles liées à la consommation de tabac, on observe que :

- Le risque d'être fumeur hebdomadaire est équivalent pour les garçons et les filles.
- Ce comportement progresse de façon considérable de 13 à 17 ans.
- La différence entre types d'enseignement est très marquée pour le tabagisme. C'est dans l'enseignement général que le risque d'être un fumeur régulier est le plus faible par rapport aux élèves de l'enseignement technique et de l'enseignement professionnel.

— Il existe des différences en fonction des années d'enquête. Toutefois, on note que les valeurs des années 1986, 1994 et 2002 sont comparables.

**Concepts statistiques**

Le rapport de cotes (odds ratio) obtenu par la régression logistique, permet de mesurer, par rapport à une catégorie de référence, la force de l'association pour chacun des paramètres présentés, après ajustement pour les autres facteurs retenus. Dans cette brochure, les catégories de référence sont :

- les filles (variable sexe),
- le groupe des jeunes de 13 ans (variable âge),
- les élèves de l'enseignement général (variable type d'enseignement),
- l'année 1986 (variable année d'enquête).

Dans l'exemple du graphique 2, pour le déterminant âge, par rapport au groupe de référence des jeunes de 13 ans, les jeunes des 15 ans ont 3,31 fois plus de risque d'être fumeur et pour les jeunes de 17 ans, toujours par rapport à ceux de 13 ans, ce risque s'élève à 5,04 et ce, après ajustement pour tous les autres paramètres cités.

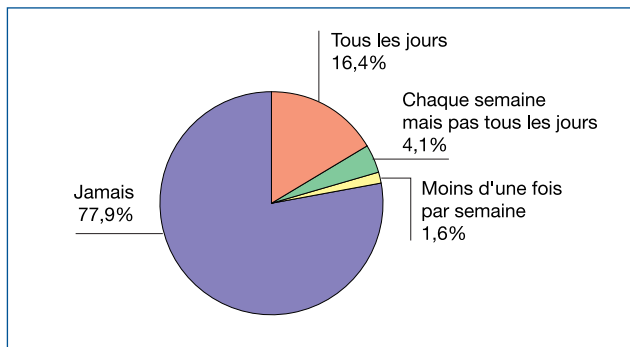
Si la valeur est inférieure à «1», c'est que le risque est plus faible dans ce groupe que dans le groupe de référence.

Ce qui précède est relativement simplifié car «l'odds ratio» ne se rapproche ici du risque relatif que lorsque l'occurrence (le pourcentage) du phénomène étudié est faible. Que les statisticiens et épidémiologistes nous excusent.

**Graphique de distribution**

**Exemple**

Graphique 3/7 : Répartition en % des élèves de 13, 15 et 17 ans en fonction de leur statut tabagique en 2002.



**Lecture**

La lecture de ce graphique permet d'observer :

- la distribution des répondants par catégories de réponses de la variable. Dans cet exemple, 18,5% des jeunes fument la cigarette, le cigare ou la pipe au moins une fois par semaine dont 16,4% sont des fumeurs journaliers et 4,1% des fumeurs hebdomadaires.

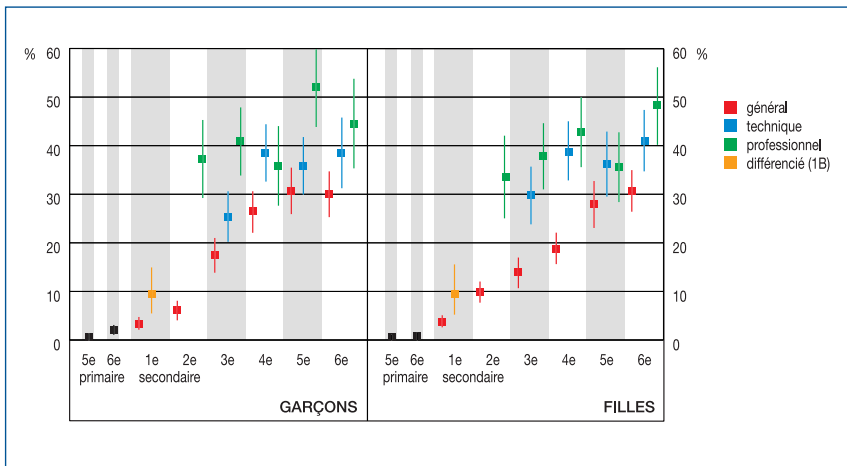
**Concept statistique**

- Statistique descriptive : la description des données étudiées se fait à travers leur présentation graphique (la plus synthétique possible) et le calcul de résumés numériques.

**Stratification par sexe, classes et type d'enseignement**

**Exemple**

Graphique 3/9 : Pourcentage des élèves fumeurs hebdomadaires par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.



**Lecture**

La lecture de ce graphique permet d'observer une répartition par sexe, type d'enseignement et classe de la prévalence du phénomène étudié. Dans ce cas-ci, on observe une augmentation de la proportion de fumeurs réguliers accompagnant le parcours d'un degré d'enseignement à l'autre. Ceci n'est pas très surprenant car on sait que l'âge est un prédicteur important du tabagisme. Ce comportement est similaire entre les sexes à chaque degré et pour les trois filières d'enseignement. Par contre, il est beaucoup plus fréquent dans les enseignements techniques et professionnels, avec une prévalence supérieure à 40% dans les classes de 5ème et 6ème année secondaire.

Ces proportions ne sont pas standardisées : elles reflètent la situation telle qu'elle est observée dans les classes. Ce sont les «photographies actuelles». Une partie de l'excès de fumeurs observé dans l'enseignement professionnel par rapport à l'enseignement général peut être expliqué par le fait qu'à niveau équivalent les élèves sont plus âgés dans cette première filière et que l'âge influence le pourcentage de fumeurs. Pour chaque proportion, nous présentons un intervalle de confiance (limites inférieure et supérieure) par un trait vertical.

**Concepts statistiques**

- Stratification : permet une analyse des comportements au travers de sous-groupes au sein de l'échantillon.
- Intervalles de confiance (IC) à 95% : permet de dire que l'on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en affirmant que la proportion du comportement étudié dans la population (et non dans l'échantillon) se retrouve entre les bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance issu de la proportion observée dans l'échantillon d'élèves qui ont rempli le questionnaire.

Autrement dit, cet intervalle de confiance signifie qu'on a moins de cinq chances de se tromper en affirmant que les résultats de l'ensemble des classes se trouvent dans les limites définies par les valeurs inférieures et supérieures.

## ► **L'étude «prévention de l'asthme professionnel chez les jeunes»**

**Pages 90 à 95.**

Cette étude présente l'évolution dans le temps de la prise de conscience du risque professionnel de l'asthme et l'évolution de cette perception entre leur dernière année d'étude et les deux premières années dans le milieu de travail. L'étude a été menée de 2000 en 2003 auprès de groupes de jeunes, certains connus pour être à risque d'asthme professionnel et d'autres pour en être relativement protégés. L'étude quantitative a été précédée par une étude qualitative par groupe d'entretiens semi-dirigés (Coppieters 2001). Cette étude fait partie d'un ensemble de travaux sur l'asthme, coordonnés par l'Université Catholique de Leuven et financés par le Service du Premier Ministre des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles (SSTC).

## ► **L'étude des jeunes en décrochage scolaire**

**Pages 96 à 103.**

ULB-PROMES a mené en 1999-2000 une étude qualitative suivie d'une étude quantitative sur la santé des jeunes en décrochage scolaire adoptant autant que possible le protocole «Santé et bien-être des jeunes» (Favresse et al., 2000). Le fichier des données quantitatives concerne 566 jeunes de 15 à 20 ans en décrochage scolaire ou en stage de réinsertion. Cette enquête a été financée par la Communauté française.



## [ Première partie

# “ Santé et bien-être des jeunes ”

- ▶ *Évolution de 1986 à 2002 dans le secondaire*
- ▶ *Photographie actuelle de la 5ème primaire à la 6ème secondaire*





## [ Chapitre Un ]

# Bien-être et perception de la santé

### INTRODUCTION

Ce chapitre aborde d'un regard large la définition de la santé des jeunes. Il y a déjà plus de 50 ans que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme un «état de complet bien-être physique, mental et social», donc un état positif associé à l'épanouissement de soi et à la qualité de vie.

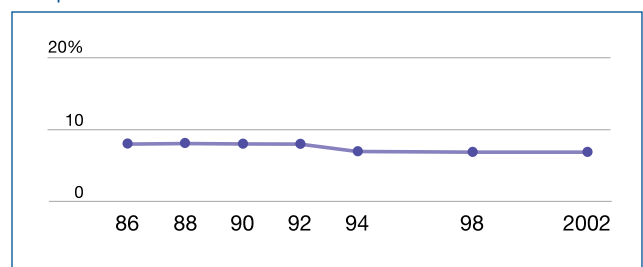
C'est pourquoi nous allons nous pencher ici sur la perception qu'ont les jeunes de leur santé mais aussi sur leur sentiment de satisfaction ou «d'être heureux» et sur leur estime d'eux-mêmes. Suivront des informations sur les plaintes subjectives de santé, indicateurs indirects du bien-être, et enfin sur la consommation de médicaments.

## La perception de la santé

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

La perception de la santé est une information facile à recueillir. Dans une enquête telle que la nôtre, la question est : «En général, que penses-tu de ta santé ?». La réponse résume le sentiment de vitalité ou d'état fonctionnel qu'une personne se reconnaît dans l'environnement qui est le sien. Cette question propose trois modalités de réponse : elle est très bonne, elle est assez bonne et elle n'est pas très bonne. Cette formulation a été la même pour toutes les enquêtes HBSC et ceci facilite la comparaison entre les différentes années d'enquête.

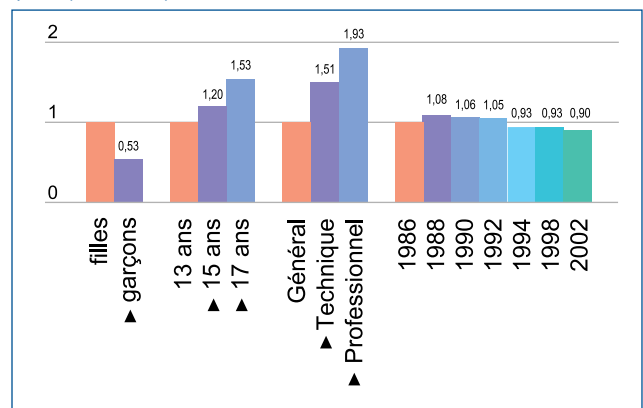
Graphique 1/1 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent avoir une **santé «pas très bonne»**, par année d'enquête.



Le graphique 1 montre que dans l'ensemble, la proportion de jeunes qui se perçoivent en «pas très bonne santé» est stable (7 ou 8%) en fonction des années.

On peut aussi dire que le pourcentage des jeunes déclarant être en bonne ou très bonne santé est de 92 ou 93% depuis 1986.

Graphique 1/2 : Association entre le fait de **ne pas se sentir en (très) bonne santé** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Si on analyse les caractéristiques des jeunes déclarant ne pas se percevoir en (très) bonne santé, on observe que pour l'ensemble des enquêtes, ce sentiment est plus fréquent :

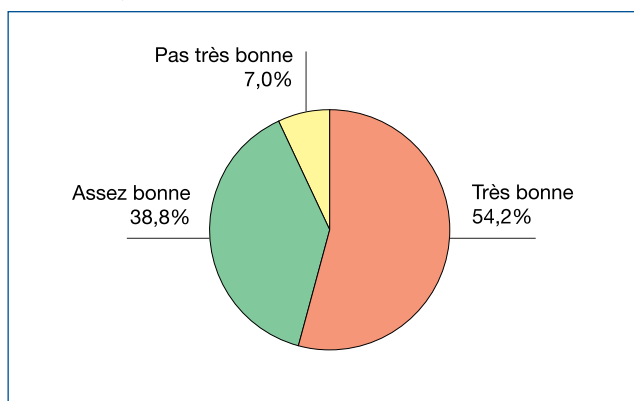
- chez les filles que chez les garçons ;
- chez les élèves plus âgés que chez les jeunes ;
- et enfin chez les jeunes de l'enseignement professionnel et technique que chez les jeunes de l'enseignement général.

Les pourcentages restent stables au cours des années.

Rappelons-nous qu'un triangle noir indique une différence statistiquement significative (à un seuil de 5%).

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 1/3 : Répartition en % de la perception de la santé par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.

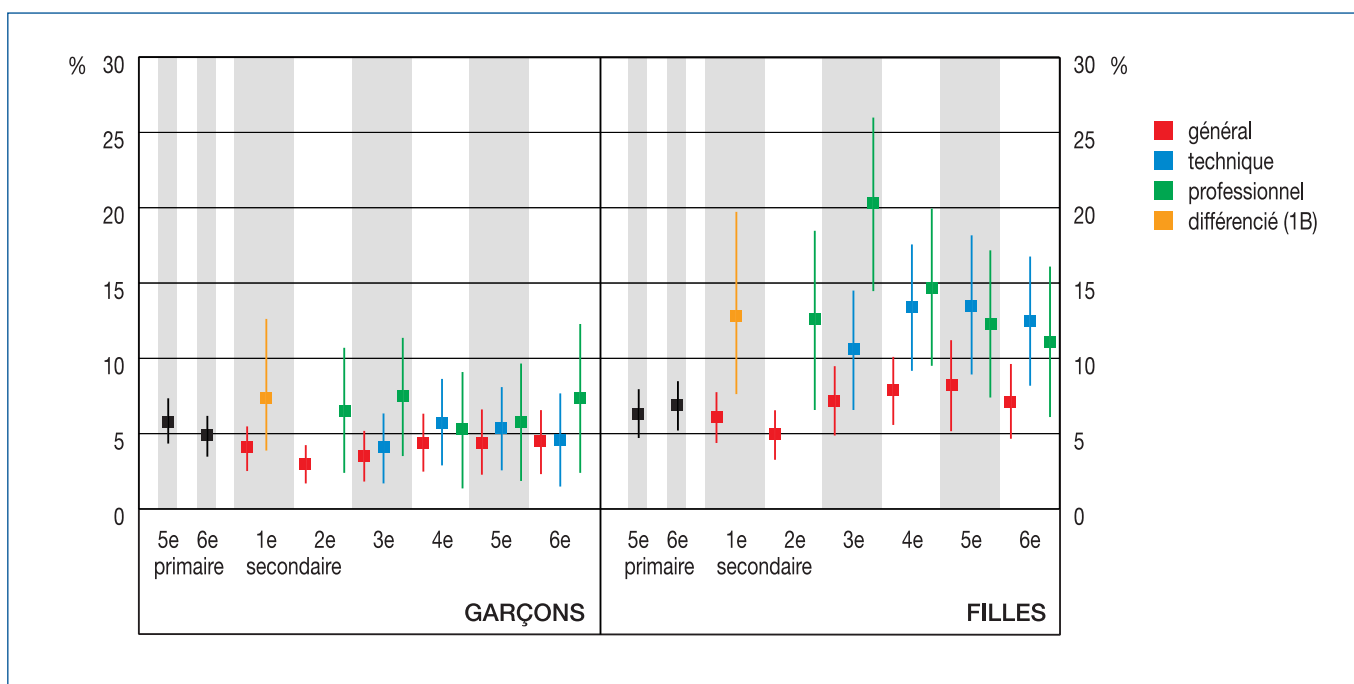


▲ Une très grande majorité des jeunes (93%) évalue son état de santé comme assez bon ou très bon. Si on étudie plus spécifiquement la perception d'être en (très) bonne santé, les filles se déclarent moins fréquemment en (très) bonne santé (91%) par rapport aux garçons (95%). Ces derniers résultats ne sont pas présentés dans ce graphique.

Ces pourcentages sont semblables à ceux de l'enquête de santé par interview de 2001 qui relevait que 7% des personnes de 15-24 ans percevaient leur santé comme mauvaise à moyenne (ISSP, 2002).

Graphique 1/4 : Pourcentage de la perception par les élèves de la santé «pas très bonne», par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

▼ Le graphique 1/4 présente la distribution de la perception de sa santé «pas très bonne» en fonction du sexe, des niveaux et types d'enseignement. On observe une différence entre filles et garçons, principalement dans les types d'enseignement professionnel et technique.



- Les classes de garçons présentent en moyenne moins de 10% d'élèves qui ne se perçoivent pas en (très) bonne santé. En ce qui concerne les filles, la moyenne des classes de l'enseignement général est également en dessous de 10% mais cette moyenne se situe au-dessus de 10% dans l'enseignement technique et professionnel.
- On observe dans le secondaire, et plus particulièrement dans l'enseignement professionnel, un intervalle de confiance (barre verticale) plus étendu que pour l'enseignement général ou l'enseignement primaire. Cela est dû à la plus petite taille de l'échantillon.
- Dans l'interprétation de ces résultats, on ne doit pas perdre de vue que les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont généralement, à niveau équivalent, plus âgés que les jeunes de l'enseignement général.

Les questions soulevées par ce graphique sont nombreuses. Citons entre autres :

- pourquoi les jeunes filles du secondaire se sentent-elles en moins bonne santé que celles du primaire ?
- pourquoi trouve-t-on, toujours chez les filles, par rapport aux résultats de l'enseignement primaire, une plus grande différence entre le secondaire technique et professionnel, et le secondaire général ?

La réponse à ces questions et à des questions similaires sur le «pourquoi» des résultats mériterait une enquête qualitative approfondie sur les déterminants ou causes de la perception de la santé.

Au niveau de chaque établissement scolaire et/ou de chaque équipe PSE ou PMS, il est possible d'utiliser chaque résultat qui soulève des questions comme point de départ d'une discussion dans la communauté éducative. Ce débat, auquel il est possible de faire participer les jeunes eux-mêmes ainsi que les parents, peut porter d'une part sur les raisons expliquant une telle situation et d'autre part sur ce qu'il est possible de faire pour améliorer cette situation dans un contexte spécifique.

Certains intervenants de terrain estiment que les données dont ils disposent ne peuvent être utilisées parce qu'elles ne reflètent pas les réalités de la population avec laquelle ils travaillent.

On pourrait alors se demander s'il est nécessaire de refaire une enquête dans une école pour savoir si les jeunes d'une classe particulière, par exemple les garçons et les filles de 5ème professionnelle, se situent au-dessus ou en dessous des pourcentages présentés dans ce tableau, respectivement 6% pour les garçons et 12% pour les filles.

La proposition qui est faite ici est la suivante : en général, il n'est pas nécessaire de refaire une enquête. En effet, la décision de réaliser un programme, d'offrir de nouveaux services ou de développer des politiques ne sera pas influencée par le fait que 14 ou 10% des jeunes filles déclarent ne pas être en (très) bonne santé. Cette différence de quelques pour cent ne modifiera pas les décisions de politique locale.

Par contre, comme mentionné ci-dessus, ce qu'il est intéressant de faire, c'est de comprendre par exemple, pourquoi la situation est plus mauvaise dans certains types d'enseignement que dans d'autres ou pourquoi il y a un changement brutal entre les classes primaires et les secondaires ou encore pourquoi on observe cette différence entre les filles et les garçons et comment remédier aux situations les moins favorables.

Rappelons que dans les photographies actuelles présentant la distribution par sexe, par niveau et par type d'enseignement, la barre verticale indique l'intervalle de confiance à 95%. Cela permet de dire que si on reconduit la même enquête dans la même population, on a 95% de chance de trouver un résultat qui soit situé dans l'intervalle de confiance présenté dans les photographies actuelles.

Ces résultats sont donc une photographie très utile mais dont l'interprétation est loin d'être finie. Au sein des établissements scolaires, c'est sur une compréhension de la «photographie» (le «pourquoi») qu'il conviendrait d'insister plutôt que sur la réalisation d'une photographie quasiment identique qui n'informerait pas davantage ceux qui voudraient améliorer la situation.

## La perception de la santé

### RÉSUMÉ

Dans l'enquête HBSC de 2002, une majorité de jeunes (93%) évalue son état de santé comme bon ou très bon. La perception de leur santé varie chez les jeunes en fonction de différents paramètres. Les filles sont plus nombreuses à se percevoir en moins bonne santé que les garçons, et cette tendance s'affirme avec l'âge. De même, ce sont les élèves de l'enseignement professionnel et technique qui se perçoivent le plus souvent en moins bonne santé.

Aucune différence significative dans l'évolution de la perception de la santé des jeunes et de ses déterminants n'est apparue au cours du temps entre 1986 et 2002.

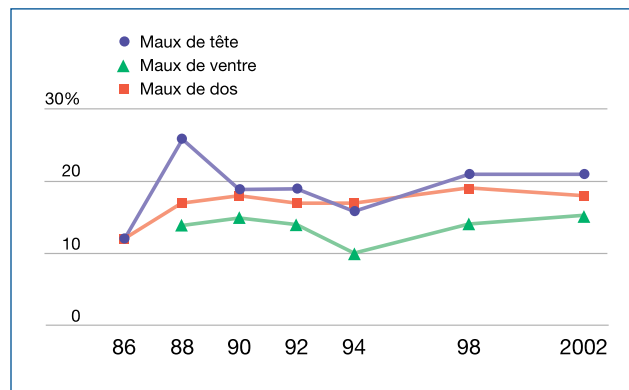
## Les plaintes subjectives

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

L'analyse de plaintes des jeunes permet d'étudier la morbidité que nous qualifions de «subjective», c'est-à-dire les problèmes de santé ressentis ou perçus par les jeunes.

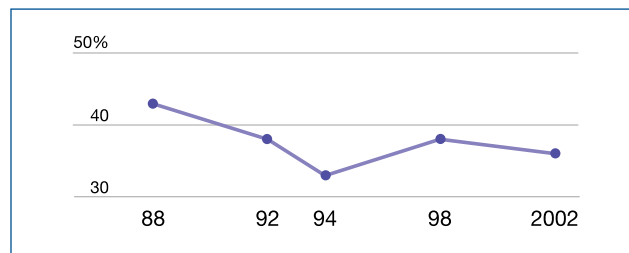
Deux questions ont permis d'aborder les plaintes subjectives : une première question porte sur l'apparition au moins une fois par semaine, pendant les 6 derniers mois, de problèmes de santé de type maux de tête, ventre ou dos d'une part et des problèmes de santé de type «déprime», agressivité et nervosité d'autre part. La deuxième question posée concerne le sentiment de fatigue lorsque le jeune se lève le matin pour aller à l'école.

Graphique 1/5 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent avoir souffert plusieurs fois par semaine pendant les 6 derniers mois, de maux de tête, de ventre ou de dos, par année d'enquête.



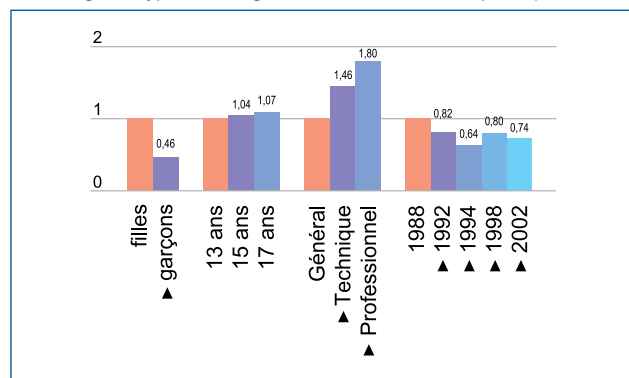
En 2002, les proportions standardisées de jeunes déclarant avoir souffert plusieurs fois par semaine au cours des 6 derniers mois, de maux de tête, maux de dos ou maux de ventre sont respectivement de 21%, 18% et 15%.

Graphique 1/6 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent avoir souffert plusieurs fois par semaine pendant les 6 derniers mois, d'au moins une plainte (maux de tête et/ou de ventre et/ou de dos), par année d'enquête.



Si on étudie ensemble ces plaintes, on observe qu'en 2002, plus de 35% des jeunes ont présenté au moins un de ces maux, plusieurs fois par semaine, durant les 6 derniers mois.

Graphique 1/7 : Association entre le fait de déclarer avoir souffert plusieurs fois par semaine durant les 6 mois précédant l'enquête d'au moins une plainte (maux de tête et/ou de ventre et/ou de dos) et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Dans l'analyse des associations, c'est dans l'enseignement technique et professionnel que les jeunes sont plus nombreux à se plaindre de problèmes de maux de tête, de ventre ou de dos.

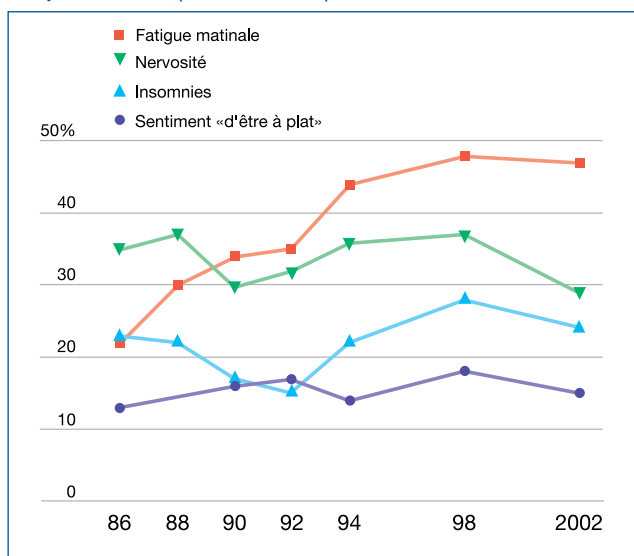
De même, on observe que les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer ces plaintes dont certaines sont probablement liées à des problèmes d'ordre gynécologique.

Par contre, on observe que l'âge n'intervient pas comme prédicteur de ces plaintes.

Le nombre de jeunes souffrant de maux de tête et/ou de ventre et/ou de dos est en diminution depuis 1988. Cette diminution est statistiquement significative.

Les jeunes de l'enseignement professionnel, plus susceptibles d'effectuer des travaux lourds, sont plus nombreux que les autres à déclarer souffrir de maux de dos et de cela, avant l'entrée dans le monde du travail (résultats non représentés).

Graphique 1/8 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent **avoir souffert de nervosité, d'insomnies et de sentiment «d'être à plat» plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête et de **fatigue matinale au moins une fois par semaine**, par année d'enquête.

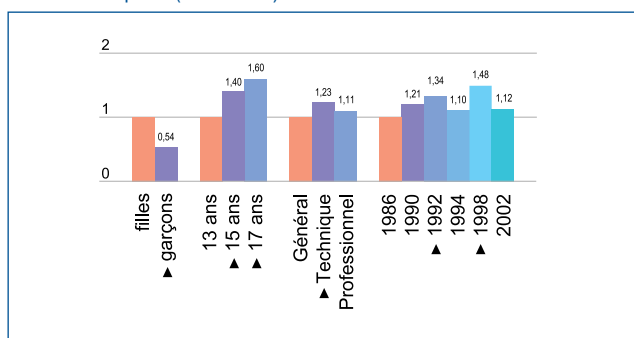


Les jeunes déclarant en 2002 souffrir souvent de fatigue matinale les jours d'école, de nervosité, d'insomnies ou de sentiment «d'être à plat» sont respectivement de 47%, 29%, 24% et 15%.

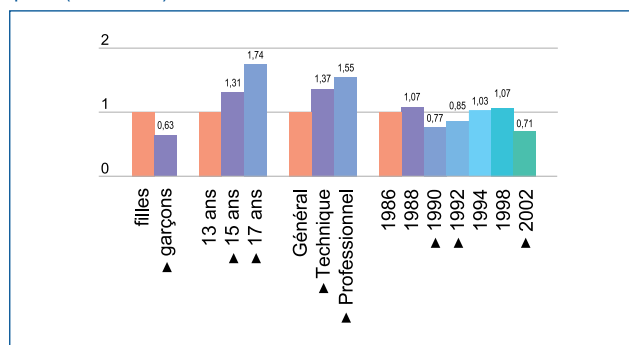
Le pourcentage de jeunes se sentant fatigués les jours d'école présente une courbe ascendante dans le temps et ont plus que doublé entre 1986 (22%) et 2002 (47%).

Les autres plaintes ne présentent pas de tendance aussi nette au cours du temps à l'exception peut-être du sentiment d'être déprimé, plus élevé lors de chaque enquête que la valeur observée en 1986.

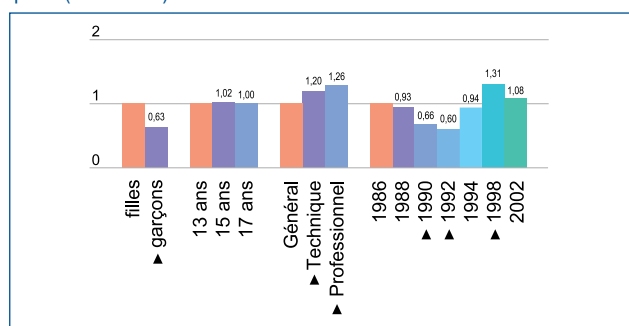
Graphique 1/9 : Association entre le fait de déclarer **avoir souffert plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête de **sentiment «d'être à plat»** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



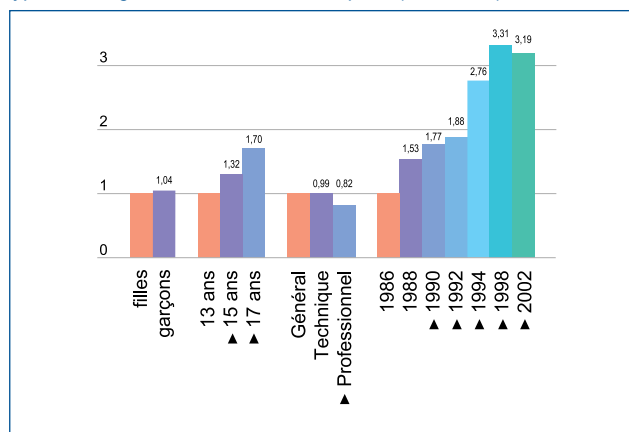
Graphique 1/10 : Association entre le fait de déclarer **avoir souffert plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête de **nervosité** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 1/11 : Association entre le fait de déclarer **avoir souffert plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête de **insomnies** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 1/12 : Association entre le fait de déclarer **avoir souffert au moins une fois par semaine de fatigue matinale** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ Graphiques 1/9 à 1/12.

L'analyse multivariée de ces plaintes montre que les filles déclarent plus fréquemment que les garçons des plaintes de nervosité, d'insomnies et sentiment «d'être à plat». Par contre, il n'y a pas de différence entre les sexes en ce qui concerne la fatigue matinale les jours d'école.

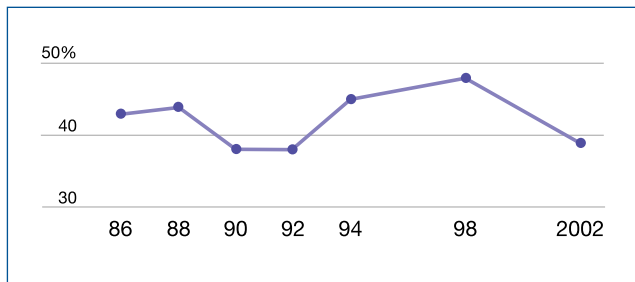
Les élèves de 15 et 17 ans sont plus nombreux que les plus jeunes à déclarer un sentiment de nervosité, d'état déprimé ou de fatigue matinale.

On observe un gradient en défaveur des jeunes des types d'enseignement professionnel et technique qui déclarent plus souvent que les autres des plaintes de nervosité, de se sentir «à plat» et d'insomnie.

Concernant la fatigue matinale, c'est dans l'enseignement général que cette plainte est la plus fréquente.

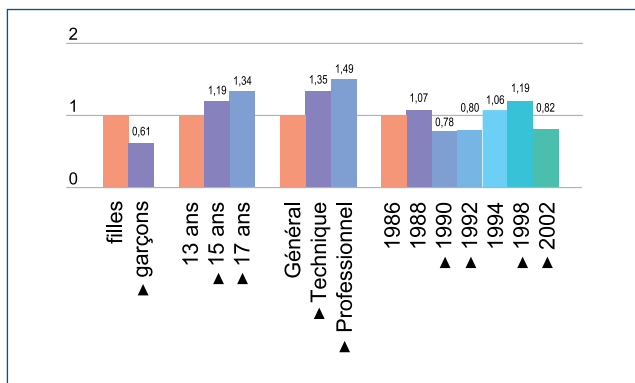
Quant à l'évolution au cours du temps, après ajustement pour les autres paramètres, on observe un gradient clair concernant la fatigue matinale.

Graphique 1/13 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans déclarant **avoir souffert plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête, **de nervosité et/ou d'insomnie**, par année d'enquête.



De la même façon que l'on avait regroupé les plaintes de type physique, on a regroupé ici les plaintes d'insomnie et de nervosité. Ainsi on décrit un état de stress des jeunes dont l'évolution, difficile à commenter, présente un effet de « vague » au cours du temps.

Graphique 1/14 : Association entre le fait de déclarer **avoir souffert plusieurs fois par semaine** au cours des 6 mois précédant l'enquête **de nervosité et/ou d'insomnie** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Comme pour les plaintes de type somatique, l'état de stress est plus fréquent chez les filles.

Le stress augmente avec l'âge.

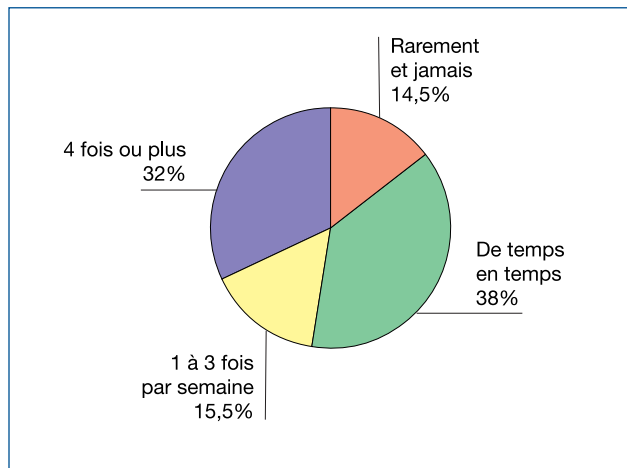
C'est aussi parmi les élèves des filières d'enseignement technique et professionnel que ce stress est le plus fréquemment observé.

L'effet de « vague » au cours du temps est clairement observable, avec des valeurs pour 1990, 1992 et 2002 plus basses qu'en 1986 alors que la valeur de 1998 est supérieure.

## Les jeunes et le sentiment de fatigue matinale

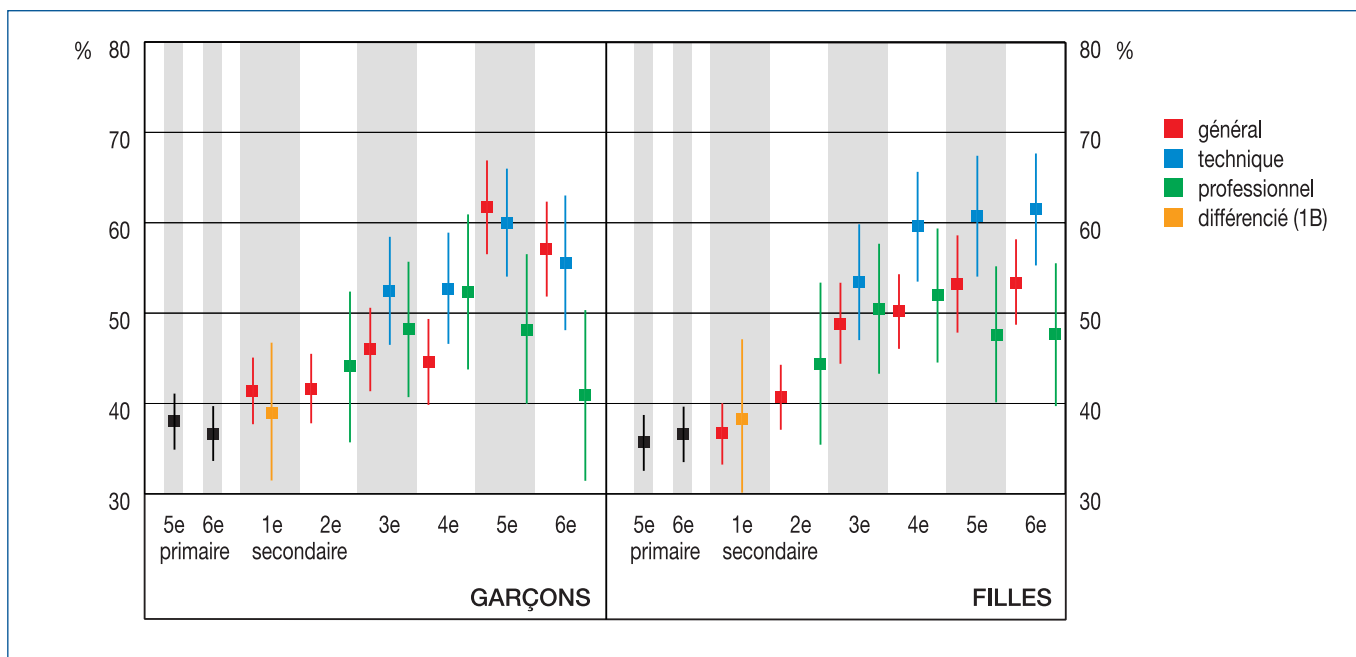
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 1/15 : Répartition en % de la **fatigue matinale des jours d'école**, par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.



La question « te sens-tu fatigué quand tu te lèves le matin pour aller à l'école ? » rentre dans le champ de l'analyse des plaintes somatiques permettant de se renseigner sur la santé perçue d'un individu. Cette question est également utilisée pour mesurer un volet de la pré-dépression dans la période de l'adolescence.

Parmi les jeunes de 13, 15 et 17 ans, 32% ressentent le sentiment de fatigue matinale de manière très régulière, c'est-à-dire au moins quatre fois par semaine. Par contre, ils ne sont que 14,5% à ne jamais se sentir fatigués les jours d'école.



▲ Graphique 1/16 : Pourcentage de la perception par les élèves de la fatigue matinale au moins une fois par semaine, par sexe, classe et filière d'enseignement en 2002.

Lorsqu'on étudie le sentiment de fatigue en fonction du sexe, des classes et du type d'enseignement, deux points apparaissent :

- il y a une augmentation progressive de cette plainte du primaire vers les classes supérieures, et cela pour les deux sexes et les 3 types d'enseignement ;
- par rapport aux types d'enseignement, de façon globale, la prévalence de cette plainte subjective est plus élevée chez les jeunes de l'enseignement général (48%) et technique (52%) que chez les élèves de l'enseignement professionnel (43%).

## Les plaintes subjectives Le sentiment de fatigue matinale

### RÉSUMÉ

Dans l'enquête «Santé et bien-être des jeunes» de 2002, 36% des jeunes ont déclaré au cours des 6 derniers mois au moins une plainte en relation avec un état physique de type maux de tête, ventre ou dos. De même, 39% se plaignent de nervosité et/ou d'insomnie témoignant d'un état de stress.

Chez les jeunes, le sexe est un prédicteur des plaintes physiques et de celles relatives au stress, les filles se plaignant plus fréquemment que les garçons. L'âge n'intervient que pour certaines plaintes d'ordre plus psychique que l'on observe plus fréquemment chez les plus âgés. Pour la fatigue matinale, ce sont les jeunes de l'enseignement général qui s'en plaignent le plus contrairement à la plupart des autres plaintes que l'on observe plus fréquemment chez les élèves de l'enseignement professionnel ou technique.

Les individus caractérisés par un statut socio-économique défavorisé sont plus nombreux que les individus ayant plus de revenus et/ou d'années d'éducation réussies à se plaindre de leur état de santé (ISSP, 2002).

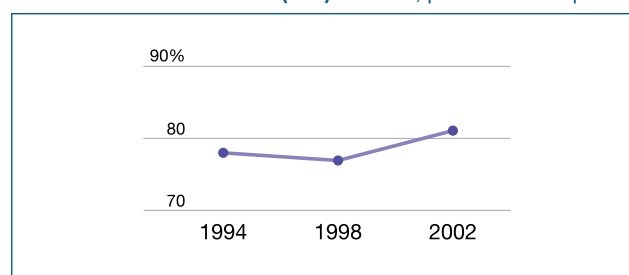
## Le sentiment de bonheur

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

Nous avons étudié précédemment la perception de la santé. Nous pouvons mieux documenter ce «bien-être» notamment par l'étude du «sentiment de bonheur» et par la suite, de la «confiance en soi» des adolescents.

À la question «en général, comment te sens-tu pour le moment ?», les jeunes choisissent une des quatre modalités de réponse : je me sens très heureux, heureux, pas très heureux ou pas heureux du tout.

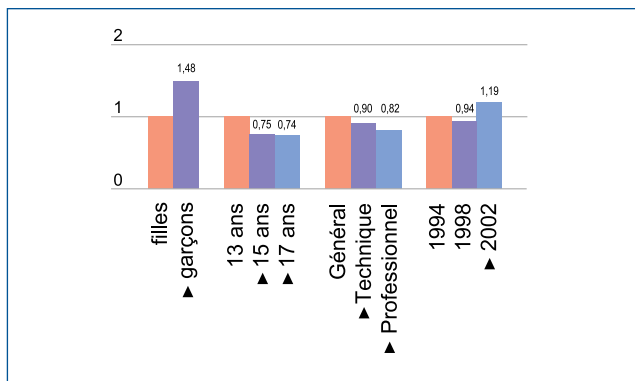
Graphique 1/17 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans déclarant se sentir (très) heureux, par année d'enquête.



▲ Cette question a été posée de la même manière dans trois enquêtes. En 2002, 81% des jeunes ont déclaré être en général heureux ou très heureux.

On observe une différence dans le nombre de jeunes qui disent «se percevoir en (très) bonne santé» (93%) en comparaison au «sentiment d'être (très) heureux» qui représente d'autres aspects dans la vie que simplement le sentiment de se percevoir en bonne santé.

Graphique 1/18 : Association entre le fait de déclarer **se sentir (très) heureux** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

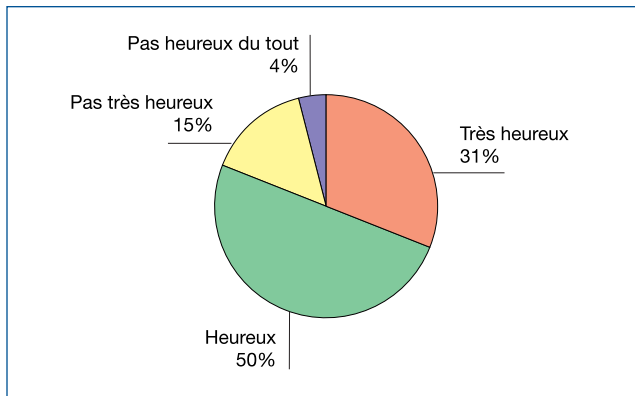


L'analyse de certaines caractéristiques de ce sentiment de bonheur montre que les garçons sont plus nombreux à se déclarer (très) heureux que les filles.

Ce sont parmi les plus jeunes de 13 ans et parmi les élèves du général que l'on observe le plus d'élèves se déclarant heureux ou très heureux. Le nombre de jeunes se déclarant heureux ou très heureux est significativement plus élevé en 2002 qu'en 1994.

**PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)**

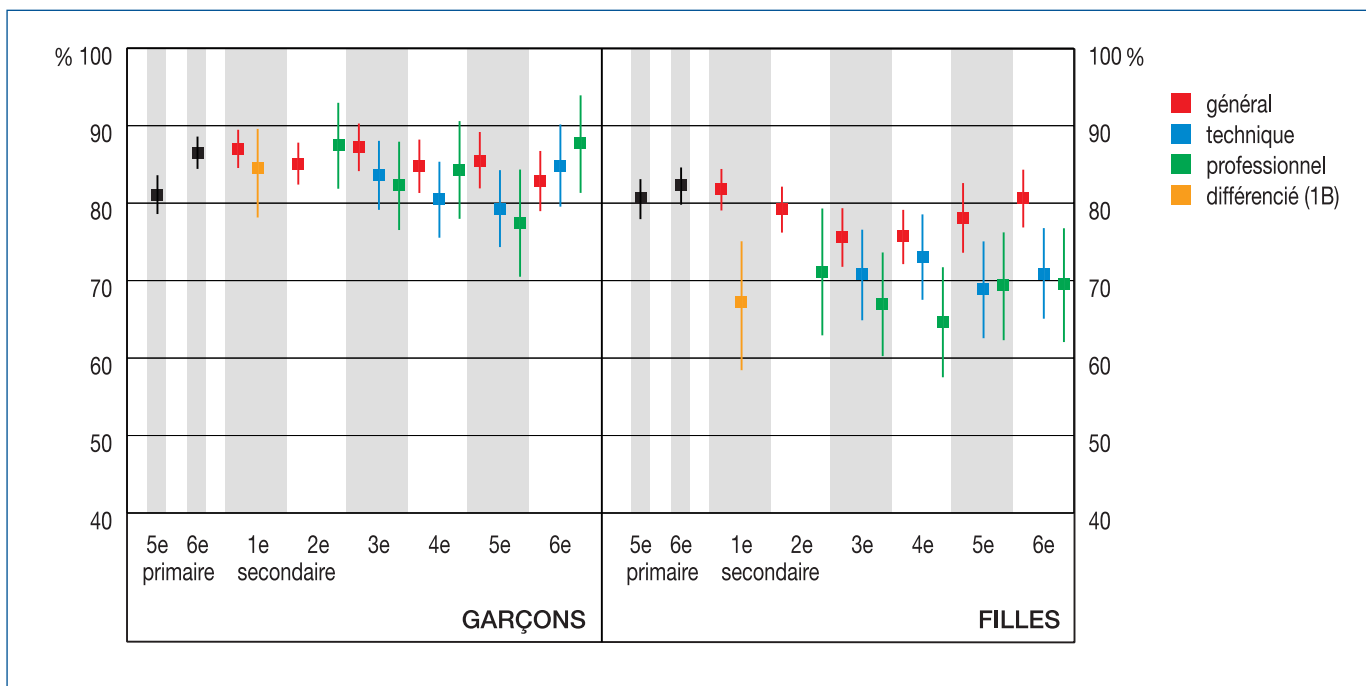
Graphique 1/19 : Répartition en % de la perception «être heureux», par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.



Une majorité de 81% de jeunes déclarent être heureux ou très heureux.

On observe une minorité de 4% ne se sentant pas heureux du tout et 15% des jeunes se déclarant «pas très heureux». Ces 19% sont une minorité inquiétante.

Si on étudie plus spécifiquement les résultats par sexe, on observe que les filles se déclarent moins fréquemment (très) heureuses que les garçons : respectivement 77 et 86% (résultats non représentés).



Graphique 1/20 : Pourcentage de la perception par les élèves d'être (très) heureux, par sexe, classes et filières d'enseignement en 2002.

La distribution du «sentiment de bonheur» en fonction du sexe, du type d'enseignement et du niveau de la classe permet d'observer :

- un sentiment de bonheur plus fréquent pour les garçons par rapport aux filles et ceci pour les trois types d'enseignement.
- une relative stabilité de ce sentiment chez les garçons au travers des différents niveaux d'enseignement. Quant aux filles, on remarque, surtout dans l'enseignement technique et professionnel, une différence entre les années primaires et secondaires.

## Le sentiment de bonheur

### RÉSUMÉ

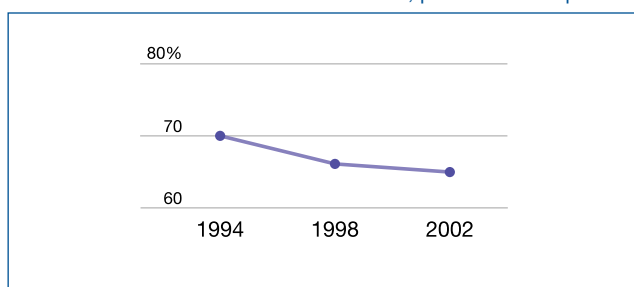
Dans la première partie de ce chapitre, nous constatons que la majorité des jeunes se perçoivent en bonne santé (93%) et ceci reste stable au cours des années. Si les jeunes eux-mêmes se perçoivent ainsi malgré un contexte souvent difficile, il pourrait sembler peu opportun de focaliser des actions de promotion de la santé sur cette population. Cependant, cette constatation est à mettre en relation avec un nombre de jeunes qui, même s'ils se perçoivent en bonne santé, déclarent de nombreuses plaintes et ne se définissent pas comme étant heureux. En effet, plus de 35% des jeunes présentent régulièrement au moins une plainte physique et près de 40% présentent un état de stress. Enfin, entre 15 et 20% des jeunes déclarent ne pas être (très) heureux. Tout se passe comme si, pour un groupe de jeunes se déclarant en (très) bonne santé, il était normal d'être fatigué, déprimé, nerveux ou de souffrir d'insomnies à l'adolescence.

## La Confiance en soi

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

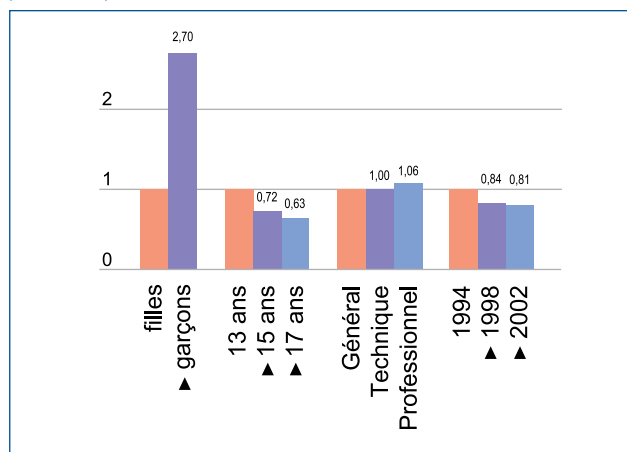
La confiance en soi est un déterminant qui fait intervenir des facteurs complexes du fonctionnement de l'être humain. Que ce soit face à l'influence des pairs, à la rivalité ou à la capacité à faire face à de nombreuses situations problématiques, de même qu'à la gestion de comportements à risque, ce paramètre intervient comme un déterminant fondamental des comportements individuels rencontrés chez les jeunes.

Graphique 1/21 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans déclarant **avoir confiance en eux**, par année d'enquête.



▲ L'évaluation de la confiance que les jeunes ont d'eux-mêmes diminue entre 1994 (70% des jeunes) et 2002 (65%), toutes choses étant égales par ailleurs (âge, sexe, type d'enseignement).

Graphique 1/22 : Association entre le fait de déclarer **avoir confiance en soi** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



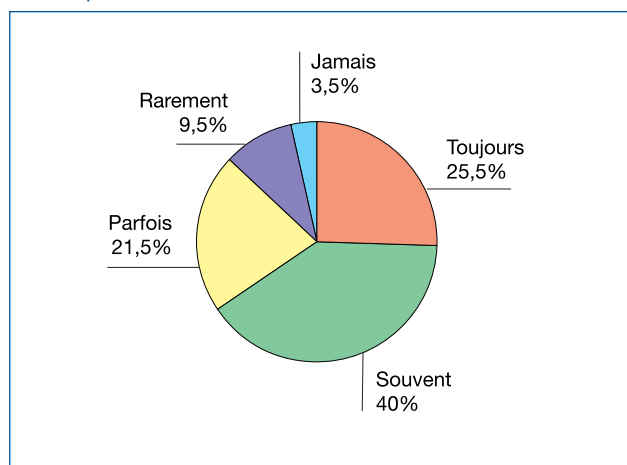
▲ L'analyse multivariée des déterminants choisis montre que les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à déclarer avoir confiance en eux. Ce sentiment positif diminue avec l'âge aussi bien chez les garçons que chez les filles. Les plus jeunes semblent «mieux dans leur peau» que leurs aînés.

La diminution au cours du temps du nombre de jeunes ayant confiance en eux est statistiquement significative.

On n'observe pas de différence entre les élèves des divers types d'enseignement.

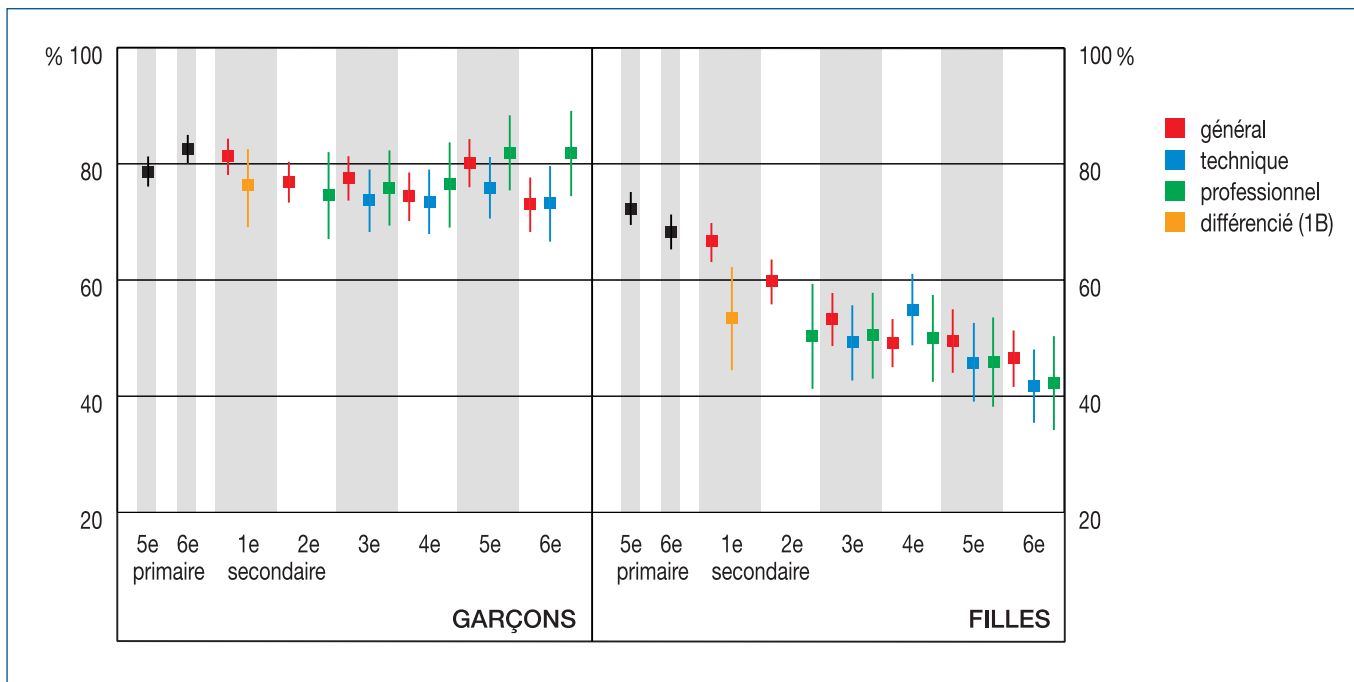
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 1/23 : Répartition en % de la **perception «avoir confiance en soi»**, par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.



▲ À la question «as-tu confiance en toi ?», 65% des jeunes de 13, 15 et 17 ans disent avoir souvent ou toujours confiance en eux. Parmi ceux-ci, 77% sont des garçons et 55% des filles (résultats non représentés).





▲ Graphique 1/24 : Pourcentage de la perception par les élèves d'avoir «**toujours ou souvent confiance en soi**», par sexe, classe et filière d'enseignement en 2002.

La distribution de cette variable en fonction du sexe, de la filière d'enseignement et du niveau de la classe permet d'observer :

- un sentiment de confiance plus fréquent pour les garçons par rapport aux filles ;
- ce sentiment positif diminue avec l'âge, légèrement pour les garçons et de manière très prononcée parmi les filles. Pour ces dernières, la première année du secondaire apparaît comme une année charnière entre l'insouciance de l'enfance et l'insécurité par rapport à sa propre personne. Le pourcentage des jeunes filles qui ont confiance en elles diminue pratiquement de moitié entre la cinquième primaire et la sixième secondaire.

Ces commentaires ne doivent pas nous faire oublier que même en 5ème primaire, près d'un jeune sur cinq n'a déjà plus confiance en lui.

Tant pour les garçons que pour les filles, il n'y a pas de différence entre les types d'enseignement.

## La confiance en soi

### RÉSUMÉ

Les résultats montrent que les jeunes filles sont moins nombreuses que les garçons à avoir confiance en elles. Cette différence s'accroît avec l'âge. Déjà à 11 ans, un jeune sur cinq n'a pas confiance en lui. D'une manière générale, la situation se dégrade entre 1994 et 2002.

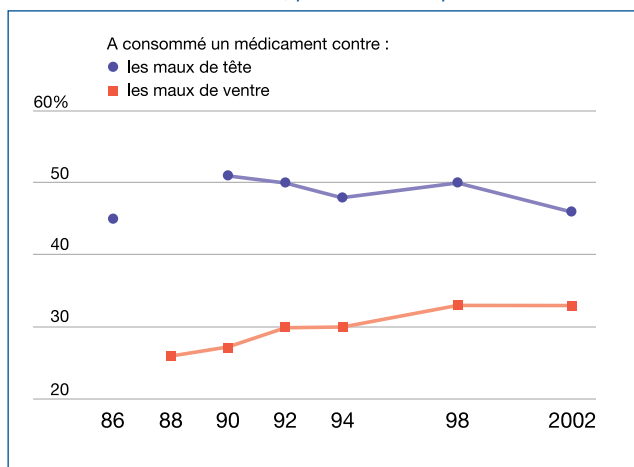
## La consommation de médicaments

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

Les adolescents en général sont considérés et se déclarent comme étant en bonne santé et sont dès lors peu exposés aux recherches sur la consommation de soins et des médicaments. Cependant, notre étude montre que certains adolescents, au vu de leur consommation de médicaments, peuvent être quasiment considérés comme des malades chroniques. Il est important donc de mieux cibler les types de médicaments consommés et les raisons sous-jacentes à cette consommation.

L'enquête «Santé et bien-être des jeunes» s'intéresse à trois groupes de médicaments. Le premier rassemble des médicaments consommés pour des plaintes de type plutôt physique : maux de tête et de ventre. Un second groupe concerne des médicaments utilisés lors de plaintes d'ordre plutôt psychologique : insomnie, nervosité et fatigue. Les médicaments «pour maigrir» forment le dernier groupe de produits analysés.

Graphique 1/25 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans déclarant **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête, **un médicament contre les maux de tête et contre les maux de ventre**, par année d'enquête.

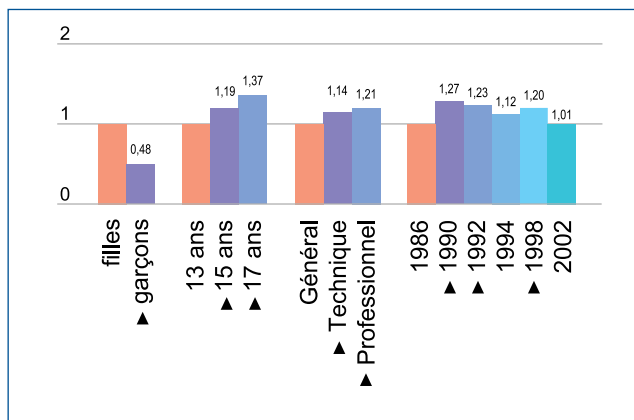


▲ L'évolution de la consommation de médicaments contre le mal de tête est stable dans le temps. Elle concerne près d'un jeune sur deux.

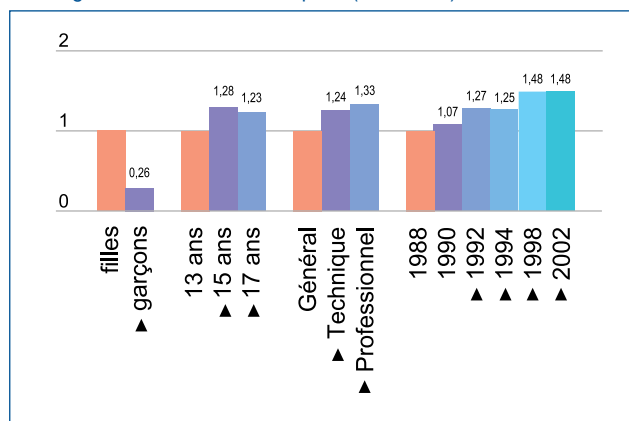
Les médicaments consommés pour des plaintes déclarées de douleurs au ventre sont en augmentation constante entre 1988 et 2002.

L'enquête de santé des Belges de 2001 a montré que les médicaments de confort, vendus sans prescriptions, représentent la classe de médicaments la plus utilisée : un quart de la population totale (tous âges confondus) en a consommé au cours des deux semaines précédant l'enquête (ISSP, 2002).

Graphique 1/26 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament contre le mal de tête** et l'âge, le sexe, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 1/27 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament contre les maux de ventre** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

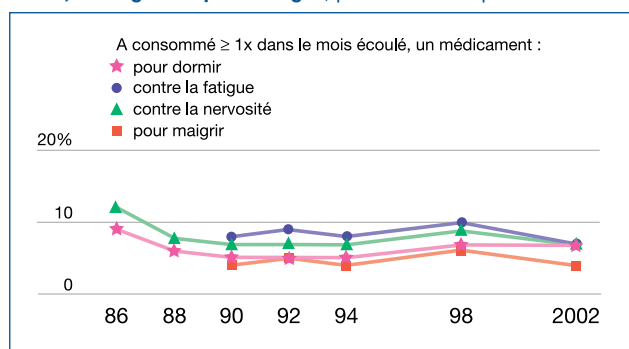


▲ Les analyses multivariées sur la consommation des médicaments pour des plaintes de maux de tête ou de ventre montrent une série de prédicteurs communs aux deux consommations :

- le sexe : les garçons sont au moins trois fois moins nombreux que les filles à en consommer. Le nombre relativement élevé de consommatrices peut être en partie lié aux douleurs menstruelles ;
- l'âge : la consommation est légèrement plus importante chez les 15-17 ans que chez les plus jeunes ;
- le type d'enseignement : une différence existe en défaveur des élèves de l'enseignement professionnel et technique par rapport à l'enseignement général.

Si on observe une hausse de la consommation des médicaments contre le mal de ventre entre 1988 et 2002 après standardisation pour le sexe, la consommation de médicaments contre le mal de tête reste relativement stable.

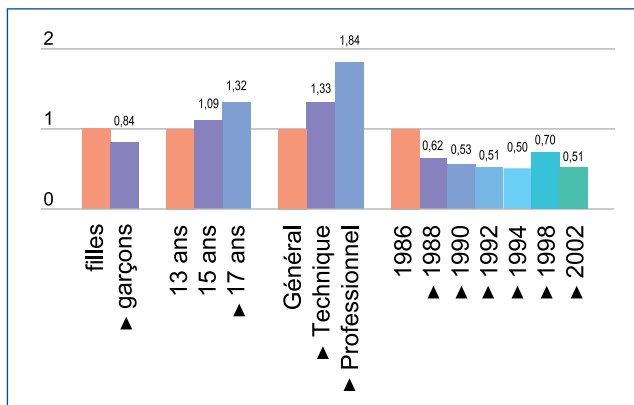
Graphique 1/28 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans déclarant **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête, **un médicament contre l'insomnie, la nervosité, la fatigue ou pour maigrir**, par année d'enquête.



▲ Lorsque l'on étudie la consommation de médicaments de type psychoactif, c'est-à-dire ceux utilisés contre l'insomnie, la nervosité et la fatigue, on observe que chacun des médicaments a été utilisé par près de 10% des jeunes interrogés entre 1986 et 2002. Cette famille de médicaments peut correspondre chez les jeunes aux domaines de l'anxiété de la pré-dépressivité (médicaments pour dormir, se calmer ou se stimuler).

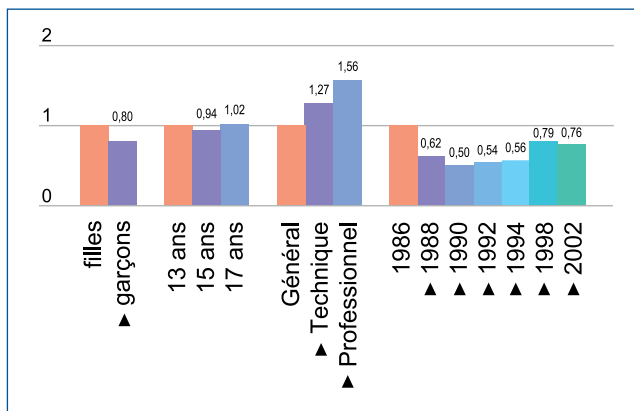
Sur les 16 années d'enquêtes, la prévalence de consommation de médicaments contre la nervosité et l'insomnie a diminué. Par contre, la consommation de médicaments contre la fatigue reste stable au cours du temps.

Graphique 1/29 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament contre la nervosité** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



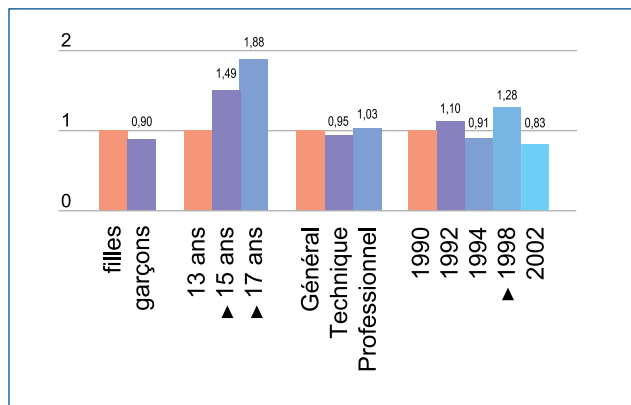
Le graphique présente les résultats de l'analyse multivariée pour les médicaments consommés pour «combattre la nervosité». Ces derniers sont principalement consommés par les filles et par les élèves les plus âgés. Un gradient de consommation de ces médicaments augmente des élèves de l'enseignement général, vers ceux du technique et enfin vers ceux de l'enseignement professionnel. La prévalence de consommation la plus élevée a été observée en 1986.

Graphique 1/30 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament pour «dormir»**, et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



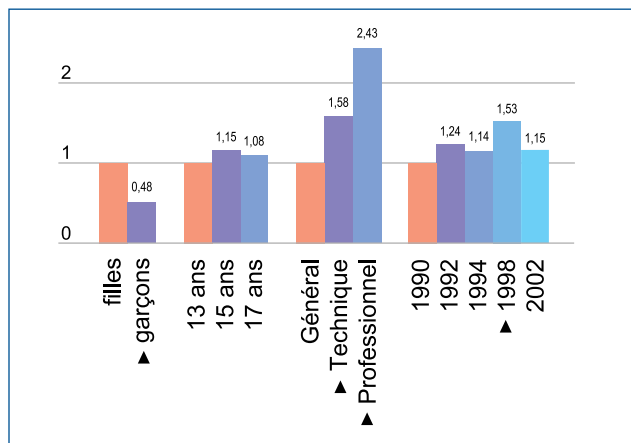
La consommation a diminué depuis 1986. Les groupes de jeunes parmi lesquels on observe le plus grand nombre de consommateurs sont les filles et les jeunes de l'enseignement technique et professionnel.

Graphique 1/31 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament «contre la fatigue»** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



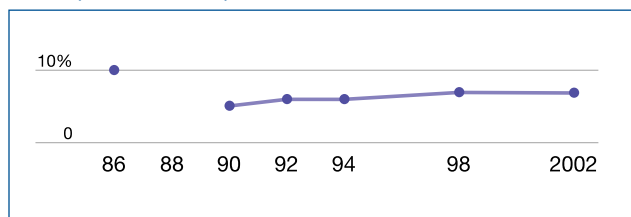
Les groupes de jeunes parmi lesquels on observe le plus grand nombre de consommateurs sont les élèves plus âgés. L'évolution du taux de consommation ne montre aucune tendance particulière.

Graphique 1/32 : Association entre le fait de déclarer **avoir consommé au moins une fois** au cours du mois précédant l'enquête **un médicament pour maigrir**, et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



L'évolution du taux de consommation reste globalement stable au cours du temps. On note une évolution significative en 1998 (vs 1990). Les groupes de jeunes parmi lesquels on observe le plus grand nombre de consommateurs sont les filles et les jeunes de l'enseignement technique et professionnel.

Graphique 1/33 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans considérés comme **«grands consommateurs» de médicaments**, par année d'enquête.

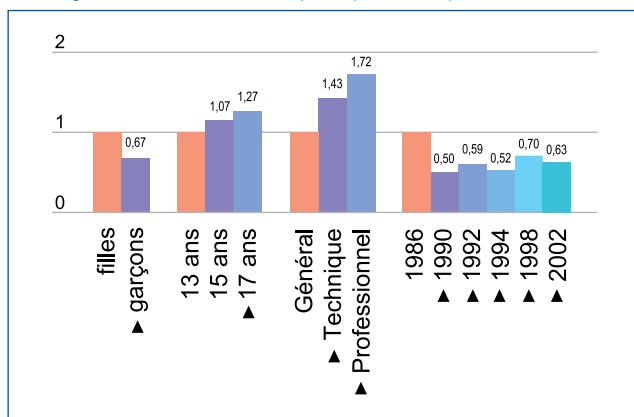


Une façon de quantifier l'importance de la consommation des médicaments est de regrouper certains produits afin de définir un profil de «grands consommateurs». Comme dans la présentation des résultats des

enquêtes des années précédentes, trois types de produits ont été considérés : analgésiques, somnifères et sédatifs. Sont considérés comme grands consommateurs les jeunes qui, au cours du dernier mois, ont pris soit une fois chacun de ces médicaments, soit plusieurs fois au moins un produit ainsi qu'au moins une fois un autre.

L'évolution de la prévalence des grands consommateurs varie de 10% en 1986 à 7% en 2002.

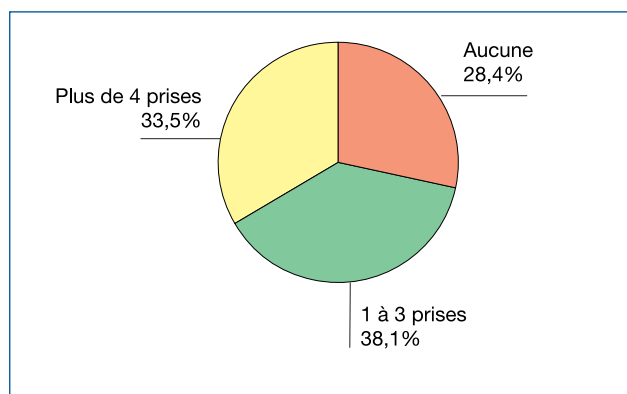
Graphique 1/34 : Association entre le fait d'être considéré comme «grand consommateur» de médicaments et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



- On retrouve dans ce graphique les observations précédentes :
  - les filles sont plus nombreuses à se déclarer «grands consommateurs» que les garçons.
  - Une légère tendance à l'augmentation s'observe avec l'âge.
  - Ce sont parmi les jeunes de l'enseignement professionnel et technique que l'on trouve le nombre le plus élevé de «grands consommateurs».
  - On remarque également une diminution du nombre de «grands consommateurs» entre 1986 et 2002, toutes choses étant égales par ailleurs.

## PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 1/35 : Répartition en % de la consommation de médicaments (11 items) le mois précédant l'enquête, par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.

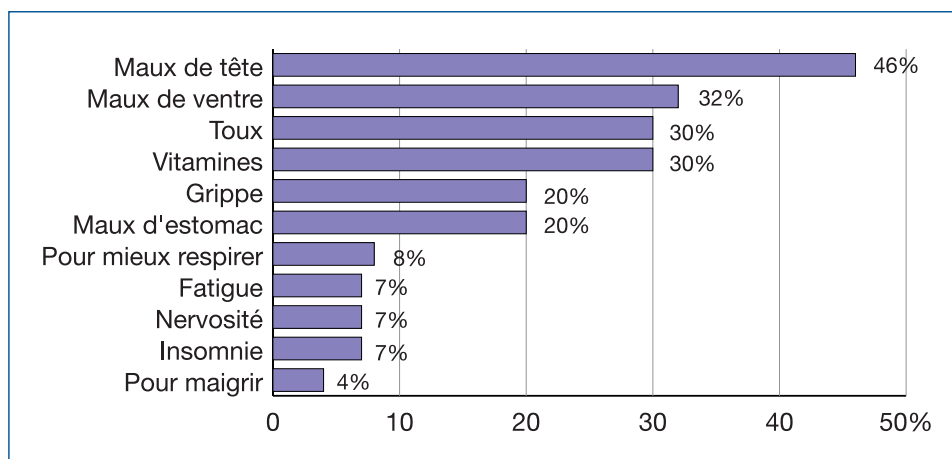


▲ Ce graphique concerne tous les médicaments : ceux contre le mal de tête, le mal de dos, contre la grippe ou la toux, les maux de ventre et d'estomac, l'insomnie, la nervosité, l'anxiété et la fatigue, des médicaments pour mieux respirer ou pour maigrir et même la prise de vitamines. Dans les groupes de jeunes de 13, 15 et 17 ans, 28% n'ont consommé aucun médicament le mois précédant l'enquête et 38% en ont consommé de 1 à 3 fois.

Sur l'ensemble de ces jeunes, 34% en ont consommé 4 fois ou plus.

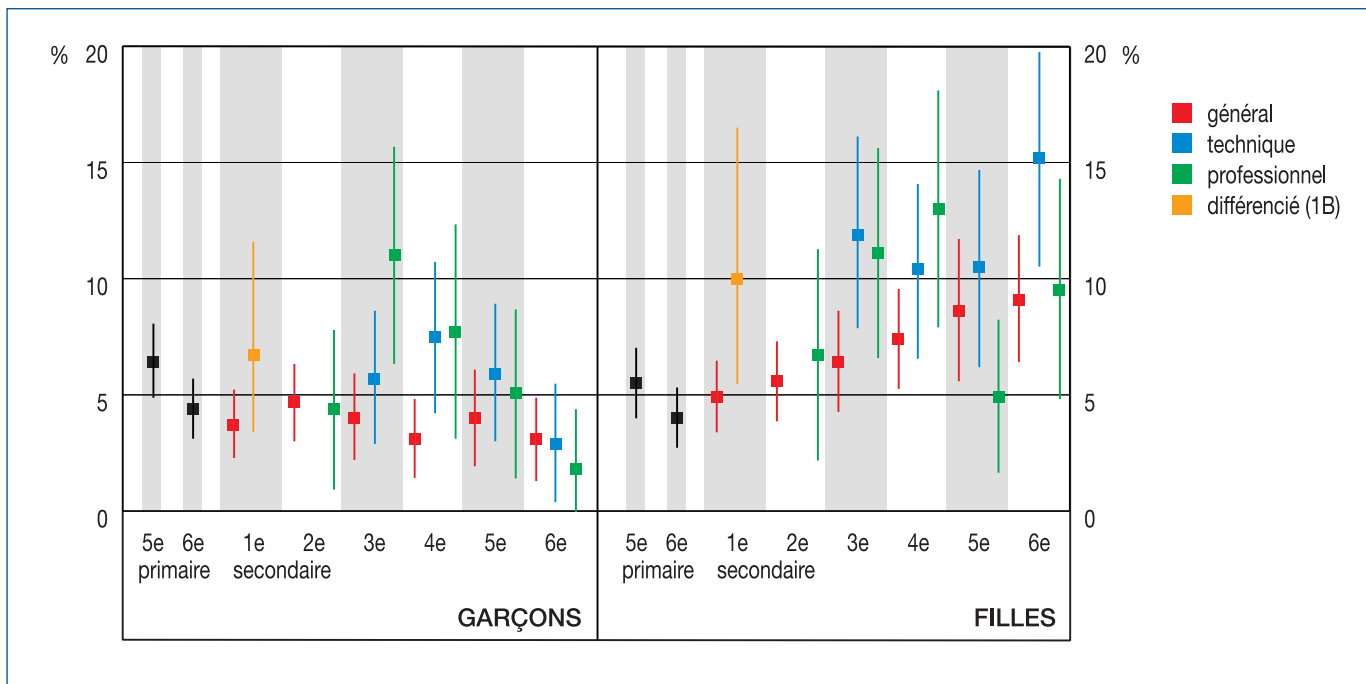
4% de garçons et 6% de filles ont consommé de 10 à 22 médicaments le mois précédant l'enquête (résultats non représentés).

Graphique 1/36 : Consommation en % par type de médicaments le mois précédant l'enquête, chez les jeunes de 13, 15 et 17 ans en 2002.



▲ En 2002, 46% des jeunes de 13, 15 et 17 ans ont déclaré avoir consommé au moins une fois un médicament contre le mal de tête. Les autres types de produits sont classés par ordre décroissant, des médicaments contre les maux de ventre aux médicaments pour maigrir.

Rappelons qu'une variation saisonnière s'observe pour des produits comme les médicaments contre la toux et la grippe.



▲ Graphique 1/37 : Pourcentage des «grands consommateurs» de médicaments parmi les élèves, par sexe, classe et filière d'enseignement en 2002.

Pour rappel, par «grands consommateurs» on entend les jeunes qui, au cours du dernier mois, ont pris soit au moins une fois chacun des trois groupes de médicaments (sédatifs, analgésiques et somnifères), soit plusieurs fois au moins un produit ainsi qu'au moins une fois un autre.

Les distributions par classe, type d'enseignement et sexe nous indiquent une certaine stabilité de prévalence des grands consommateurs chez les garçons de l'enseignement général.

Malgré quelques variations observées d'une année d'étude à l'autre, on observe pour les autres groupes de garçons ainsi que pour les filles une augmentation de la prévalence des grands consommateurs de médicaments.

## La consommation de médicaments

### RÉSUMÉ

La proportion de jeunes consommant des médicaments reste élevée. C'est ainsi qu'en 2002, les jeunes déclarent avoir consommé un médicament durant le dernier mois contre le mal de tête (46%), contre le mal de ventre (32%) et contre la toux (30%). À cela, il convient d'ajouter les vitamines (30%), les médicaments contre la grippe ou le mal d'estomac (20%).

Depuis 1986, on observe une tendance à la stabilité et même à la diminution de consommation pour des médicaments «contre la nervosité» et contre l'insomnie (tous deux consommés par 7% des jeunes en 2002).

Le risque d'être grand consommateur est plus élevé chez les filles. On trouve également les grands consommateurs en plus grand nombre parmi les jeunes de l'enseignement technique et professionnel que parmi ceux de l'enseignement général. Il y a plus de consommation de médicaments que de plaintes déclarées relatives aux mêmes symptômes.

## Les pistes

### La signification des faits observés

Lors des enquêtes précédentes, on avait déjà observé des écarts entre les proportions des plaintes et les proportions de la consommation des médicaments spécifiques à ces plaintes. En 2002, il y a toujours plus de consommateurs de médicaments que de jeunes déclarant des plaintes en relation avec cette consommation. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce fait :

- la consommation est tellement intégrée dans la vie des jeunes et se fait dès la plus légère souffrance que ce mal n'est pas pris en compte alors que la consommation du produit demeure en mémoire ;
- certains jeunes consomment des médicaments de manière préventive ;
- d'autres peuvent surestimer leur consommation de médicaments.

Après la première enquête de 1986, Balduck-Mignon (1998) a montré qu'il existait une surestimation de la prise de médicaments par les élèves de primaire, confondant, par exemple, somnifères et tisanes.

La perception de la santé, le sentiment de bonheur et celui de confiance en soi sont au cœur de la promotion de la santé des adolescents. Comprendre ce qui se passe lors du passage de l'enfance à l'âge adulte est fondamental. Les résultats qui précèdent peuvent être utilisés pour initier une réflexion dans la communauté éducative et avec les jeunes eux-mêmes. Il ne suffit pas de mesurer ces paramètres : il est important de comprendre ce qu'ils signifient pour les jeunes eux-mêmes.

Pourquoi ne pas demander lors d'une rédaction ou d'une dissertation ou pourquoi ne pas organiser une série de débats autour des thèmes suivants pour mieux approcher la réalité des jeunes :

- Quelle est la relation entre grandir, adolescence et la santé ?
- Pourquoi observe-t-on une telle différence concernant le sentiment d'être heureux ou d'avoir confiance en soi entre le primaire et le secondaire ? Entre les filles et les garçons ?
- Il nous faut constater une différence importante entre la perception de l'état de santé, le sentiment d'être heureux et le stress partiellement engendré par l'école. Il serait important de comprendre pourquoi les jeunes trouvent normal d'être fatigués avant d'aller à l'école ou encore d'être stressés. Ajoutons que la même observation est faite parmi les étudiants inscrits pour la première fois en première candidature à l'ULB (Kohn et al., 2000 ; Kohn et al., 2002).
- Une autre observation est systématique : les jeunes de l'enseignement général sont ceux qui déclarent le plus souvent être fatigués le matin avant d'aller à l'école. Ceci est à mettre en relation avec le stress à l'école et le fait d'aimer l'école (voir aussi le chapitre 5). Pourquoi ces jeunes se sentent-ils si souvent fatigués ?
- Que signifie cette consommation abusive de plus de 10 prises de médicaments le mois précédant l'enquête dans le chef d'environ 5% des élèves ? Quelle est le rôle de la famille dans cette consommation ? Et celui du médecin de famille ?

Une étude précédente avait montré que le jeune reproduisait les pratiques familiales et répondait à un problème par la consommation d'un produit (dans ce cas, un médicament) lorsque que ses parents faisaient de même. Une autre étude montrait que les jeunes consommateurs n'étaient pas en dehors du circuit des soins de santé et donc, que le médecin pouvait jouer un rôle de contrôle positif de la consommation médicamenteuse des jeunes (Prévost, 1991).

- Pourquoi 20% des jeunes filles perdent-elles confiance en elles ?
- Quelles sont les causes de l'angoisse et du stress chez le jeune ?



- Que cachent ces plaintes d'insomnies, de maux de tête ou d'estomac ?
- On observe une diminution du nombre de jeunes consommant des médicaments «pour dormir» ou «contre la nervosité». Par contre, nous verrons dans le chapitre 3 (Conduites à risque) que l'on observe une augmentation de la consommation de cannabis. Ces deux événements sont-ils à mettre en relation ?

On ne peut commencer un débat avec les jeunes et les laisser seuls face à de nouvelles questions. Commencer ce type de réflexion doit se poursuivre dans une optique d'amélioration des conditions de vie des jeunes. Les questions passent ainsi progressivement du «que disent les résultats» (qu'observe-t-on ?) au «pourquoi ?» et ensuite vers le «veut-on changer les choses et si oui, comment ?».

### **Agir, oui, mais comment ?**

- Comment mieux préparer l'élève à entrer dans le secondaire et à faire face aux nouveaux défis de toutes sortes, qu'il s'agisse de l'organisation des études, de la disparition du groupe «classe» (à cause des options) et de la rencontre ou de l'expérimentation de nouveaux comportements ?
- Comment assurer une écoute attentive et éventuellement confidentielle des élèves de première et deuxième secondaire par des lieux de parole organisés régulièrement par les titulaires, et/ou par l'offre de consultations des équipes psycho-médico-sociales ou encore par les équipes de Promotion Santé à l'École ?
- Les jeunes de l'enseignement professionnel sont ceux qui, déjà en 1986, déclarent souffrir plus que les autres de maux de dos. Ce sont aussi probablement ces élèves qui plus tard assureront les travaux les plus lourds. Comment les préparer à porter des charges ? Pourquoi, pour eux et pour le bénéfice de l'ensemble des élèves, toutes sections confondues, le cours de gymnastique ne pourrait-il inclure des exercices de prévention et de remédiation du mal de dos ?
- L'estime de soi est un prédicteur du bien-être et il fait partie du cadre conceptuel de «l'école en santé» comme du contenu d'autres projets de promotion de la santé à l'école. Estime et confiance en soi doivent être développées davantage. C'est aux pédagogues qu'il convient de proposer des approches de pédagogie du succès et de méthodes pédagogiques actives. Comment faire participer l'entièreté de la communauté éducative à ce renouveau pédagogique ?

L'estime de soi ne suffit plus lorsqu'on aborde des thèmes précis de prévention spécifique. Par exemple, un jeune (ou un adulte) peut avoir une estime de lui-même satisfaisante et pourtant, se sentir incapable d'arrêter de fumer. L'estime de soi est une croyance de sa propre valeur. La perception de la confiance en soi est la croyance en sa capacité d'agir de telle ou telle manière dans une situation précise. Si on veut faciliter l'arrêt tabagique par exemple, ou amener un jeune à développer la communication avec son ou sa partenaire sexuel(le) au sujet de la contraception, de la fidélité ou de la prévention des maladies sexuellement transmises, il faut alors augmenter la perception de la confiance en soi dans ces situations précises. Il semble donc nécessaire, à l'école, de développer l'estime de soi d'une manière générale mais aussi de développer et d'exercer des aptitudes qui renforcent la confiance en soi dans des situations particulières. En augmentant la confiance en soi, on influence positivement l'estime de soi. En développant l'estime de soi, on n'influence pas forcément la confiance en soi dans une situation particulière. Comment développer des aptitudes utiles à la vie sociale ? Lesquelles doivent être développées à l'école ? Comment inscrire une partie de ces apprentissages dans le cursus scolaire ?

- Comprendre et remédier à la situation de stress par un projet de gestion de ce stress, ou mieux par un travail au niveau des causes ressenties par les jeunes, amèneraient probablement une amélioration du bien-être. Ces actions serviraient-elles d'autres buts, comme ceux de la prévention de la consommation de produits psychotropes, de la violence ou de l'échec scolaire ?
- Comment intégrer une réflexion sur la consommation de médicaments, sur la pharmacie familiale de manière individuelle lors des bilans de santé des PSE, ou encore en groupe lors d'entretiens semi-dirigés ? La participation des parents à cette réflexion est-elle indispensable ?

### **En guise de brève conclusion**

Le sentiment général de bien-être, recouvrant bonheur, estime de soi, confiance en soi, perception de l'état de santé, absence de plaintes récurrentes, etc. devrait constituer un objectif final des politiques de santé visant les jeunes. En effet, le test décisif pour une politique de santé consiste à vérifier si elle contribue ou non au bien-être de la population qu'elle vise et cela, en diminuant les inégalités entre les jeunes.

Les jeunes ne sont pas égaux face à l'avenir et cela se manifeste déjà dans les résultats de l'enquête sur l'évaluation subjective de leur santé. C'est systématiquement chez les filles et dans l'enseignement professionnel et/ou technique que nous observons une moins bonne perception de la part des jeunes de leur santé, des plaintes subjectives plus fréquentes et un sentiment d'être heureux moins souvent ressenti.







## [ Chapitre Deux ]

# Nutrition et sédentarité

### INTRODUCTION

Le risque de surcharge pondérale et d'obésité associé à l'inactivité est bien documenté et la sédentarité constitue un facteur de risque de maladies cardio-vasculaires au même titre que l'hypertension, le cholestérol ou le tabac. La sédentarité, dans un pays à fort développement technologique comme le nôtre, se caractérise par la réduction progressive de l'effort physique dans la plupart de nos actes quotidiens : activité professionnelle ou domestique, déplacement ou loisir. Sommeil, exercice physique régulier et alimentation équilibrée sont pourtant nécessaires pour permettre à l'organisme de subir sans dommage les nombreux changements qui l'affectent à l'adolescence. Or, l'alimentation se trouve souvent malmenée à cet âge. Une mauvaise alimentation, l'augmentation du temps passé assis devant un ordinateur ou devant la télévision, la cigarette ou l'alcool sont autant de comportements qui situent parfois l'adolescence, aux yeux des adultes, comme la période de tous les dangers alors que dans la plupart des cas, les adolescents ne font que reproduire les comportements observés dans leur entourage.

Ce chapitre commence par présenter les résultats des analyses sur les habitudes alimentaires saines. Nous étudierons ensuite la consommation d'aliments moins nutritifs ainsi que le fait de prendre régulièrement ou non un petit déjeuner. L'excès pondéral et les régimes alimentaires suivront. Le chapitre se termine par certains indicateurs indirects de sédentarité tels que le temps passé à regarder la télévision ou à jouer à des jeux électroniques.

#### Note méthodologique :

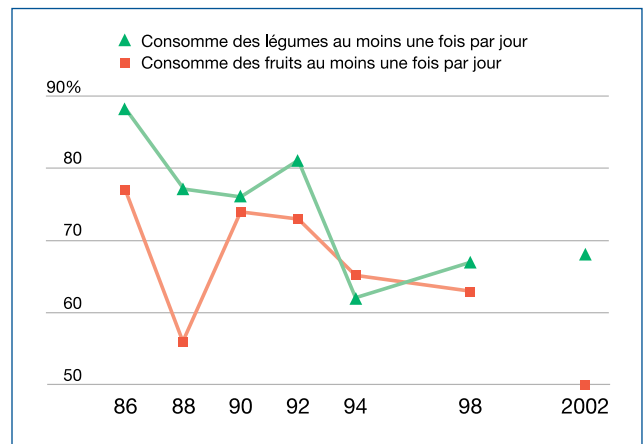
Certaines des questions venant du protocole international ont, pour la première fois, changé de forme. Les réponses à ces questions ne sont pas exactement comparables. C'est pourquoi nous avons, dans ces cas, omis de rejoindre les résultats entre 1998 et 2002 dans les graphiques.

## Les comportements alimentaires

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

L'étude des habitudes alimentaires des jeunes s'est faite dans notre étude par l'analyse des fréquences de consommation de certains aliments tels que les fruits, les légumes, les frites et hamburgers et non sur les quantités consommées de ces aliments. Par ailleurs, nous nous sommes intéressés à certaines habitudes dans le mode d'organisation des repas entre autres par la question «en général, déjeunes-tu le matin avant de partir à l'école ?». Une question aborde aussi le régime amaigrissant.

Graphique 2/1 : Proportions standardisées en % des élèves de 13 et 15 ans qui **consomment des fruits et des légumes au moins une fois par jour**, par année d'enquête.

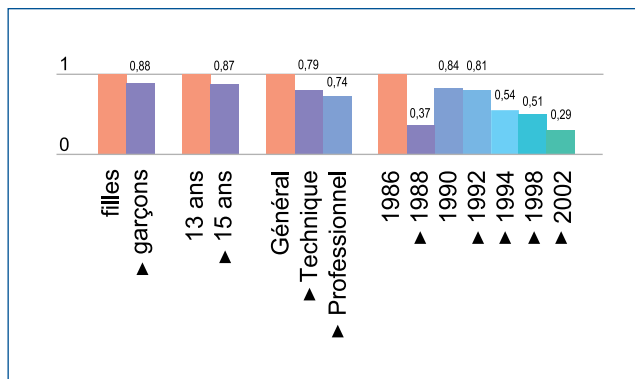


▲ Si l'on s'intéresse dans un premier temps aux habitudes alimentaires dites «de protection», c'est-à-dire une consommation régulière (au moins journalière) de fruits et de légumes, on observe en 1986 la plus haute proportion de jeunes (77%) qui déclaraient manger un fruit au moins chaque jour.

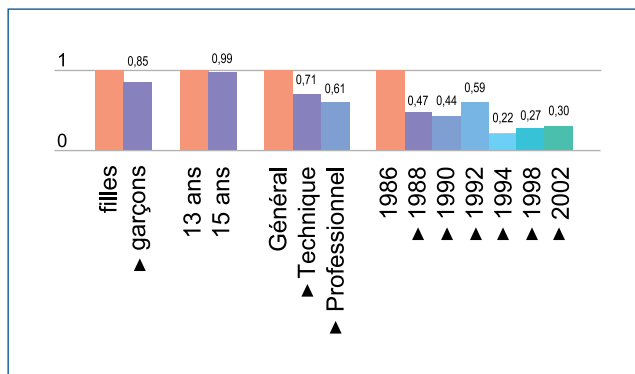
La courbe de l'évolution dans le temps montre, malgré des irrégularités, une diminution de la prévalence de ce comportement. En effet, les proportions diminuent d'année en année pour arriver à 50% en 2002.

Un même type d'observation est fait pour la consommation régulière de légumes. Dans la dernière enquête de 2002, une prévalence de 68% confirme la tendance descendante de la courbe avec une chute de 20% de la déclaration de ce comportement sur les seize années couvertes par les enquêtes.

Graphique 2/2 : Association entre le fait de **consommer des fruits au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



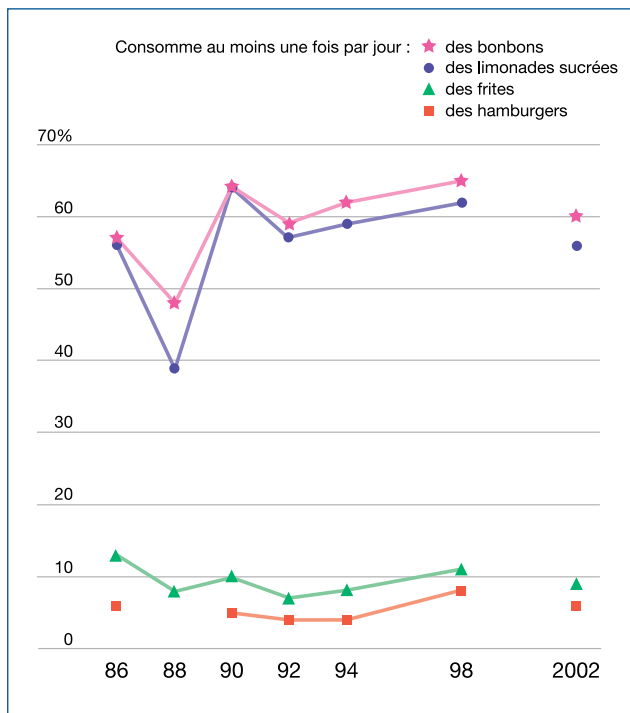
Graphique 2/3 : Association entre le fait de **consommer des légumes au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



L'analyse multivariée montre des caractéristiques semblables pour la consommation journalière de fruits ou de légumes :

- cette habitude se retrouve moins fréquemment chez les garçons que chez les filles.
- ce sont les jeunes de l'enseignement général qui sont les plus nombreux à consommer des fruits et légumes de façon régulière.
- la consommation de fruits et de légumes a diminué depuis 1986.
- par contre, on observe une différence avec l'âge en ce qui concerne la consommation de fruits qui diminue chez les plus âgés, ce qui n'est pas le cas de la consommation de légumes.

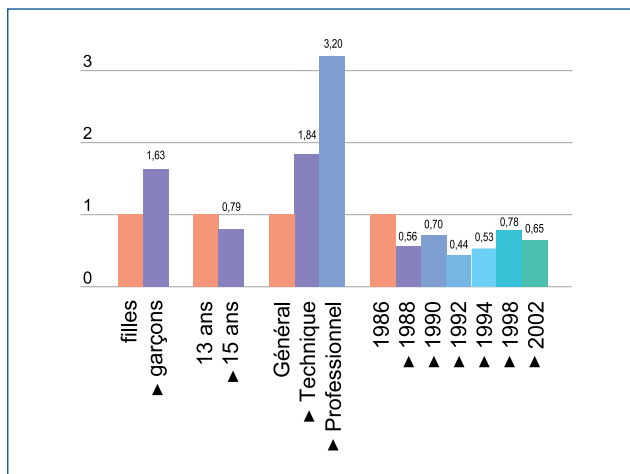
Graphique 2/4 : Proportions standardisées en % des élèves de 13 et 15 ans qui **consommant des frites, des hamburgers, du coca ou autres limonades sucrées, des bonbons**, par année d'enquête.



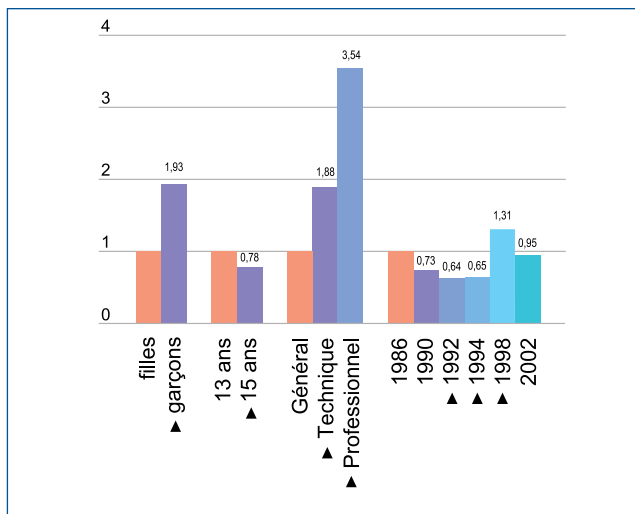
Lorsqu'on analyse la consommation de boissons sucrées gazeuses, on observe qu'en 2002, plus de 50% des jeunes déclarent boire ces boissons de manière quotidienne. La courbe d'évolution de la consommation quotidienne de friandises sucrées montre la même tendance que celle observée pour les limonades gazeuses sucrées avec une consommation quotidienne qui arrive à une proportion de 60% de jeunes de 13 et 15 ans.

La consommation régulière de frites diminue dans le temps tandis que celle de hamburgers (ou hot dogs) reste plus stable.

Graphique 2/5 : Association entre le fait de **consommer des frites au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 2/6 : Association entre le fait de **consommer des hamburgers au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



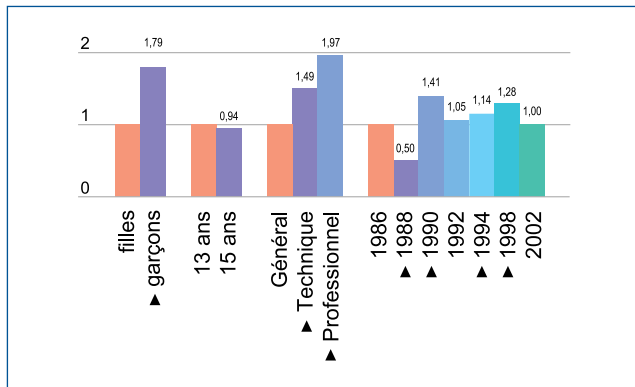
Sur l'ensemble des enquêtes, on observe que les filles sont moins nombreuses que les garçons à consommer fréquemment des frites et des hamburgers. Ces différences entre sexes sont significatives.

Les élèves plus jeunes sont plus nombreux à consommer ces produits que les élèves plus âgés.

Une fois encore, les résultats présentent un gradient entre le type d'enseignement, en faveur des jeunes du général, et ceci pour la consommation de ces deux produits.

Ainsi que nous l'avons déjà observé ci-dessus, la consommation de frites a diminué depuis 1986. La consommation des hamburgers ne présente pas de tendance nette au cours du temps.

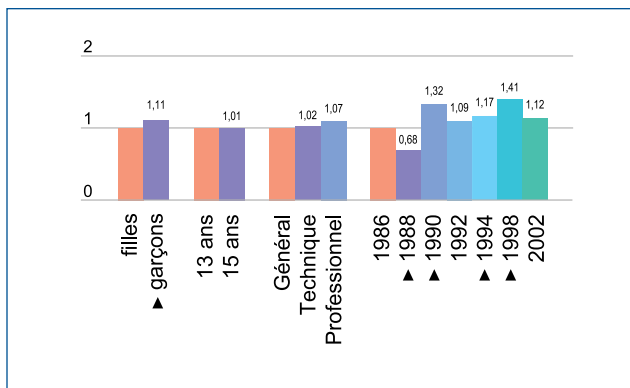
Graphique 2/7 : Association entre le fait de **consommer des limonades gazeuses sucrées au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



La consommation quotidienne de limonades varie en fonction du sexe et des types d'enseignement. Les garçons ainsi que les élèves de l'enseignement technique et professionnel, sont plus nombreux que les autres à consommer chaque jour ce type de boisson.

On n'observe pas de différence par âge et il n'y a pas de tendance claire d'évolution dans le temps.

Graphique 2/8 : Association entre le fait de **consommer des bonbons et autres friandises au moins une fois par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



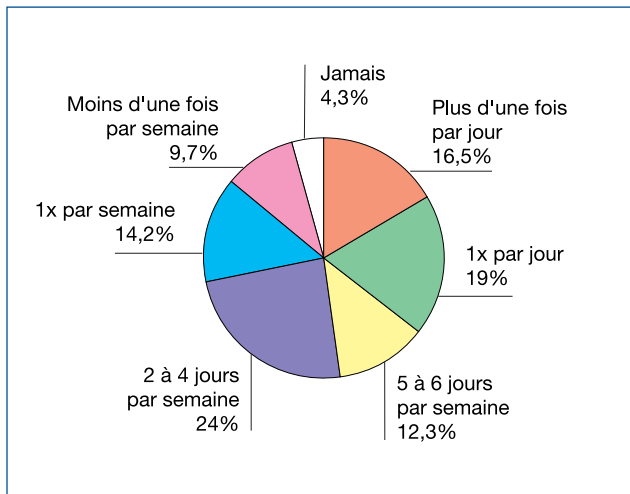
Pour la consommation quotidienne de friandises, ce sont exclusivement les garçons qui se démarquent pour ce comportement.

On n'observe pas de différence par âge et il n'y a pas de tendance claire d'évolution dans le temps.

## La consommation de fruits

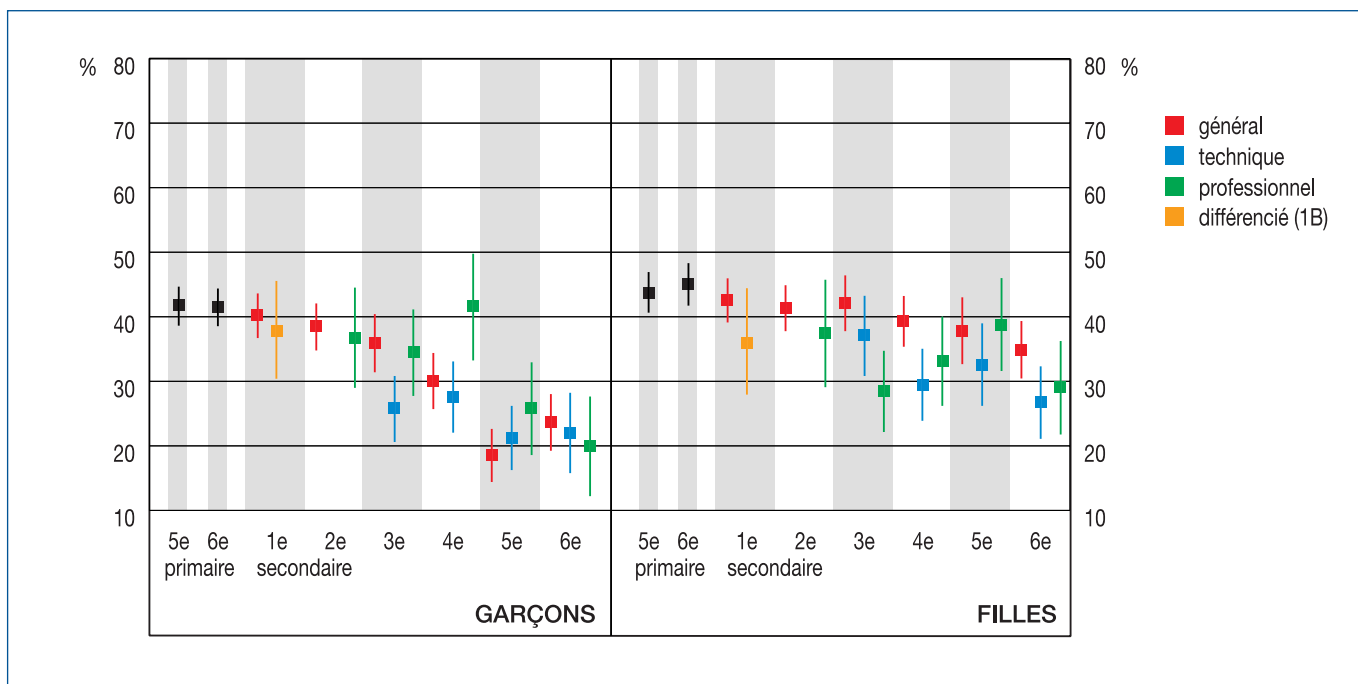
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 2/9 : Répartition en % de la **consommation quotidienne de fruits** par les élèves de 13, 15 et 17 ans en 2002.



L'enquête de 2002 confirme que moins d'un jeune sur deux consomme au moins un fruit tous les jours puisque seulement 35,6% adoptent ce comportement.

Cette proportion est plus élevée chez les filles (38%) que chez les garçons (33%) (résultats non représentés).



▲ Graphique 2/10 : Pourcentage de la consommation quotidienne de fruits par les élèves, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

L'analyse de la consommation quotidienne de fruits en fonction du sexe, du type d'enseignement et de la classe confirme le fait que cette consommation diminue avec la classe, donc avec l'âge, et cela principalement chez les garçons.

Même dans l'enseignement primaire, il y a moins d'un enfant sur deux qui mange un fruit chaque jour.

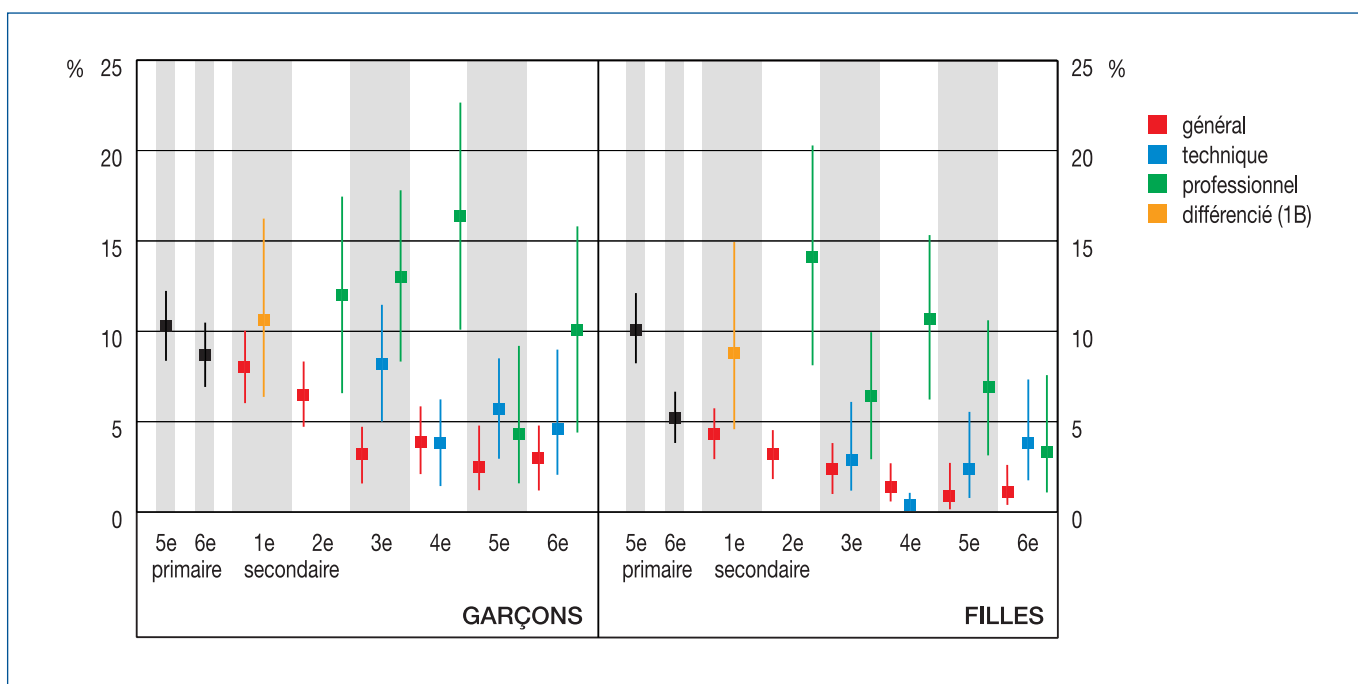
## La consommation de frites

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

▼ Graphique 2/11 : Pourcentage de la consommation quotidienne de frites par les élèves, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

Une analyse plus précise en fonction du sexe, des types d'enseignement et des niveaux, montre :

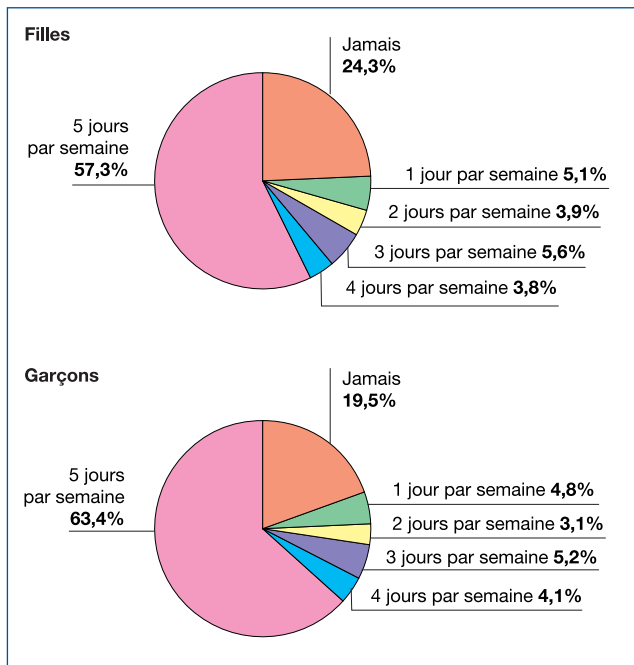
- une diminution de la consommation quotidienne de frites avec l'âge, et cela de manière plus marquée dans l'enseignement général.
- une consommation nettement plus importante dans l'enseignement professionnel que dans l'enseignement général ou technique, et cela particulièrement durant les premières années du professionnel.



# La prise d'un petit déjeuner

## PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 2/12 : Répartition en % de la prise de petit déjeuner les jours d'école par les filles et les garçons de 13, 15 et 17 ans en 2002.



▲ C'est l'adolescente qui a surtout tendance à négliger le petit déjeuner : 24,3% des filles et 19,5% des garçons ne prennent jamais de petit déjeuner les jours d'école. Les filles et les garçons sont respectivement 57,3% et 63,4% à déjeuner chaque jour d'école.

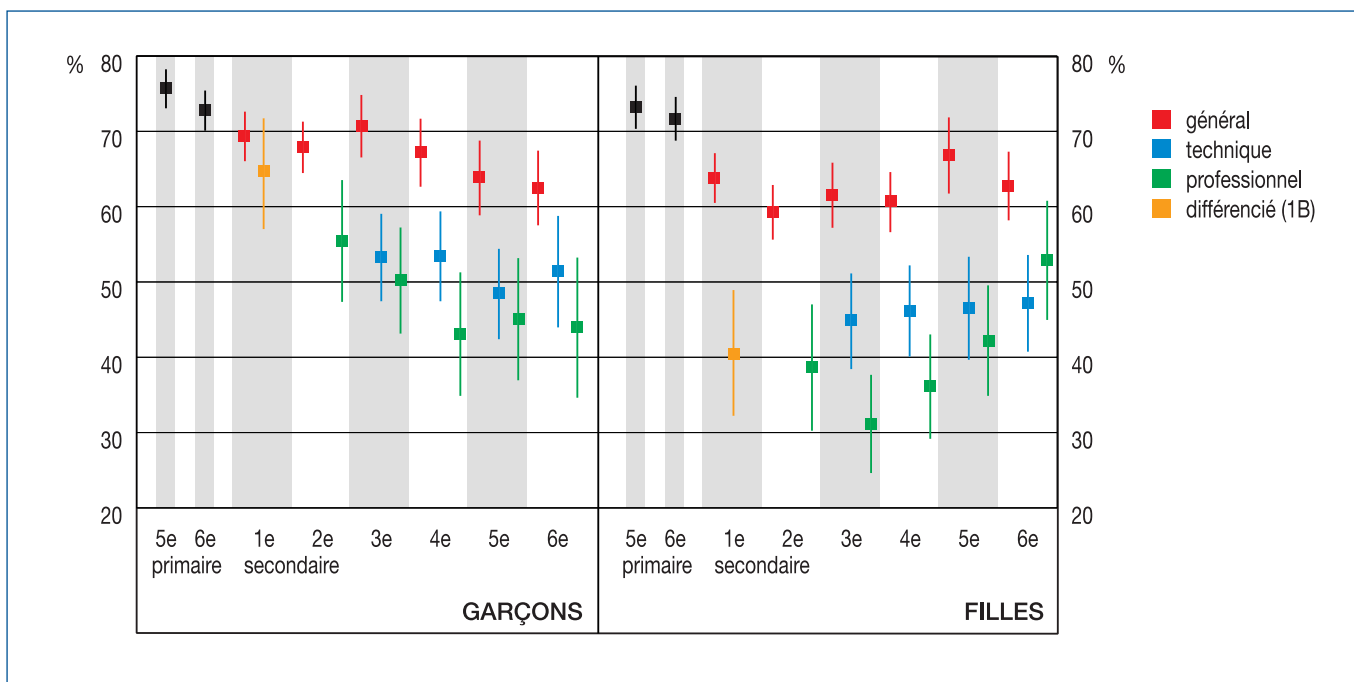
Graphique 2/13 : Pourcentage de la prise du petit déjeuner chaque jour d'école par les élèves par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

- ▼ La proportion de jeunes qui prennent un petit déjeuner les jours d'école diminue progressivement avec le niveau et donc avec l'âge, surtout parmi les élèves garçons et filles de l'enseignement technique et professionnel.
- Parmi les déterminants étudiés dans l'enquête HBSC, il apparaît que la prise ou non d'un petit déjeuner est liée au milieu socio-économique dans lequel on vit. C'est dans l'enseignement général que les élèves respectent le plus ce moment matinal : on observe que les 71% des élèves de l'enseignement général prennent leur petit déjeuner contre 58% des élèves de l'enseignement technique et 47% de ceux de l'enseignement professionnel (résultats non représentés).
- dans l'enquête de santé par interview de 2001, parmi les adultes âgés de 25 à 34 ans, un sur trois ne prend pas de petit déjeuner (ISSP, 2002).

## Les comportements alimentaires

### RÉSUMÉ

L'étude «Santé et bien-être des jeunes» montre qu'actuellement en Communauté française, les jeunes scolarisés sont moins nombreux qu'en 1986 à manger régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par jour, des fruits et des légumes. Trop de jeunes consomment très fréquemment des bonbons, des sucreries ou du chocolat, des hamburgers, des frites et du coca ou d'autres limonades sucrées. Ces choix alimentaires sont associés au sexe, à l'âge ou à la classe et au type d'enseignement, en faveur des élèves de l'enseignement général. Par ailleurs, 24% des filles et 20% des garçons ne prennent jamais de petit déjeuner les jours d'école.



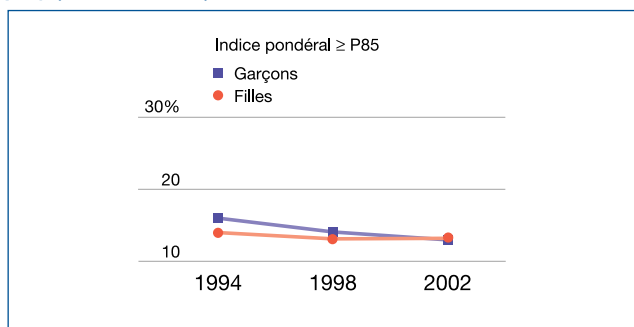
## L'excès pondéral

### ÉVOLUTION DE 1994 À 2002

Dans cette étude, l'indice pondéral est calculé sur base des poids et tailles reportés par les jeunes. Il est donc possible que la réalité soit différente des données présentées ci-dessous. Toutefois, ces données sont très semblables à celles observées dans la tranche d'âge des jeunes de 18 à 24 ans interrogés lors de l'enquête de santé par interview (ISSP, 2002).

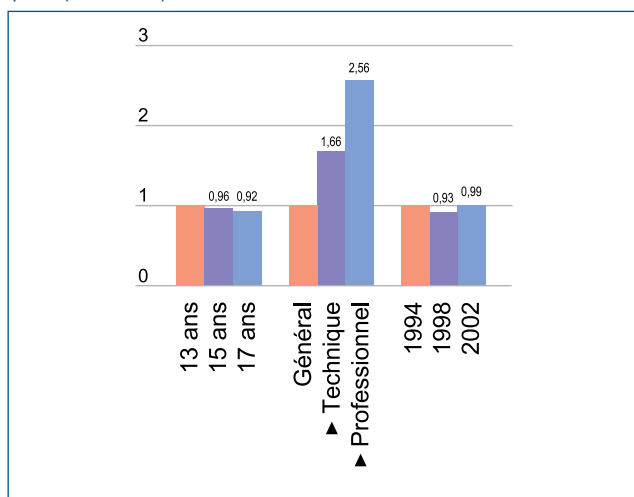
La surcharge pondérale est étudiée par l'utilisation d'un indice pondéral autre que celui de Quetelet tenant compte de la taille et du poids adapté à la tranche d'âge étudiée. On définit ainsi le pourcentage de jeunes ayant un excès de poids par rapport à un seuil qui se situe au percentile 85 de l'indice pondéral.

Graphique 2/14 : Proportions standardisées en % des garçons et des filles de 13, 15 et 17 ans avec un excès pondéral (indice pondéral  $\geq$  p85), par année d'enquête.

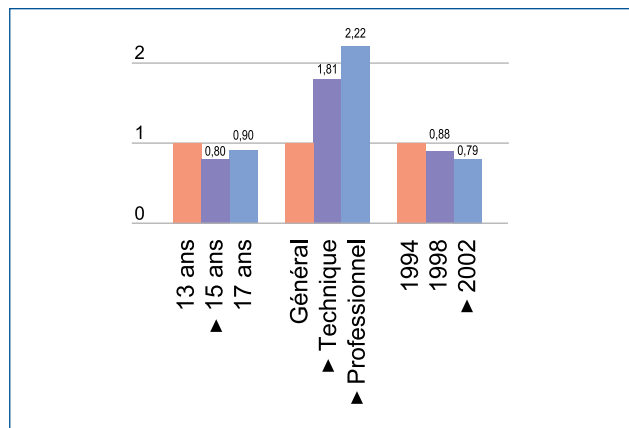


Dans notre enquête, le pourcentage de jeunes ayant un excès de poids varie entre 16% en 1994 et 13% en 2002 pour les garçons de 13, 15 et 17 ans et reste stable pour les filles.

Graphique 2/15 : Association parmi les filles entre l'excès pondéral (indice pondéral  $\geq$  p85), l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 2/16 : Association parmi les garçons entre l'excès pondéral (indice pondéral  $\geq$  p85), l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Tant chez les filles que chez les garçons, la prévalence de l'excès de poids varie en fonction du type d'enseignement. Des différences significatives existent entre l'enseignement professionnel et technique d'une part et l'enseignement général d'autre part, en faveur de ces derniers.

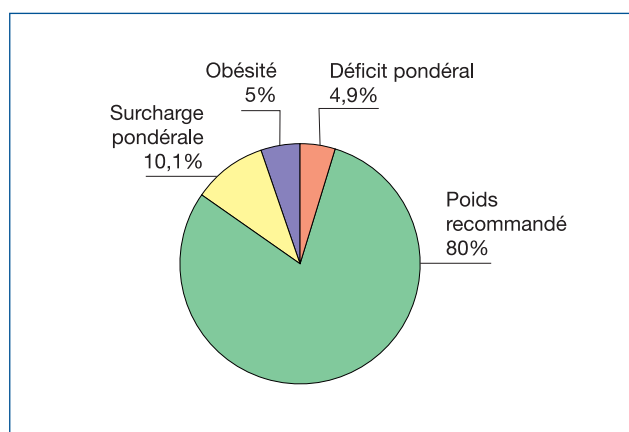
Chez les filles, on n'observe pas de différence entre les groupes d'âge et les différentes années d'enquête, toutes choses étant égales par ailleurs.

Par contre, parmi les garçons, on observe une tendance à la baisse entre 1994 et 2002. Toutefois, il nous faut souligner le pourcentage important de réponses manquantes à cette question (20%) ce qui peut faire apparaître un biais dans les résultats.

## Le statut pondéral

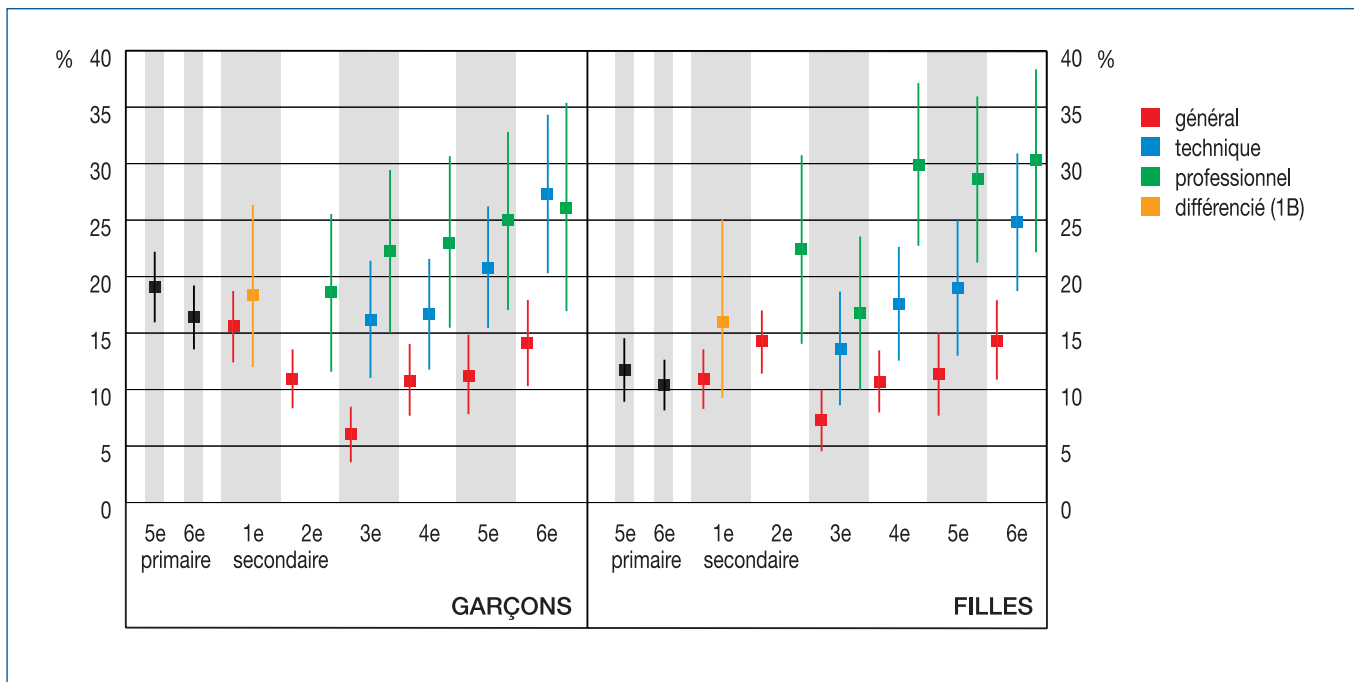
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 2/17 : Répartition en % du statut pondéral des élèves de 11 à 17 ans en 2002.



On observe dans ce graphique que 4,9% des jeunes présentent un déficit pondéral ( $\leq$  percentile 5) alors que 10% sont en surcharge pondérale ( $\geq$  p85 et  $<$  p95) et 5% sont obèses ( $\geq$  p95). Quatre jeunes sur cinq ont un poids qualifié de normal.

Dans l'enquête de santé par interview (ISSP, 2002) dans le groupe d'âge de 18 à 24 ans, 14% sont en surcharge pondérale et 3% sont obèses.



▲ Graphique 2/18 : Pourcentage des élèves en excès pondéral (≥ p85) en fonction du sexe, de la classe et du type d'enseignement en 2002.

Concernant la surcharge pondérale, l'analyse en fonction du sexe, du niveau et du type d'enseignement montre qu'en 2002 :

- les prévalences sont nettement plus élevées dans l'enseignement professionnel et technique, et cela pour les deux sexes. En 6ème année secondaire d'enseignement technique ou professionnel, on observe que plus de 25% des filles et des garçons souffrent d'un excès pondéral.
- dans l'enseignement technique et professionnel, on observe un pourcentage déjà élevé d'excès pondéral dès les premières classes du secondaire. Cette tendance est plus franche chez les garçons.

### Le statut pondéral

**RÉSUMÉ**

L'excès pondéral, surcharge et obésité, concernent 15% des jeunes et près de 5% présentent un déficit pondéral. On observe un gradient selon le type d'enseignement, en faveur des jeunes de l'enseignement général, et cela tant pour les filles que pour les garçons.

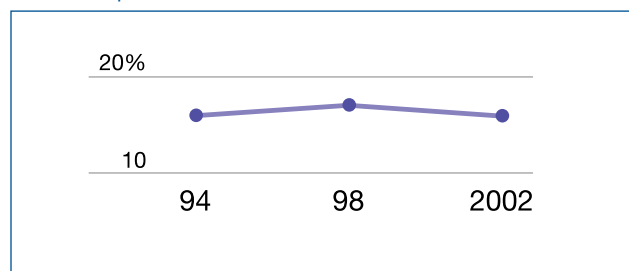
## Les régimes amaigrissants

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

En terme clinique, les troubles de l'alimentation sont des maladies complexes qui touchent de plus en plus d'adolescents. On divise ces troubles en deux sous-groupes importants : une forme restrictive, selon laquelle l'apport alimentaire est gravement limité (anorexie mentale), et une forme boulimique, selon laquelle des fringales sont suivies de tentatives pour réduire au minimum les effets de cette suralimentation par des vomissements, des purgations, des exercices ou un jeûne (boulimie). À côté de ces formes plutôt rares, les problèmes de surcharge pondérale sont dus en majorité à une mauvaise alimentation et à un excès de sédentarité.

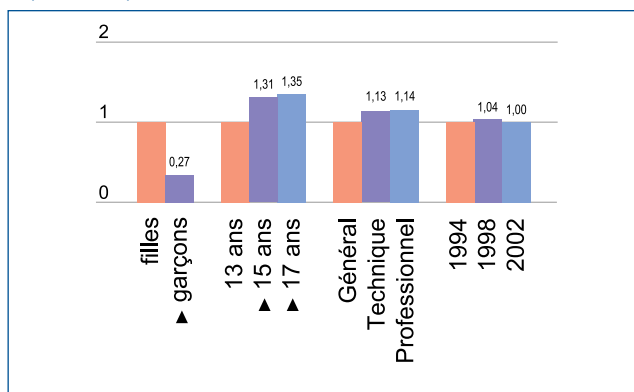
Les résultats ci-dessous concernent uniquement les régimes alimentaires pour perdre du poids.

▲ Graphique 2/19 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui suivent actuellement un régime amaigrissant, par année d'enquête.



▲ Les résultats des réponses des élèves à la question «fais-tu un régime pour perdre du poids ?» montrent une prévalence de 16 à 17% de jeunes qui disent faire actuellement un régime amaigrissant de 1994 à 2002.

Graphique 2/20 : Association entre le fait de **suivre un régime amaigrissant** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

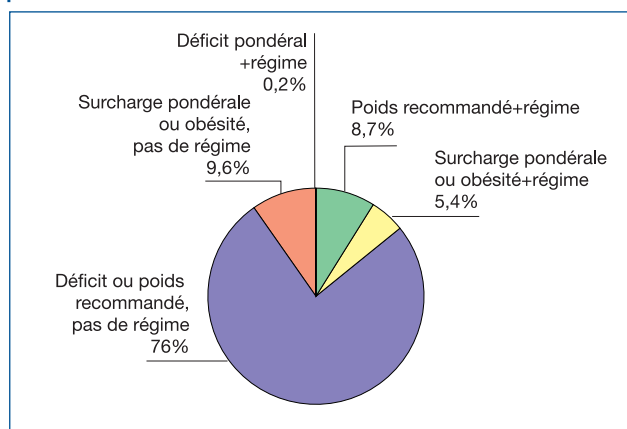


▲ L'analyse des caractéristiques de ce comportement indique que les filles sont trois fois plus nombreuses à suivre un régime que les garçons. Ce sont également les jeunes de 15 et 17 ans qui sont nettement plus concernés par ce type de régime alimentaire par comparaison avec les plus jeunes.

Il n'y a pas de différence selon le type d'enseignement et entre les années d'enquête.

## PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

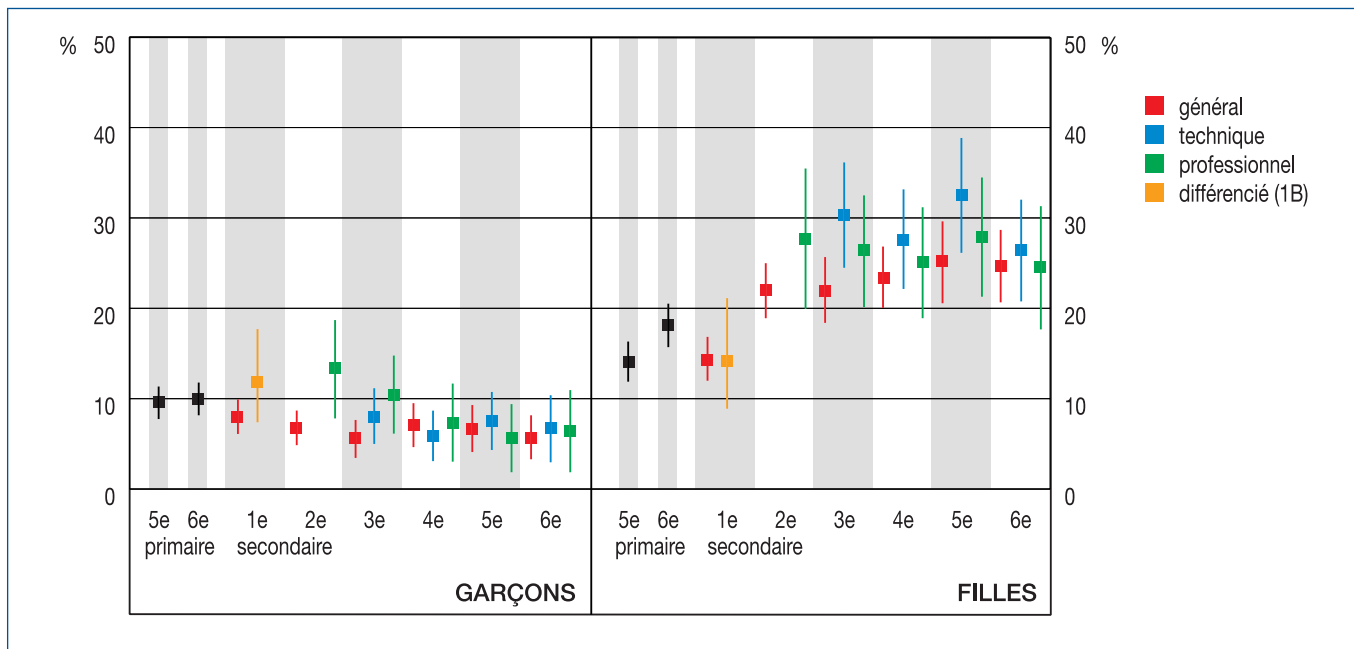
Graphique 2/21 : Répartition en % des élèves de 13, 15 et 17 ans en fonction du suivi ou non d'un régime amaigrissant selon leur statut pondéral en 2002.



▲ Parmi l'ensemble des jeunes, près de 9% des jeunes suivent un régime alors que ce n'est pas nécessaire, soit qu'ils aient le poids recommandé (8,7%), soit qu'ils présentent un déficit pondéral (0,2%).

Toujours parmi l'ensemble des jeunes, sur les 15% présentant un excès de poids, 9,6% ne suivent pas de régime alors que 5,4% déclarent chercher à maigrir.

Sur l'ensemble des jeunes, on observe que près de 3 jeunes sur quatre déclarent ne pas suivre de régime pour maigrir et n'en ont d'ailleurs pas besoin, soit qu'ils aient le poids recommandé, soit qu'ils présentent un déficit pondéral.



▲ Graphique 2/22 : Pourcentage des élèves qui **suivent un régime pour maigrir** par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

Une analyse au sein des types d'enseignement et des classes montre que ce sont principalement les filles qui estiment avoir besoin de perdre du poids et ceci est d'autant plus marqué à partir de la deuxième secondaire. Près d'une fille sur quatre à partir de la deuxième secondaire, a indiqué qu'elle suivait un régime. Il est intéressant de noter que ceci est observé pour les trois types d'enseignement.

La proportion de garçons qui suivent un régime n'augmente pas avec l'âge.



## Les régimes amaigrissants

### RÉSUMÉ

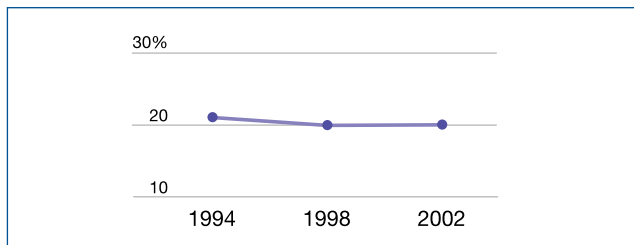
Plus de 15% des jeunes déclarent suivre un régime pour maigrir. Ce sont surtout les filles à partir de la deuxième secondaire qui adoptent ce comportement. En ce qui concerne les garçons, le pourcentage de ceux suivant un régime amaigrissant diminue avec le niveau scolaire et donc avec l'âge.

## Les loisirs : télévision et jeux électroniques

### ÉVOLUTION DE 1994 À 2002

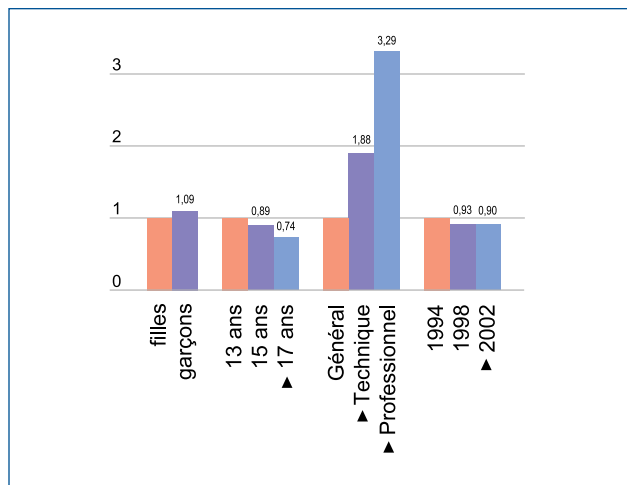
Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre obésité et temps passé devant la télévision. Les Américains parlent de «couch potatoes» ou encore «d'Internet obesity» pour désigner les jeunes et les moins jeunes qui passent des heures entières immobiles devant l'écran de télévision ou du micro ordinateur, une télécommande dans une main, bonbons et gâteaux dans l'autre. On pourrait supposer que cela débouche sur un véritable cercle vicieux : plus on prend d'embonpoint, plus on regarde la télévision et plus on devient passif. L'ennui, voire le stress ou l'anxiété selon les programmes, engendrés par cette activité facilitent le grignotage.

Graphique 2/23 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui regardent la télévision ou des vidéos 4 heures ou plus par jour, par année d'enquête.



▲ Dans notre enquête, un jeune sur cinq déclare regarder la télévision au moins 4 heures par jour les jours d'école en 2002.

Graphique 2/24 : Association entre le fait de regarder la télévision ou des vidéos les jours d'école au moins 4 heures par jour et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ Il n'y a pas de différences entre filles et garçons. Par contre, on observe une baisse avec l'âge du nombre de jeunes regardant télévision ou vidéos plus de 4 heures par jour.

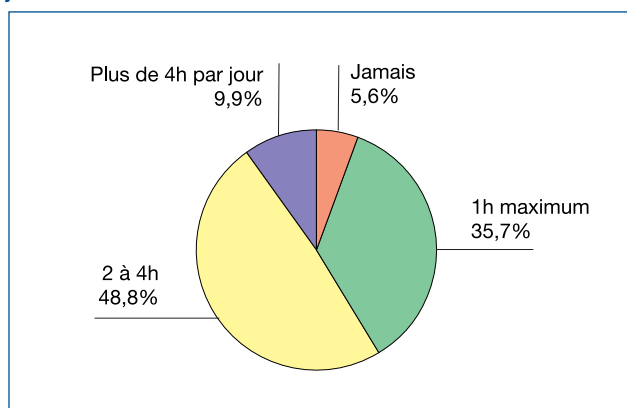
Ce sont les jeunes des enseignements technique et professionnel qui sont les plus grands «consommateurs» de télévision et/ou de vidéos.

On observe une tendance à la baisse, statistiquement significative en 2002 par rapport à 1994.

## Regarder la télévision

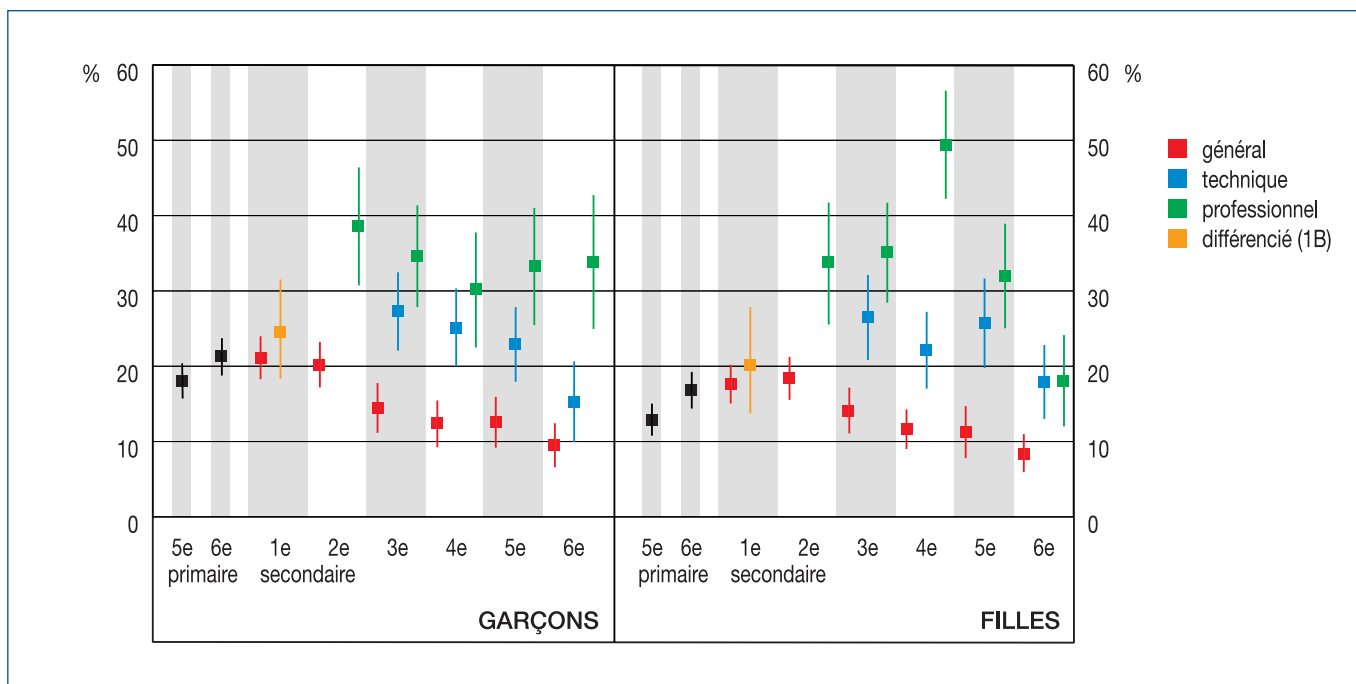
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 2/25 : Répartition en % des élèves de tous âges par rapport au nombre d'heures passées devant la télévision ou des vidéos les jours d'école en 2002.



▲ Près de 10% des jeunes regardent la télévision ou des vidéos plus de 4 heures par jour, les jours d'école et près de 50% les regardent de 2 à 4 heures.

Une minorité de 5,6% des jeunes ne regardent jamais la télévision ou des vidéos les jours d'école.



▲ Graphique 2/26 : Pourcentage des élèves qui regardent la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour, les jours d'école, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

L'analyse par sexe, type d'enseignement et classe montre que :

- Il n'existe pas de différence entre les garçons et les filles.
- On observe des tendances semblables parmi les filles et les garçons : les élèves de l'enseignement général sont moins nombreux à regarder la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour d'école.
- La différence entre les années primaires et le secondaire est très marquée parmi les élèves des enseignements technique et professionnel.

	Regardent TV/vidéos moins de 4h par jour						Regardent TV/vidéos 4h ou plus par jour					
	% Garçons			% Filles			% Garçons			% Filles		
	Gen	Tech	Prof	Gen	Tech	Prof	Gen	Tech	Prof	Gen	Tech	Prof
<b>13 ans</b> ≥ IP85	12	26	18	11	11	21	13	22	35	16	23	33
<b>15 ans</b> ≥ IP85	10	17	23	13	13	23	17	14	19	12	16	27
<b>17 ans</b> ≥ IP85	12	20	19	12	18	25	15	24	30	17	23	26

▲ Tableau 2/1 : Répartition de l'indice pondéral selon le nombre d'heures passées à regarder la télévision ou des vidéos par sexe, type d'enseignement et âge en 2002.

Dans le tableau 2/1, on observe par exemple que 18% des garçons de 13 ans de l'enseignement professionnel qui regardent la télévision ou des vidéos moins de 4 heures par jour sont en surcharge pondérale, contre 36% parmi ceux qui regardent la télévision ou des vidéos plus de 4 heures par jour. Dans le même groupe d'âge, en ce qui concerne les filles, 21% de celles qui regardent moins la télévision sont en surcharge pondérale contre 33% des autres filles. On observe donc une association entre la corpulence et la sédentarité.

# Jouer avec des consoles et autres jeux électroniques

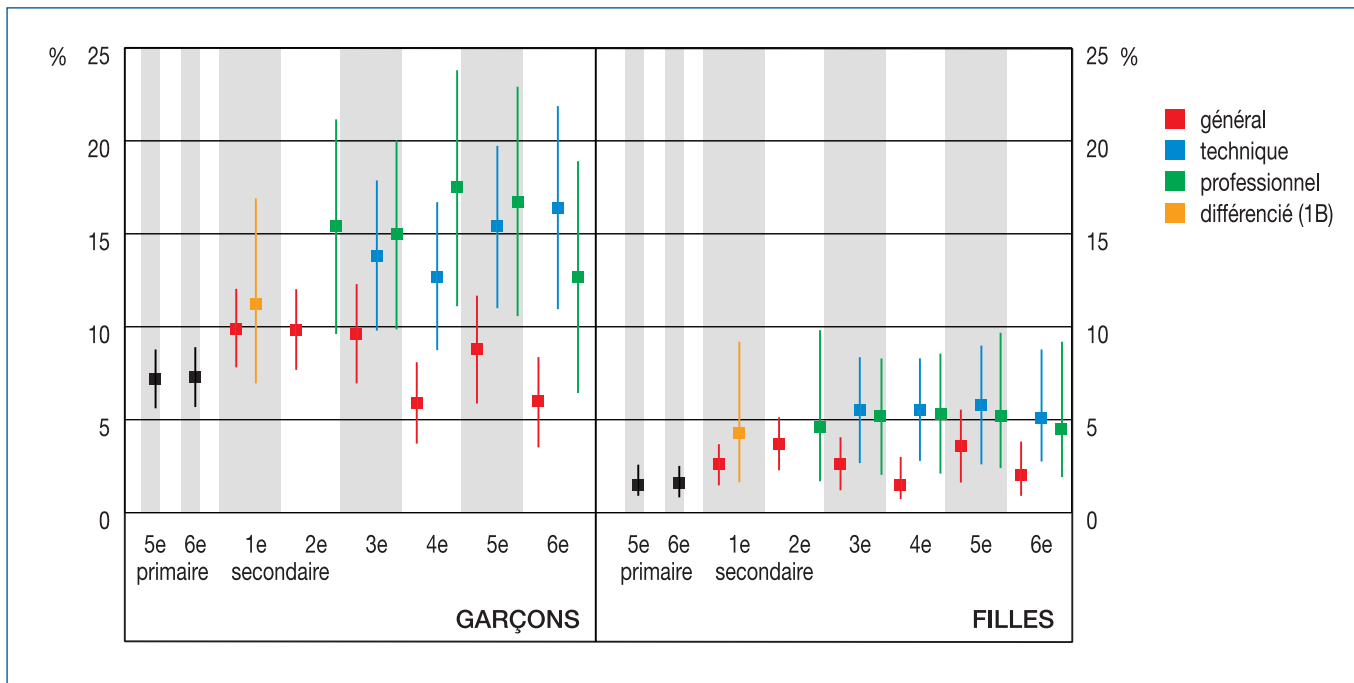
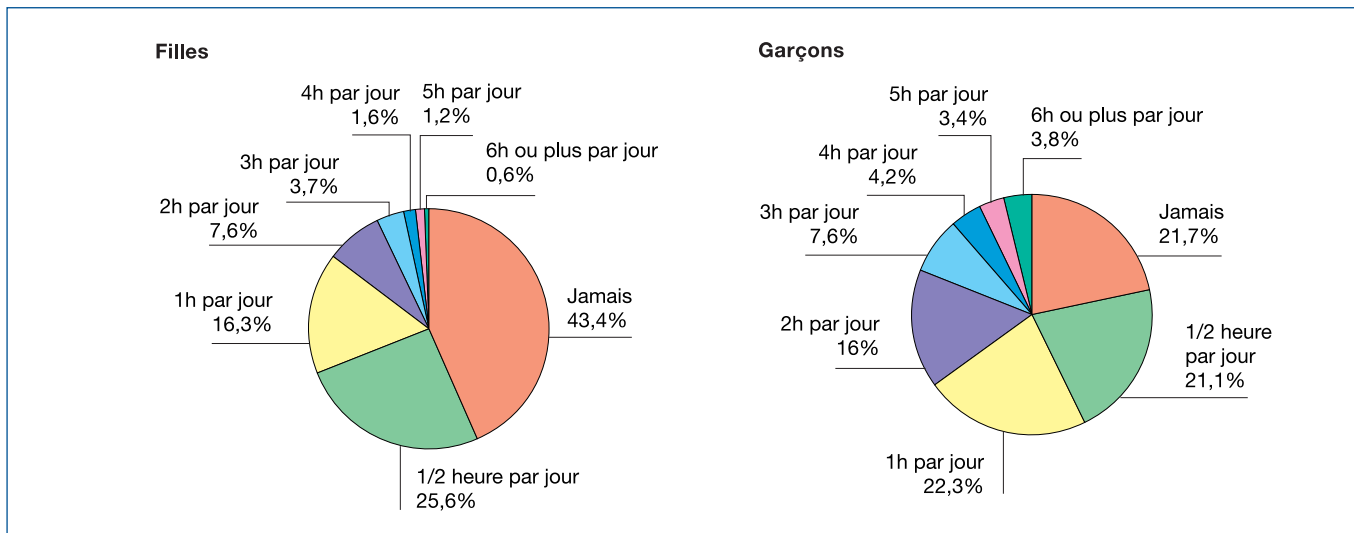
## PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 2/27 : Répartition en % des filles et des garçons de 13, 15 et 17 ans par rapport au nombre d'heures passées à jouer avec un ordinateur et/ou une «playstation» les jours d'école, en 2002.

43,4% de filles et 21,7% des garçons ne jouent jamais avec des jeux électroniques et n'utilisent jamais un ordinateur.

Certains utilisent les consoles de jeux ou l'ordinateur d'une manière modérée, jusqu'à une heure par jour d'école en moyenne : ils sont 41,6% des filles et 43,4% des garçons dans ce cas.

3,4% des filles et 11,4% des garçons peuvent être considérés comme «accros» des jeux ou de l'ordinateur, passant les jours d'école plus de 4 heures à cette activité.



Graphique 2/28 : Pourcentage des élèves qui jouent avec un ordinateur et/ou une «playstation» au moins 4 heures par jour, les jours d'école, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

L'analyse par sexe, type d'enseignement et classe montre que :  
 — Avec le passage du primaire au secondaire, il y a une augmentation du pourcentage de jeunes utilisant console de jeux ou ordinateurs au

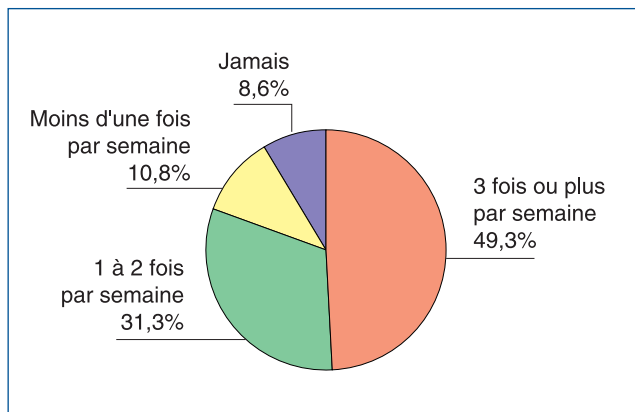
moins 4 heures par jour les jours d'école. Cette différence est surtout marquée chez les garçons de l'enseignement technique et professionnel.

— Ces graphiques montrent clairement que les garçons sont les plus grands «consommateurs» de ce type d'activité, et cela dans toutes les années scolaires et dans tous les types d'enseignement.

## Le sport

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

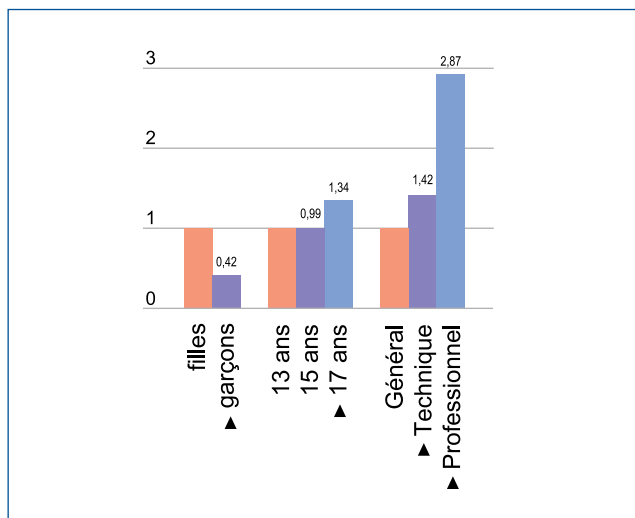
Graphique 2/29 : Répartition en % des filles et des garçons de 13, 15 et 17 ans par rapport à la **fréquence hebdomadaire des activités sportives** en 2002 (en dehors des cours de sport ou de gymnastique).



▲ On observe dans ce graphique que 8,6% des jeunes ne font jamais de sport en dehors des cours de sport ou de gymnastique. Les filles (11,6%) sont plus nombreuses que les garçons (5,3%) dans ce groupe (résultats non représentés).

Par contre, 49,3% de ces jeunes pratiquent un sport au moins trois fois par semaine. Les garçons sont nettement plus nombreux que les filles dans ce cas : respectivement 63% et 36,5% (résultats non représentés).

Graphique 2/30 : Association entre le fait de **ne jamais pratiquer un sport** et le sexe, l'âge et le type d'enseignement (OR ou RC).



▲ Le graphique 2/30 nous montre que ce sont les filles, les élèves les plus âgés et ceux de l'enseignement technique et professionnel qui sont les plus nombreux à ne jamais pratiquer un sport.

### Regarder la télévision Consoles et autres jeux électroniques Le sport

#### RÉSUMÉ

Un jeune sur cinq regarde la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour les jours d'école. Il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons.

Les élèves les plus nombreux à regarder la télévision et les vidéos sont les plus jeunes ainsi que les élèves de l'enseignement technique ou professionnel.

On observe une association entre surcharge pondérale et les indicateurs de sédentarité.

Si la consommation de télévision est indépendante du sexe et diminue avec l'âge, il en est tout autrement pour l'utilisation des consoles de jeux électroniques et de l'ordinateur. En effet, c'est très majoritairement les garçons qui sont friands de ce type de loisir et les résultats montrent une tendance, chez ceux-ci, à utiliser ce type de jeux plus fréquemment avec l'âge. En 2002, 3,4% des filles et 11,4% des garçons peuvent être considérés comme «accros» des jeux ou de l'ordinateur, les élèves du général étant moins nombreux que les autres dans ce groupe.

63% des garçons et 36,5% des filles font du sport au moins trois fois par semaine. Ce sont les filles, les élèves les plus âgés et ceux de l'enseignement technique et professionnel qui sont les plus nombreux à ne jamais pratiquer un sport.

## Les pistes

### 1. NUTRITION, STATUT PONDÉRAL ET PETIT DÉJEUNER

#### La signification des faits observés

Durant ces dernières décennies, le type d'aliments, la manière de les consommer et le budget alloué à la consommation alimentaire ont profondément évolué. Quelques indicateurs de ces changements : la part du budget des ménages consacrée à l'alimentation a diminué de 50% à 25% durant les quarante dernières années dans l'ensemble de l'Europe. La consommation alimentaire hors du foyer a par ailleurs augmenté considérablement. D'autres tendances significatives concernent la diminution des plats traditionnels préparés à partir d'ingrédients frais, une consommation alimentaire qui s'est affranchie du cycle des saisons, une tendance pour certains groupes de population à consommer des aliments nouveaux ou exotiques.

La nutrition, avec l'influence qui lui est reconnue parmi les principales causes de mortalité et de morbidité évitables, en particulier au travers des maladies cardio-vasculaires et de certains cancers, est un sujet central en santé publique. Les coûts humains de la morbidité et de la mortalité prématurée sont évidents, pour les individus eux-mêmes et pour leurs proches. La recherche épidémiologique et la recherche clinique sur la nutrition et l'activité physique ont clarifié le rôle de certains facteurs liés à la nutrition et aux modes de vie dans l'apparition et le développement des maladies chroniques courantes. Les scientifiques ont atteint un certain consensus quant au rôle de ces différents facteurs.

L'effet protecteur des fruits et légumes sur différentes pathologies dégénératives telles que les cancers et maladies cardio-vasculaires, constitue une évidence actuellement reconnue par le monde scientifique. Cependant, des enquêtes de consommation alimentaire récentes montrent que très peu de pays consomment l'apport quotidien de 400gr de fruits et légumes recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'obésité qui atteint les enfants et les adolescents est un réel problème dont les conséquences médicales, psychosociales et économiques sont lourdes. En 1999, le coût direct de l'obésité en Belgique était déjà estimé à 6% du budget de l'INAMI.

Le fast-food est le point de rencontre d'un grand nombre d'adolescents, c'est un lieu incontournable et c'est aussi le lieu commun pour commander le trio «hamburger-frites-coca ou autres limonades sucrées» qui n'est sans doute pas le meilleur choix de repas «équilibré», trop favorable en effet à un excès en graisses. Or, même si les lipides, au même titre que les protéines et les glucides, sont indispensables, leur consommation doit rester raisonnable, surtout en ce qui concerne les graisses dites «cachées» qui se trouvent dans les aliments. La richesse en graisse de notre assiette est partiellement entretenue par l'ignorance de son origine. D'une part, on distingue les graisses visibles, facilement identifiables : ce sont les matières grasses tartinables et de cuisson, les sauces ou encore les huiles végétales. Leur consommation a fortement baissé ces vingt dernières années, une diminution qui a été encouragée par les discours des nutritionnistes. Cependant, la graisse se cache également à notre insu dans de nombreux aliments comme certains morceaux de viande, les charcuteries, les fromages, mais aussi et principalement dans des denrées alimentaires fortement «gustatives» comme les pâtisseries, les chips, les snacks salés et sucrés, les biscuits et le chocolat.

Les comportements alimentaires, tout comme les comportements vestimentaires ou tabagiques sont en partie liés à l'influence des pairs au moment de l'adolescence. Il ne sert donc à rien de vouloir diaboliser le fast-food ou certains aliments spécifiques. Par ailleurs, les jeunes tout comme les adultes, doivent être capables de consommer ouvertement et donc sans un sentiment de culpabilité leurs aliments préférés, le moment d'un repas ou d'une collation entre copains devant rester un moment de bien-être. Par contre, un «rééquilibrage» alimentaire par des repas quotidiens sains dans son environnement familial et scolaire comme les cantines à l'école, a son importance. C'est aux parents mais également à la communauté éducatrice (école, programmes d'éducation à la santé) d'apprendre aux jeunes à repérer les aliments riches en graisses et comment les apprécier avec modération. Ceci peut se faire entre autres par des projets d'éducation développant le sens critique face aux médias publicitaires dans le domaine de l'alimentation.

## Agir

Faut-il faire une enquête dans une école avant de commencer un projet d'éducation nutritionnelle ?

Notre réponse est très semblable à celle faite au chapitre précédent. Il ne semble pas a priori utile de faire une enquête du même type que celle présentée dans ces pages.

Rappelons que dans les photographies actuelles présentant la distribution par sexe, par niveau et par type d'enseignement, la barre verticale indique l'intervalle de confiance à un seuil de 5%. Cela permet de dire que si on reconduit la même enquête dans la même population, on a 95% de chance de trouver un résultat qui soit situé dans l'intervalle de confiance présenté dans les photographies actuelles.

Plutôt que de refaire une photographie actuelle qui risquerait de ne pas apporter d'information supplémentaire, la proposition est de partir de ces résultats :

- pour ouvrir un débat sur les raisons qui peuvent expliquer par exemple des différences entre les filles et les garçons, entre les types d'enseignement ou encore entre les années primaires et secondaires ;
- pour faire un diagnostic d'environnement sur les caractéristiques de l'école qui favorisent une bonne alimentation (par exemple des fontaines d'eau) ou sur celles qui favorisent une alimentation déséquilibrée, avec la volonté de développer les premières et de trouver une solution satisfaisante pour tous aux deuxièmes.

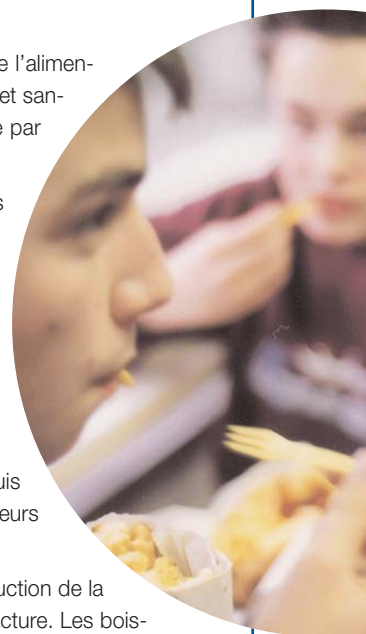
### **Parmi les pistes pour l'action à l'école, dans la communauté éducative au sens large et pour les décideurs politiques, citons :**

- Plus de jeunes qu'auparavant ont une alimentation déséquilibrée, avec peu de légumes, de fruits, trop de graisses et de sucre. Combattre une telle tendance ne peut se faire qu'en joignant les efforts de plusieurs secteurs : les pouvoirs organisateurs, responsables des aliments offerts à la cantine ou vendus dans des machines automatiques ; l'enseignement, qui peut introduire l'éducation pour la santé dans les programmes scolaires ; les équipes PSE (ex-IMS) et PMS, accompagnées par le secteur de la promotion santé, pour développer des projets d'écoles en collaboration avec les parents ; les responsables communaux qui peuvent travailler avec les épiciers et autres commerçants proches des écoles pour qu'ils offrent des fruits et salades frais chaque jour d'école, etc.
- Suivant les possibilités du programme scolaire, pourquoi ne pourrait-on pas parler de l'alimentation équilibrée nécessaire pour vivre et grandir lorsqu'on aborde le système digestif et sanguin en biologie (comme de parler du tabac lorsqu'on aborde le système respiratoire par exemple).
- Les analyses d'une des enquêtes qui approfondissait les lieux de repas et les raisons de ce choix montraient clairement que les jeunes ne quittaient pas l'école pour manger des hamburgers et des frites mais pour sortir de l'école et se trouver entre amis dans un endroit «cool», un snack ou autre fast-food. Pourquoi ne pas créer un endroit «cool» dans certaines écoles, endroit géré par les jeunes ?

- Cette même enquête révélait que certains jeunes voulaient conserver une partie de leur budget repas pour d'autres achats. Le sachet de frites était le moyen le plus économique de se nourrir sauf si on ne prend pas en compte le pique-nique maison.

Avoir accès à des aliments de qualité variés à des prix raisonnables est le pré-requis essentiel d'une alimentation saine. Ce n'est pas le cas pour nombre de consommateurs belges ou vivant en Belgique.

- Selon une étude américaine, les boissons gazeuses seraient responsables d'une réduction de la masse osseuse chez les adolescentes. Elles multiplieraient par trois les risques de fracture. Les boissons pétillantes à base de cola seraient les plus néfastes. Pour l'instant, les scientifiques ne trouvent aucune explication à ce phénomène. Cependant, l'influence de la consommation de ces boissons dans les problèmes d'obésité ou de caries dentaires a, quant à elle, été prouvée depuis longtemps. Ne faudrait-il pas renégocier le contenu des distributeurs automatiques de produits de consommation et de boissons avec les pouvoirs organisateurs et les parents ?



- Des analyses effectuées avec les données de l'enquête 1988 montraient que les jeunes qui ne prenaient pas de petit déjeuner le matin avant l'école rentraient tous au moins dans une catégorie suivante : celle des jeunes (surtout les filles) qui voulaient faire régime en sautant un repas, celle de ceux qui se levaient trop tard et n'avaient pas le temps de déjeuner et enfin, celle des jeunes qui vivaient dans une famille où personne ne prenait de petit déjeuner. Il est important de comprendre un comportement en l'intégrant dans le mode de vie. Travailler sur la prise du petit déjeuner avant l'école doit se faire en parallèle avec les familles, en tenant compte du rythme de vie (télévision et nombre d'heures de sommeil), et enfin, de la perception de son poids et d'une bonne compréhension d'un régime.
- Ces régimes mal compris (pas de prise du petit déjeuner, snack avec des graisses cachées à 10 heures, etc.) ou inutiles (dans le cas des jeunes sans surcharge pondérale) sont un autre thème important à aborder à l'adolescence. Lier l'information sur les fruits et légumes et sur l'alimentation équilibrée à leur influence sur la (non-) prise de poids pourrait être une piste de discussion avec les jeunes.
- Aussi longtemps que l'environnement dictera la minceur tout en encourageant à la fois la consommation d'aliments amaigrissants et des aliments à haute teneur en gras et énergie, les adolescentes éprouveront un malaise face à leur alimentation et à leur corps, quel que soit leur degré de sensibilisation. L'éveil à la critique de la publicité concernant les produits et boissons alimentaires matraquant les jeunes dès la petite enfance sont une autre piste d'action intéressante. Pour mieux résister aux mythes et aux promesses creuses de la publicité, voir le site <http://www.antipub.net>
- Diminution des fruits et légumes, augmentation de la consommation de frites, moins de prise de petit déjeuner, augmentation de la surcharge pondérale sont des facteurs qui évoluent entre le primaire et le secondaire. Une fois encore, l'attention doit être portée sur ce passage et sur les raisons qui amènent des jeunes à changer de comportements durant cette période et sur les solutions à y apporter.

## 2. TÉLÉVISION, VIDÉOS, ORDINATEUR ET CONSOLES DE JEUX ÉLECTRONIQUES

### Des pistes pour l'action à l'école, dans la communauté éducative au sens large ou pour les décideurs politiques :

- L'intérêt positif des jeunes pour les jeux électroniques et plus généralement pour l'informatique peut être utilisé pour développer de nouveaux moyens pédagogiques (Coppieters et al., 2003).
- Il est nécessaire de s'intéresser aux jeunes dépendant des jeux ou de l'ordinateur (c'est-à-dire de ceux qui y passent au moins 4 heures par jour, chaque jour d'école).
- Les jeunes passent beaucoup de temps devant la télévision ou un autre écran. Tous ne sont pas intéressés spontanément par des loisirs actifs. Toutefois, les jeunes qui voudraient exercer leur sport ont parfois des difficultés insurmontables. L'offre de loisirs plus actifs et notamment de sports est à examiner. Un groupe de jeunes en milieu urbain, sans beaucoup d'argent de poche, va difficilement trouver un lieu où jouer au football ou au basket ou encore, faire de la planche à roulettes sans se faire rabrouer par les habitants, voire par la police, appelée à la rescousse pour faire cesser le bruit.
- L'accès aux salles de sport et l'adhésion à un club requiert un budget couvrant la visite médicale d'aptitude, l'adhésion et l'assurance, l'équipement et parfois encore le transport. Ce problème n'est pas simple à résoudre. L'école ne pourrait-elle sous certaines conditions et avec une aide communautaire et/ou régionale, offrir son infrastructure sportive et un minimum d'encadrement en dehors des heures de classes ?

## CONCLUSION

Les facteurs influençant les choix alimentaires sont nombreux et variés. De ce fait, il serait naïf de penser que la question de la promotion d'une alimentation saine pourrait se résoudre simplement à une information sur ce qu'est une alimentation favorable à la santé. Il est maintenant parfaitement établi que l'éducation pour la santé ne suffit pas à elle seule à provoquer des changements dans la façon dont se nourrit la population. D'autres facteurs, que le consommateur ne contrôle pas, de la publicité et de la promotion des marques des produits alimentaires jusqu'à l'accessibilité de produits frais à des prix raisonnables, influencent significativement les choix alimentaires. Pour être efficace, une stratégie visant à améliorer la santé nutritionnelle doit prendre en compte un grand nombre d'éléments qui contribuent à inhiber ou à favoriser une nutrition saine.

Les interventions doivent donc tenir compte des enjeux qui importent aux adolescents, associer ces derniers à leur mise au point des projets et cibler autant l'environnement que les adolescents eux-mêmes. Il est impossible d'empêcher que les «ados» aient un comportement alimentaire bien caractéristique de leur âge. Celui-ci participe à la recherche de leur identité, à la revendication d'une certaine autonomie, au rejet des contraintes familiales et à la conformité au groupe. La famille joue cependant un rôle fondamental dans la structuration affective et sociale de l'adolescence et «prendre certains repas ensemble» est essentiel (et souhaité par la plupart des adolescents eux-mêmes). La nourriture familiale est d'ailleurs souvent considérée comme le repas préféré des «ados» interrogés dans les enquêtes.

La notion simpliste voulant que les aliments se rangent dans les camps : «santé» ou «junk food», avec les connotations liées à cette terminologie, doit être combattue.

Si l'ensemble de l'alimentation est varié et équilibré, des «écarts» occasionnels (aliments-minute, snacks,...) consommés lors des fêtes ou pendant des moments décontractés n'ont pas nécessairement d'effets néfastes.







## [ Chapitre Trois ]

# Conduites à risque

### INTRODUCTION

Les conduites à risque sont abordées dans l'étude «Santé et bien-être des jeunes» par l'étude de la consommation des substances psychoactives licites et illicites telles que le tabac, l'alcool, le cannabis et l'ecstasy. Nous avons choisi d'inclure les médicaments dans le chapitre 1, mais les abus de ces produits auraient tout aussi bien pu se trouver dans cette partie. Rappelons que l'abus de drogues licites (l'alcool, le tabac,...) est beaucoup plus fréquent dans nos sociétés que celui de substances illégales.

Après l'examen de résultats relatifs à ces produits, nous abordons dans un second temps le phénomène de polyconsommation des adolescents. Le chapitre aborde un autre comportement qui reflète la prise de conscience des risques chez les jeunes et leur capacité à adopter des comportements de protection : il s'agit du (non-) port de la ceinture de sécurité en voiture.

### Note méthodologique :

Les drogues illicites ont pour la première fois en 2002 fait partie du protocole international obligatoire. Certaines des questions ont donc, pour la première fois, changé de forme. Les réponses ne sont pas exactement comparables. C'est pourquoi nous avons, dans ces cas, omis de rejoindre les résultats entre 1998 et 2002 dans les graphiques.

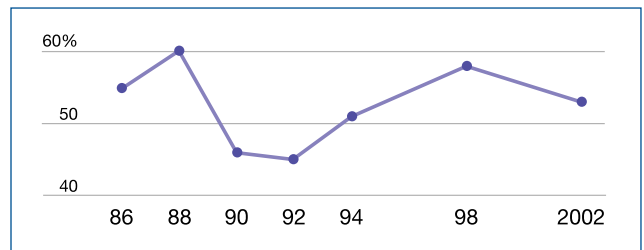
## La consommation de tabac

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

Les méfaits du tabagisme sur la santé ne sont plus à démontrer. Le décès prématuré attribuable à la consommation de tabac constitue un grave problème de santé publique dans le monde. Le tabagisme reste une des priorités d'action en matière de santé, notamment dans la lutte contre les inégalités sociales de santé en Europe : le tabac est la cause principale de surmortalité évitable dans les groupes les plus défavorisés, par comparaison aux classes les plus aisées financièrement. En Angleterre, environ 11% des personnes de la classe la plus favorisée fument : ils sont trois fois plus nombreux dans les groupes défavorisés. En France, 52% des chômeurs fument, contre 38% des travailleurs (OMS-Europe 2002).

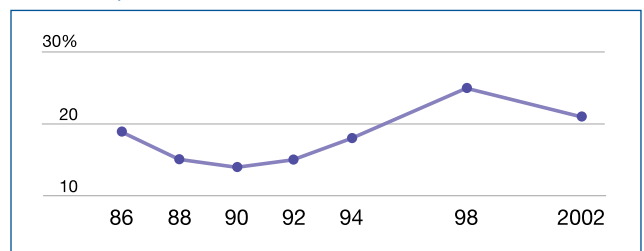
Dans l'enquête «Santé et bien-être des jeunes», le thème du tabagisme est abordé par certaines questions relatives au statut tabagique et aux comportements de consommation : «as-tu déjà fumé du tabac ?», «et maintenant fumes-tu du tabac ?» ; et aussi «en général, combien de cigarettes fumes-tu par semaine ?».

Graphique 3/1 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui ont **déjà fumé du tabac au moins une fois**, par année d'enquête.



▲ En 2002, lors de la dernière enquête, 53% des jeunes ont répondu avoir déjà fumé du tabac. Si on observe une augmentation de 13% de jeunes disant avoir déjà fumé entre 1992 et 2002, les résultats de l'enquête de 1988 ou de 1998 présentaient une prévalence plus élevée que celle de 2002.

Graphique 3/2 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **fument du tabac au moins une fois par semaine**, par année d'enquête.

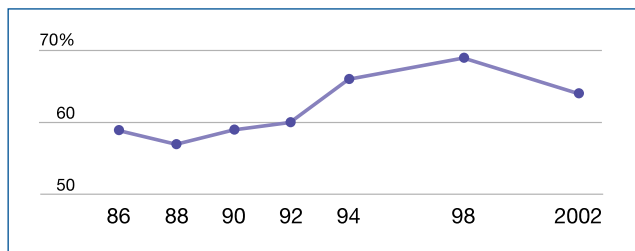


▲ La prévalence de fumeurs hebdomadaires, âges et sexes confondus, évolue de 14% en 1990 à 21% en 2002. Il s'agit des jeunes qui fument

régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine la cigarette, le cigare ou la pipe.

On observe une courbe en U entre 1986 et 1998, suivie d'une diminution en 2002.

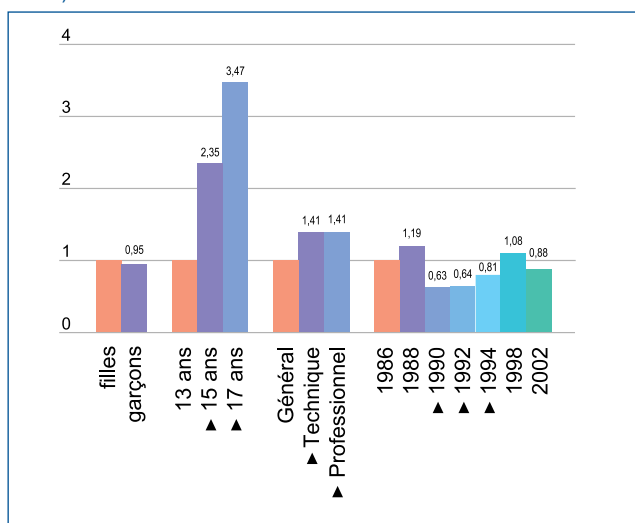
Graphique 3/3 : Proportions standardisées en % des élèves fumeurs qui fument 20 cigarettes ou plus par semaine, par année d'enquête.



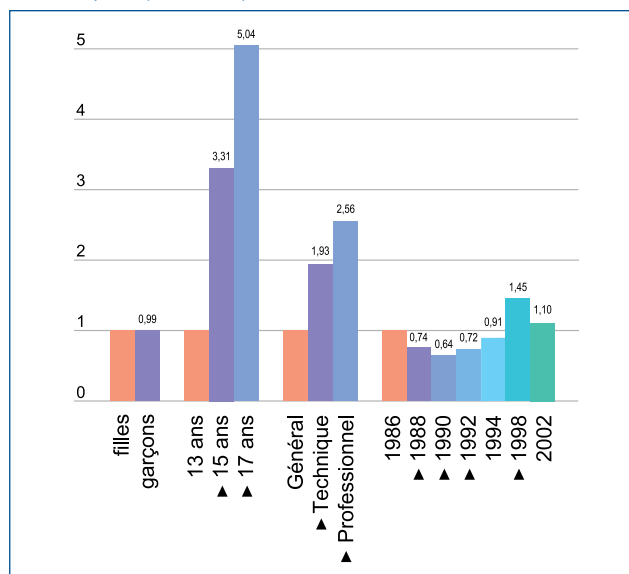
Parmi les jeunes qui fument régulièrement, ils étaient 59% en 1986 à avoir une consommation de 20 cigarettes ou plus par semaine. En 2002, 64% des fumeurs adolescents peuvent être considérés comme «grands fumeurs».

Comme pour le nombre de fumeurs hebdomadaires, on observe une diminution entre 1998 et 2002.

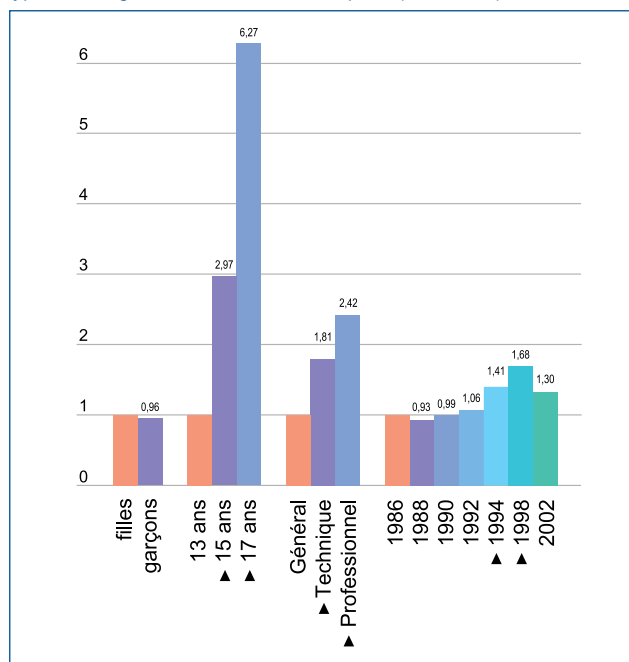
Graphique 3/4 : Association entre le fait d'avoir fumé au moins une fois et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 3/5 : Association entre le fait de fumer du tabac au moins une fois par semaine et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 3/6 : Association parmi les fumeurs entre le fait d'être fumeur de 20 cigarettes ou plus par semaine et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



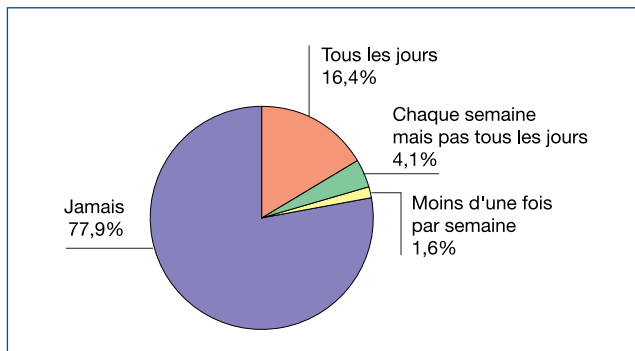
Graphiques 3/4 à 3/6. L'analyse multivariée étudie les caractéristiques des jeunes pour ces trois comportements tabagiques :

- le risque d'essayer de fumer, d'être fumeur et même grand fumeur est équivalent pour les garçons et les filles.
- le nombre de fumeurs augmente de façon importante de 13 à 17 ans.
- la différence entre types d'enseignement est assez marquée pour les comportements liés au tabac. C'est dans l'enseignement général que le fait d'avoir déjà fumé du tabac, d'être un fumeur régulier ou un grand fumeur est le plus faible par rapport aux élèves de l'enseignement technique et à ceux de l'enseignement professionnel.
- on observe qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre 1986 et 2002 en ce qui concerne les trois types de comportements même si des variations sont parfois observées d'une enquête à l'autre.

# La consommation de tabac

## PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 3/7 : Répartition en % des élèves de 13, 15 et 17 ans en fonction de leur statut tabagique en 2002.



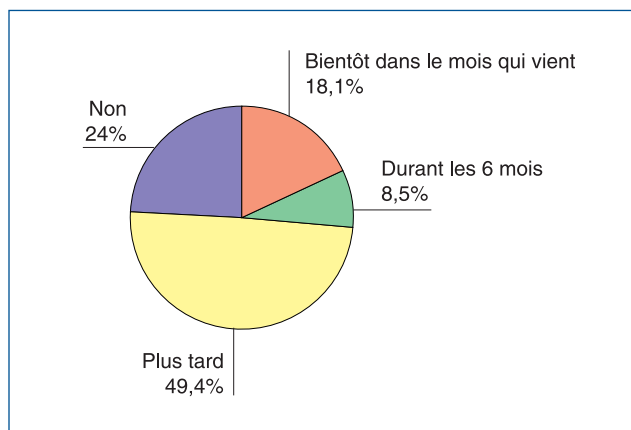
▲ Par rapport à la question «fumes-tu actuellement du tabac ?», quatre catégories définissent le statut tabagique : les fumeurs journaliers ; les fumeurs réguliers qui ne fument pas tous les jours, mais au moins une fois par semaine ; les fumeurs qui consomment moins d'une fois par semaine et les jeunes qui ne fument pas de tabac.

20,5% des jeunes âgés de 13, 15 et 17 ans fument la cigarette, le cigare ou la pipe régulièrement ; 16,4% sont des fumeurs journaliers et 4,1% des fumeurs hebdomadaires.

Une majorité d'élèves (77,9%) ne fument jamais.

En 2002, la proportion de filles et de garçons qui fument régulièrement ou de manière occasionnelle est pratiquement identique (résultats non représentés).

Graphique 3/8 : Répartition en % des élèves fumeurs de quatrième secondaire en fonction de leur désir d'arrêter de fumer en 2002.



▲ Parmi les fumeurs de 4ème secondaire, 24% n'envisagent pas d'arrêter de fumer. Par contre, 18% voudraient cesser dans les semaines qui suivent et 8,5% dans les 6 mois qui suivent.

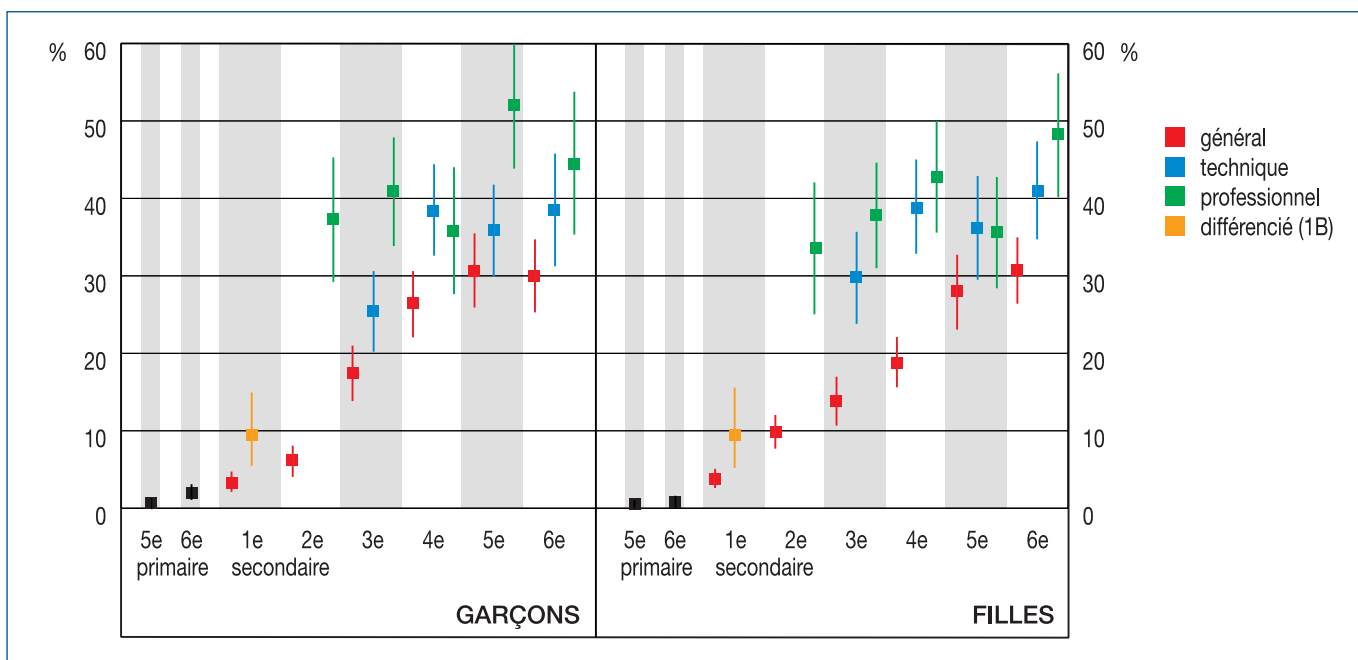
Graphique 3/9 : Pourcentage des élèves fumeurs hebdomadaires par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

▼ Les résultats de consommation hebdomadaire de tabac chez les jeunes en fonction du sexe, du type d'enseignement et des classes montrent une augmentation avec le niveau de classe, de la cinquième primaire à la sixième secondaire de tous les types d'enseignement. Ceci est assez logique quand on se rappelle que le tabagisme est associé à l'âge.

Il n'y a pas de différence claire entre les garçons et les filles, et cela pour les trois types d'enseignement. Peut-être peut-on dire que les filles de l'enseignement général présentent un «retard» par rapport aux garçons au milieu du secondaire mais elles sont devenues aussi nombreuses à fumer que ceux-ci une fois en sixième secondaire.

Par contre, la consommation est beaucoup plus fréquente dans l'enseignement technique et professionnel.

Il faut noter l'importance du passage de la sixième primaire au secondaire.



L'enquête nationale de santé par interview 2001 montre que 40% des jeunes wallons de 15 à 24 ans fument chaque jour (contre 33% pour la moyenne nationale dans ce groupe d'âge). Parmi ces fumeurs wallons réguliers, 20% (soit 8% de la totalité des jeunes de cet âge) fument plus de 20 cigarettes par jour (ISSP, 2002). Par ailleurs, on sait également que la plupart des fumeurs réguliers à l'âge adulte ont commencé à fumer chaque jour avant l'âge de 20 ans.

## La consommation de tabac

### RÉSUMÉ

En ce début de siècle, la réduction du tabagisme chez les jeunes demeure toujours un défi de taille pour la santé publique. Actuellement, les jeunes filles constituent tout autant que les garçons une cible d'intervention prioritaire.

Parmi les fumeurs, on observe une augmentation des «grands» fumeurs (plus de 20 cigarettes par semaine).

Les jeunes des types d'enseignement professionnel et technique sont également une priorité dans un programme ayant des objectifs en matière de réduction des inégalités.

Il faut porter une attention particulière au passage entre le primaire et le secondaire et continuer les programmes de prévention primaire (diminution de la demande) dans le secondaire inférieur.

Enfin, il ne faut pas négliger le désir d'arrêter de fumer. En 4ème secondaire par exemple, 76% des fumeurs désirent cesser de fumer.

## La consommation d'alcool

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

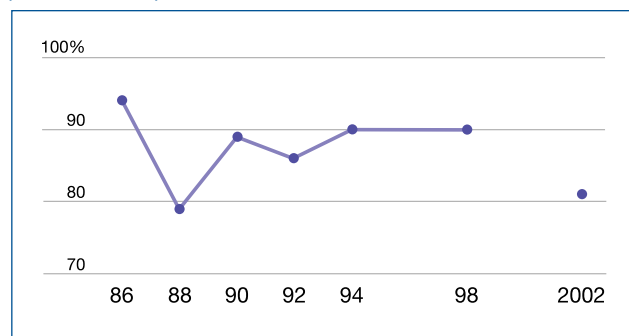
L'abus d'alcool est, tout comme le tabac, un des problèmes prioritaires de santé publique. La mortalité attribuable à la prise d'alcool contribue considérablement à la mortalité totale en Belgique et dans la plupart des pays européens : chaque année, plus de 55.000 jeunes européens meurent des suites d'une surconsommation d'alcool (OMS-Europe, 2002). L'abus d'alcool explique une partie des différences de mortalité entre les sexes, par exemple, en Russie où on observe une longévité des femmes nettement plus importante que celle des hommes.

Dans la population des jeunes de 18 à 25 ans, l'alcool représente 40 à 60 % des causes immédiates de tous les accidents et c'est un élément du taux élevé de mortalité évitable des jeunes. De plus, la consommation excessive d'alcool augmente la probabilité de développer des problèmes particuliers de santé (vasculaires, hépatiques et métaboliques), ainsi que des problèmes d'ordre social ou comportemental comme la violence familiale.

Une enquête récente au sein de la population adulte de la commune de Mouscron, confirmant nos enquêtes antérieures (Piette, 1988), a montré que les consommations d'alcool, qu'elles se fassent en semaine ou le week-end, ont lieu principalement au domicile, s'ancrant dans les habitudes familiales ainsi que lors de fêtes en familles ou entre amis (Coppieters et al., 2001).

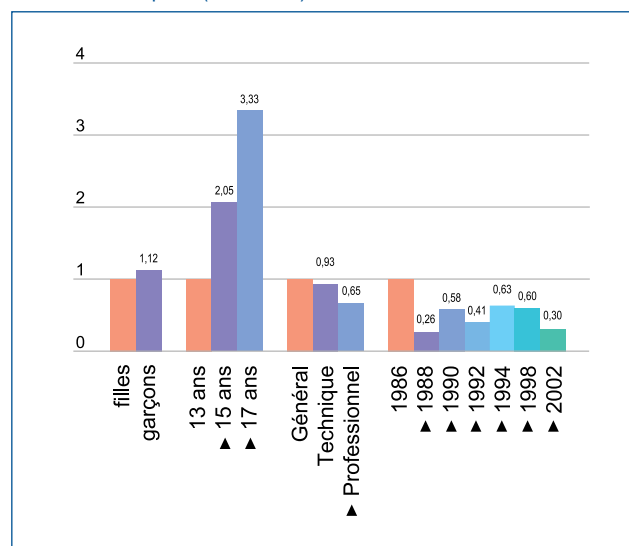
L'étude «Santé et bien-être des jeunes» vise à documenter les comportements des adolescents en matière de consommation d'alcool en questionnant : l'essai de la consommation d'alcool, la fréquence de cette consommation, l'excès de consommation et enfin le type d'alcool consommé.

Graphique 3/10 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui ont déjà bu une boisson alcoolisée au moins une fois, par année d'enquête.



▲ Au cours des années, la proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà goûté une boisson alcoolisée varie de 94% en 1986 à 81% en 2002. Cette diminution peut être (partiellement) due au changement de la question dans le protocole international de 2002 : il est dorénavant spécifié que «goûté» signifie «avoir consommé au moins un verre d'alcool», précision manquante auparavant.

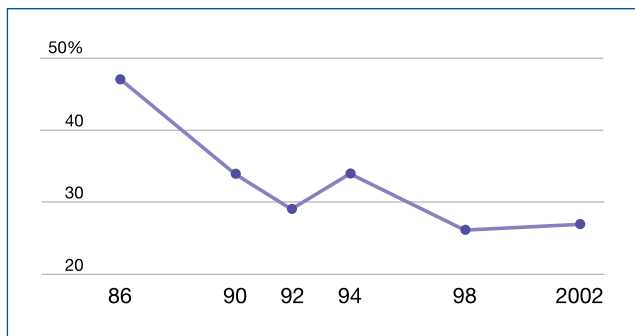
Graphique 3/11 : Association entre le fait d'avoir bu une boisson alcoolisée au moins une fois et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ L'essai de consommation d'alcool s'observe plus fréquemment chez les élèves plus âgés et parmi ceux de l'enseignement général.

On observe une diminution de l'essai par rapport à 1986, et cela pour toutes les enquêtes suivantes.

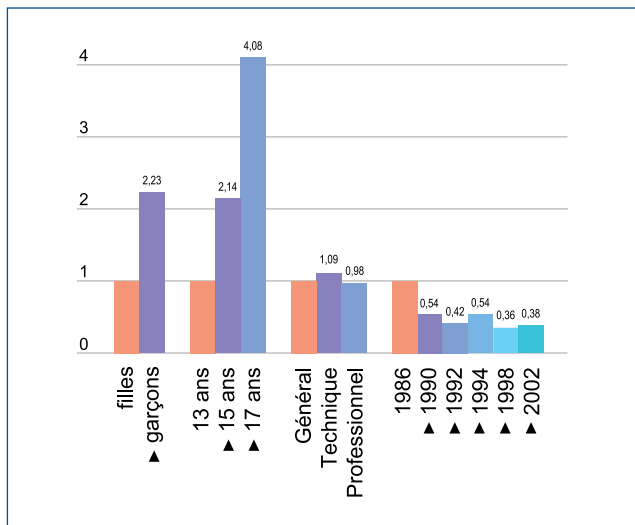
Graphique 3/12 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **boivent une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine**, par année d'enquête.



L'étude de la fréquence des consommations confirme que pour certains jeunes, le fait de boire de l'alcool n'est pas occasionnel : en 2002, environ un jeune sur quatre parmi ceux qui ont déjà bu de l'alcool, âge et sexe confondus, déclare consommer de l'alcool une fois ou plus par semaine.

L'évolution dans le temps montre que le nombre de consommateurs réguliers est, par rapport aux enquêtes antérieures, le plus bas ces dernières années (1998 et 2002). De 1986 à 2002, le pourcentage de buveurs hebdomadaires a diminué de 48 à 28%.

Graphique 3/13 : Association parmi les jeunes qui ont déjà bu de l'alcool entre le fait de **boire une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

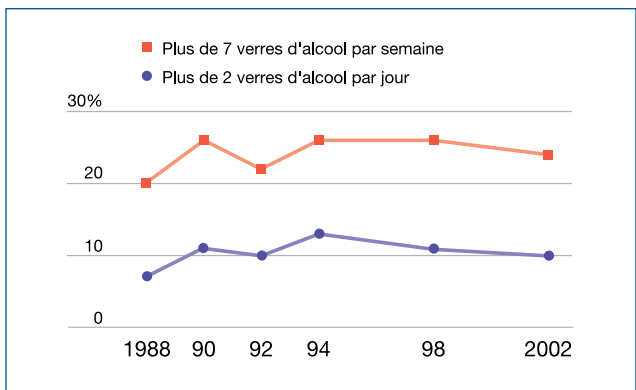


Les garçons sont environ deux fois plus nombreux que les filles à consommer de l'alcool chaque semaine.

Cette consommation régulière d'alcool varie peu en fonction du type d'enseignement mais elle augmente avec l'âge.

Par rapport à 1986, ainsi que mentionné plus haut, on observe une diminution significative du pourcentage de buveurs hebdomadaires.

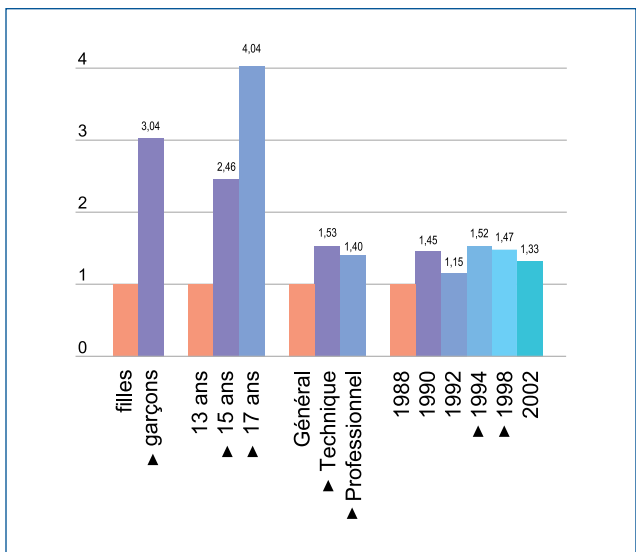
Graphique 3/14 : Proportions standardisées en % parmi les buveurs hebdomadaires des élèves qui **boivent plus de 7 verres d'alcool par semaine ou plus de 2 verres par jour**, par année d'enquête.



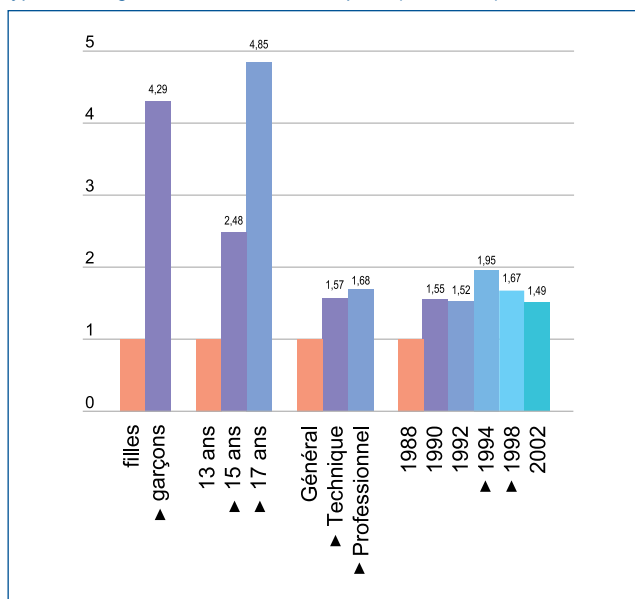
On a défini deux groupes de «grands consommateurs d'alcool» parmi les adolescents qui disent boire chaque semaine : les jeunes qui boivent au moins 7 verres d'alcool par semaine et ceux qui en boivent au moins 2 par jour.

On observe que le nombre de grands buveurs (au moins 7 verres par semaine ou 2 verres par jour) est relativement stable depuis 1988.

Graphique 3/15 : Association parmi les buveurs hebdomadaires entre le fait de **boire plus de 7 verres d'alcool par semaine** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



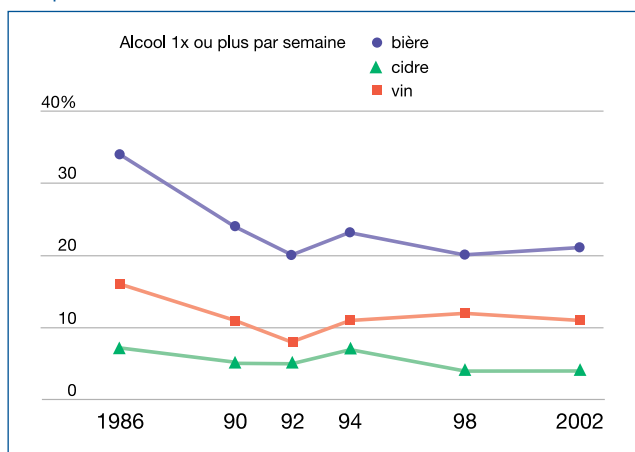
Graphique 3/16 : Association parmi les buveurs hebdomadaires entre le fait de **boire plus de 2 verres d'alcool par jour** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Parmi ces 2 groupes de grands consommateurs, on observe surtout les garçons, les élèves plus âgés et les élèves de l'enseignement technique et professionnel.

Pour la consommation de plus de 7 verres d'alcool par semaine, par rapport aux filles, les garçons ont un «risque» trois fois plus important d'adopter cette habitude. On observe un «risque» quatre fois plus important pour les adolescents de 17 ans par rapport aux plus jeunes de 13 ans.

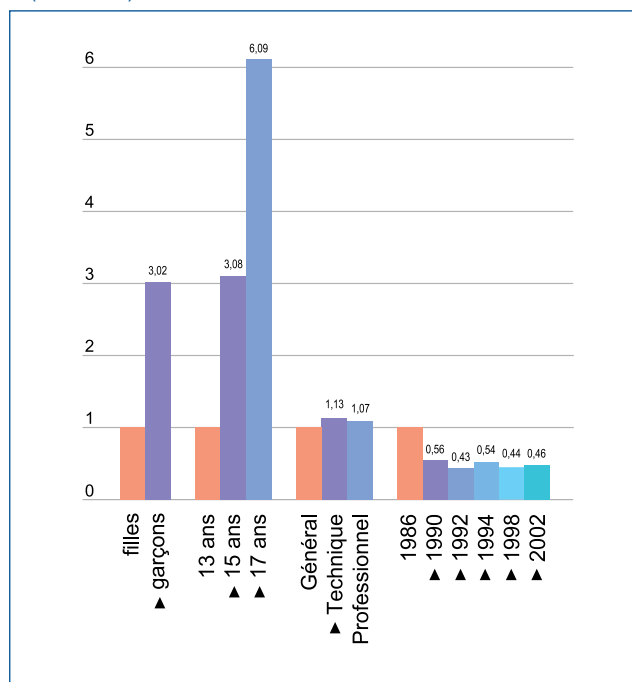
Graphique 3/17 : Proportions standardisées en % des jeunes **buvant une fois ou plus par semaine de la bière, du vin ou du cidre**, parmi les élèves de 13, 15 et 17 ans qui ont déjà bu de l'alcool, par année d'enquête.



L'analyse du type d'alcool consommé montre qu'en 2002, parmi les jeunes qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine, 21% déclarent une consommation hebdomadaire de bière et 11% une consommation de vin.

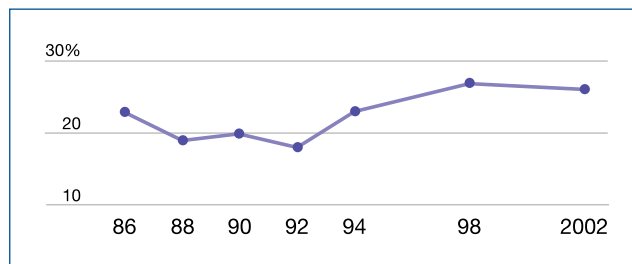
Un jeune consommateur hebdomadaire sur cinq dit boire de la bière au moins une fois par semaine et cette consommation de bière semble stable depuis 1990, après ce qu'on peut estimer être un «pic» en 1986. On observe la même tendance en ce qui concerne le vin : une stabilité depuis 1990 après un «pic» en 1986.

Graphique 3/18 : Association parmi les élèves qui ont déjà bu de l'alcool entre la **consommation régulière de bière (une fois ou plus par semaine)** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



En ce qui concerne le type d'alcool consommé chaque semaine, que cela soit la bière (présentée ci-contre) ou les autres types d'alcool (non représentés), l'analyse des caractéristiques socio-démographiques montre que les garçons sont de plus grands consommateurs que les filles pour toutes les sortes d'alcool, avec une nette prédominance pour la bière.

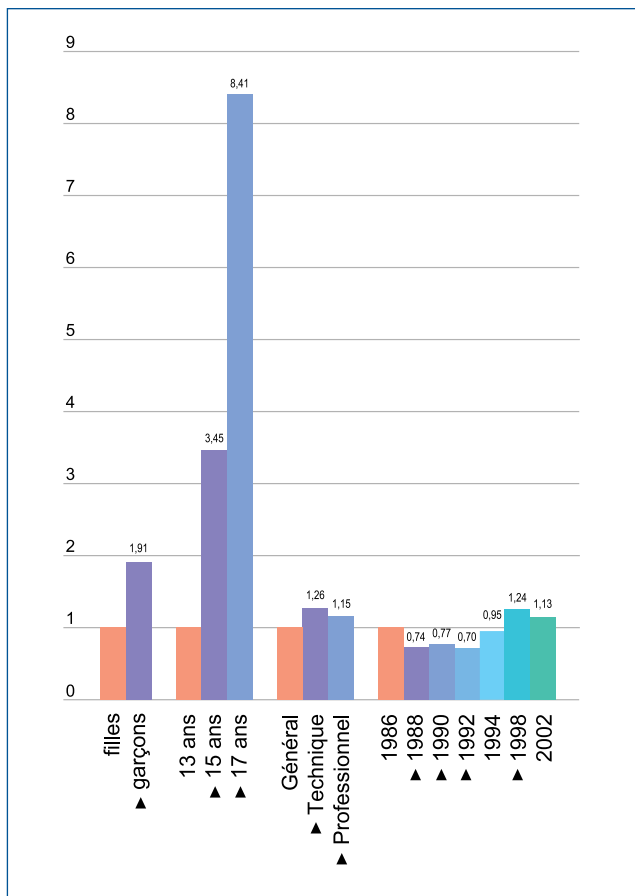
Graphique 3/19 : Proportions standardisées en % des élèves qui déclarent **avoir été ivre plus d'une fois**, par année d'enquête.



Une autre façon d'appréhender la consommation abusive est de questionner les jeunes sur le nombre de fois où ils ont déjà été «ivres».

On observe une tendance à la hausse de 1986 à 2002 du nombre de jeunes déclarant avoir déjà été ivre plus d'une fois.

Graphique 3/20 : Association entre le fait d'avoir été ivre plus d'une fois et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Le fait d'avoir déjà été ivre se remarque surtout chez les garçons et augmente en fonction de l'âge.

## La consommation d'alcool

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 3/21 : Pourcentage des élèves qui consomment de l'alcool au moins une fois par semaine par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

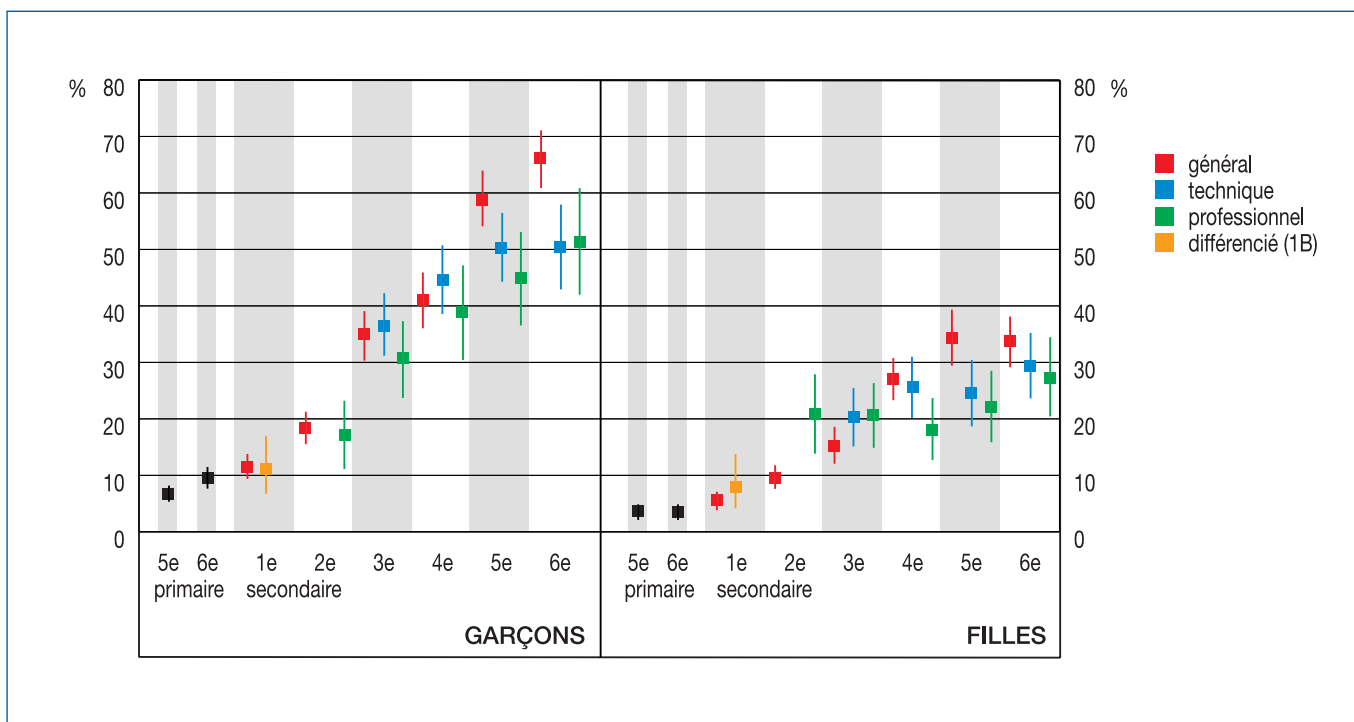
L'analyse de la consommation hebdomadaire d'alcool par sexe, classe et type d'enseignement confirme une consommation plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Les distributions par type d'enseignement sont relativement similaires parmi les élèves de chaque sexe : on observe une certaine stabilité jusqu'à la deuxième secondaire, puis une augmentation, moins visible chez les filles, sur les trois dernières années d'enseignement.

On observe tant chez les garçons que chez les filles une différence entre les types d'enseignement : les jeunes de l'enseignement général semblent plus nombreux que ceux de l'enseignement technique et ces derniers plus nombreux que les élèves du professionnel à boire de l'alcool chaque semaine. Ceci est confirmé par la littérature qui met en évidence un gradient de consommation d'alcool plus important dans les classes socio-économiques plus favorisées.

Concernant les grands consommateurs (résultats non représentés), une nette tendance à la hausse s'observe dès la première ou deuxième secondaire. Pour ce groupe particulier, on observe une différence entre les types d'enseignement en faveur du général.

En Belgique, l'enquête santé par interview de 2001, montre que 2% des jeunes de 15-24 ans déclarent boire quotidiennement de l'alcool (ISSP, 2001). Toutefois, 22% (contre 16% en 1997) consomment au moins une fois par mois six verres ou plus le même jour. Les jeunes de 15 à 24 ans boivent surtout le week-end (vendredi inclus) et consomment de préférence de la bière. Par rapport à la population générale, les jeunes se démarquent par une plus faible proportion de consommateurs et surtout de consommateurs réguliers.



## La consommation d'alcool

### RÉSUMÉ

La consommation régulière d'alcool est relativement stable au cours du temps. En 2002, 27% de ceux qui ont déjà bu de l'alcool sont considérés comme consommateurs hebdomadaires (soit environ 20% du total des jeunes de 13, 15 et 17 ans).

La tendance à l'augmentation du pourcentage des jeunes qui ont déjà bu jusqu'à l'ivresse est inquiétante. En terme de santé publique, ce n'est pas tant la consommation d'alcool en soi qui occasionne des problèmes que les risques que cette consommation abusive entraîne pour d'autres comportements tels que la conduite d'un véhicule, la violence ou les relations sexuelles non protégées et/ou non désirées. La réduction des risques de l'abus d'alcool doit s'intégrer dans tout contenu de programmes de prévention.

## Le cannabis et l'ecstasy

### ÉVOLUTION DE 1994 À 2002

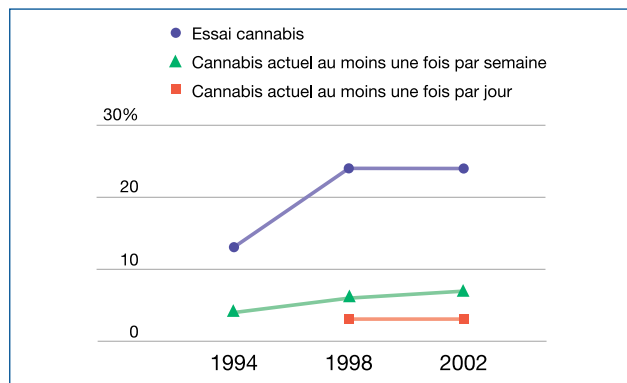
#### CANNABIS

La plupart des études sur les jeunes, en Europe et en Belgique, mettent en évidence une augmentation de la prévalence d'usage de cannabis dans cette population. De plus en plus répandu, l'usage du cannabis concerne aussi bien les jeunes que les moins jeunes. L'étude CATI (de Smet et al., 2001) montre une augmentation de la consommation de cannabis chez les adultes de 18 à 49 ans. Entre 1994 et 1999, les proportions (ajustées pour le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la région) des personnes ayant fumé du cannabis au moins une fois sont passées de 10,1% à 22,1%, doublant ainsi en 5 ans. Dans la même population, durant la même période, les proportions ajustées de ceux qui ont fumé du cannabis le mois précédant l'enquête ont augmenté de 0,6% à 3%. Banalisé, le «joint» devient omniprésent dans la société. L'étude CATI révèle qu'en 1999, 68% des personnes de 18 à 49 ans pensent pouvoir se procurer facilement du cannabis. Les usagers de tous âges consomment généralement pour le plaisir et la détente. L'usage répété et son abus entraînent une dépendance psychique moyenne à forte selon les individus. Le dernier rapport de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies confirme que le cannabis est encore actuellement la drogue illicite la plus largement utilisée, suivie par l'ecstasy (OEDT, 2003).

L'enquête «Santé et bien-être des jeunes» donne des renseignements sur le nombre et les caractéristiques de jeunes consommant régulièrement du cannabis.

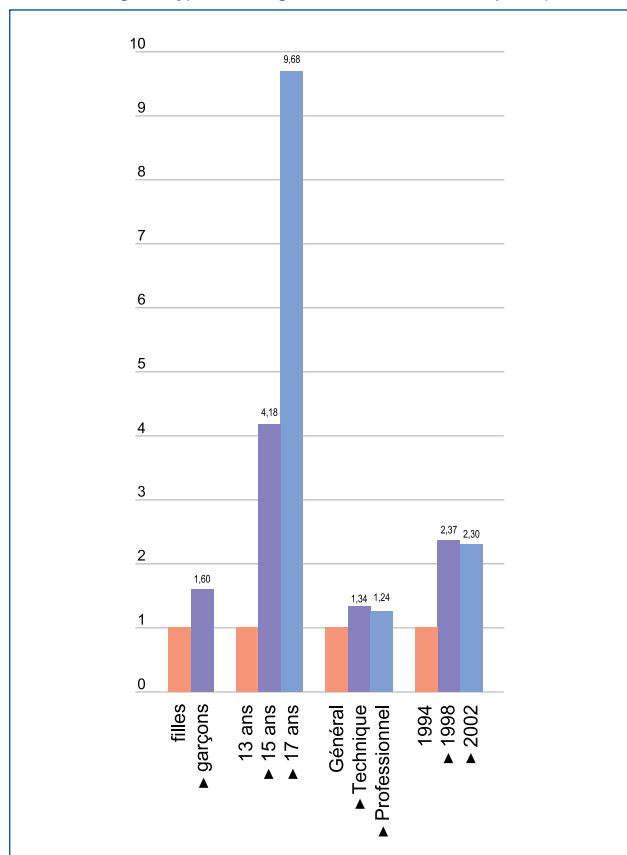
L'étude sur la consommation de cannabis s'est intéressée à l'essai de la substance par la question «as-tu déjà fumé du cannabis ?», à la consommation actuelle ainsi qu'à sa régularité. L'évolution des questions concernant le cannabis au cours des différentes enquêtes rend les comparaisons difficiles. C'est pourquoi seuls les résultats des trois années d'étude sont présentés ci-dessous. Notons également que les questions concernant les drogues illicites ne sont pas posées aux élèves de l'enseignement primaire.

Graphique 3/22 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent avoir déjà consommé au moins une fois du cannabis, ceux qui déclarent en consommer au moins une fois par semaine et ceux qui déclarent en consommer au moins une fois par jour, par année d'enquête.



En 1994, 13% des jeunes ont répondu avoir déjà consommé du cannabis. Ils étaient 24% en 1998 et en 2002 à avoir déjà fait un essai de consommation de cannabis. On observe donc un quasi-doublement de la prévalence de l'essai de cette substance entre 1994 et 1998. Parmi l'ensemble des élèves de 13, 15 et 17 ans, la consommation hebdomadaire augmente de 4 à 7% entre 1994 et 2002. En 1998 comme en 2002, 3% de l'ensemble des jeunes de 13, 15 et 17 ans déclarent consommer au moins une fois par jour du cannabis.

Graphique 3/23 : Association entre le fait d'avoir essayé le cannabis et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

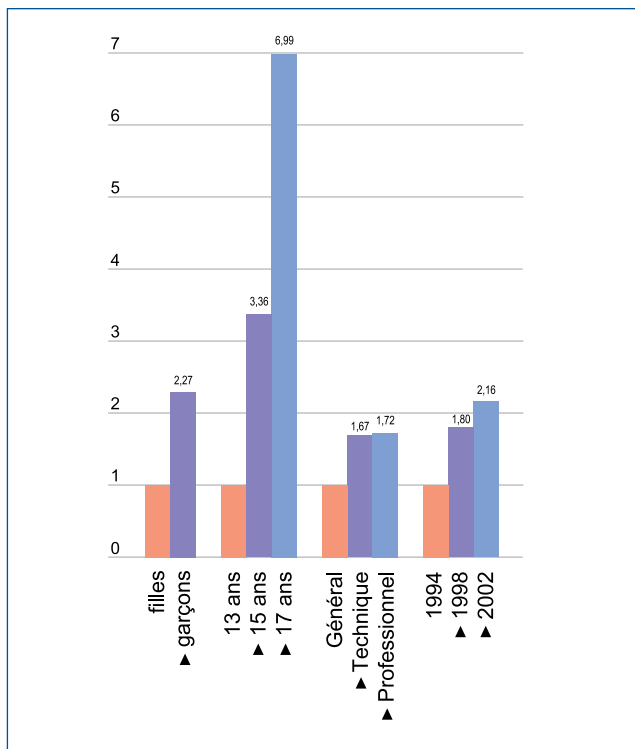


C'est parmi les garçons et les élèves de l'enseignement technique et professionnel que l'on trouve le plus de jeunes ayant déclaré avoir essayé du cannabis. C'est également parmi les plus âgés que cet essai de consommation est le plus important.

L'analyse montre un accroissement du phénomène entre 1994 et 2002.

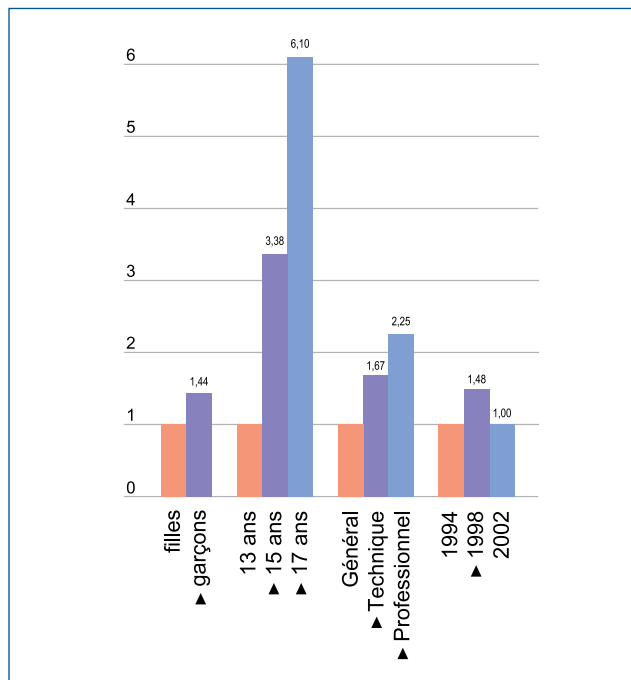


Graphique 3/24 : Association entre le fait de **consommer du cannabis une fois ou plus par semaine** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ Ce comportement est associé, comme pour l'essai de consommation, avec le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête.

Graphique 3/26 : Association entre le fait d'**avoir essayé l'ecstasy** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

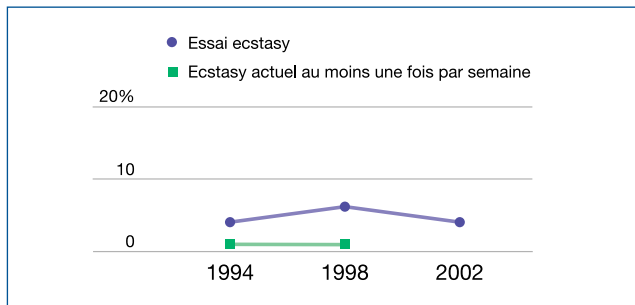


▲ En terme de profil d'expérimentation chez les jeunes, nous observons un risque plus élevé dans le groupe des garçons, des jeunes de l'enseignement professionnel puis technique, et parmi les plus âgés.

### ECSTASY

L'ecstasy est un produit illicite, considéré comme stupéfiant en Belgique. L'ecstasy est une substance fabriquée par synthèse, à partir de produits chimiques. Elle est consommée pour ses effets psychoactifs avec notamment une recherche de plaisir et d'amélioration des performances.

Graphique 3/25 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui déclarent **avoir déjà consommé au moins une fois de l'ecstasy** et ceux qui déclarent en **consommer au moins une fois par semaine**, par année d'enquête.



▲ Dans notre échantillon, l'essai d'ecstasy présente une légère élévation transitoire entre 1994 et 2002, passant de 4% à 6% entre 1994 et 1998 et revenant à 4% en 2002.

En 1994 tout comme en 1998, 1% des jeunes déclarent en consommer au moins une fois par semaine.

## La consommation de cannabis

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 3/27 : Pourcentage des élèves qui déclarent **avoir déjà fumé du cannabis** par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

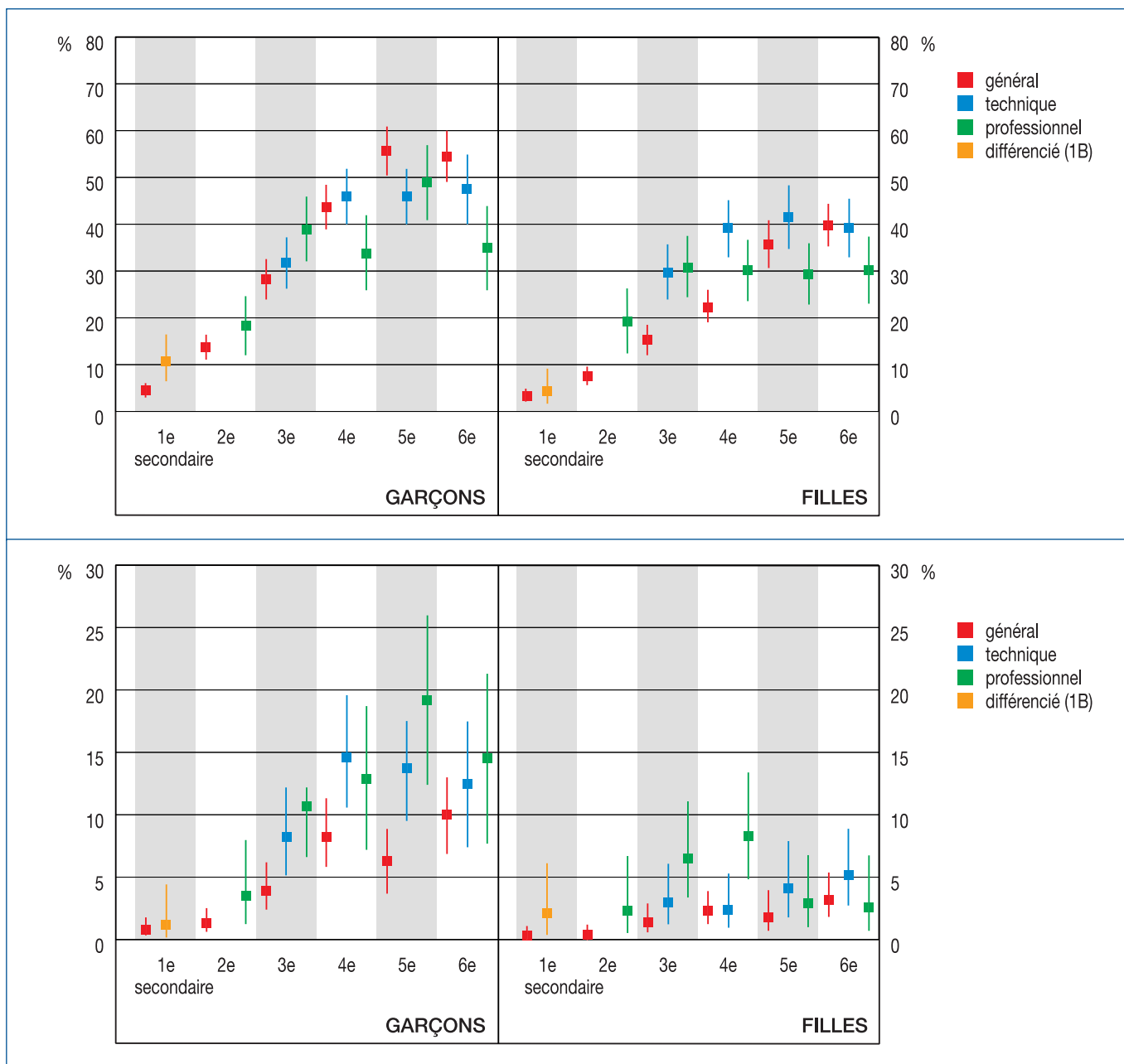
▼ L'essai de cannabis analysé par sexe, classe et type d'enseignement montre une prévalence qui augmente par palier entre chaque classe dans le secondaire inférieur et qui se stabilise dans le secondaire supérieur.

Cette augmentation se stabilise dans le secondaire supérieur tant chez les filles que chez les garçons.

Faut-il faire une enquête dans une école avant de commencer un projet de prévention des produits psychotropes ?

Notre réponse est la même que celle des chapitres précédents. Il ne semble pas a priori utile de faire une enquête du même type que celle présentée dans ces pages.

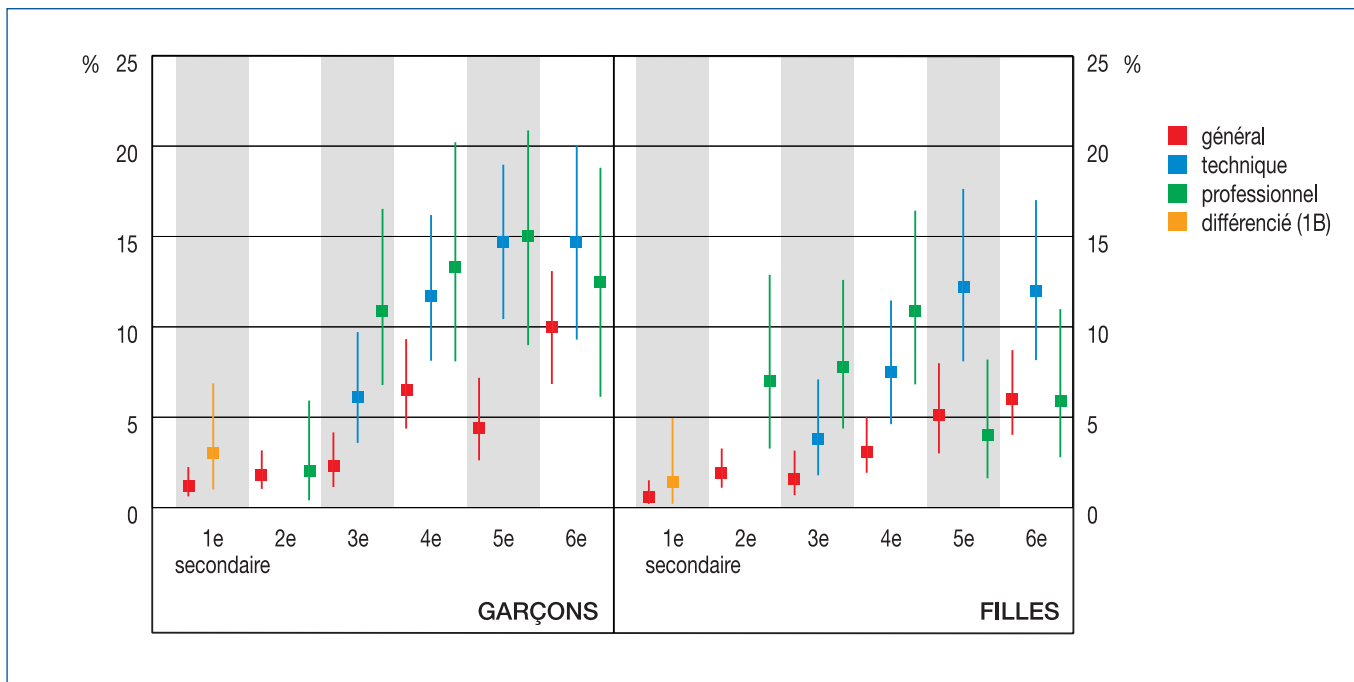
Rappelons que dans les photographies actuelles présentant la distribution par sexe, par niveau et par type d'enseignement, la barre verticale indique l'intervalle de confiance à 95%. Cela permet de dire que si on reconduit la même enquête dans la même population, on a 95% de chance de trouver un résultat qui soit situé dans l'intervalle de confiance présenté dans les photographies actuelles.



▲ Graphique 3/28 : Pourcentage des élèves qui déclarent **fumer du cannabis au moins une fois par jour**, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

La consommation journalière du cannabis commence pour moins de 5% dès la première année du secondaire.

Les pourcentages restent relativement peu élevés chez les filles, par comparaison à ceux des garçons. En fin de secondaire, plus de 10% des garçons déclarent consommer du cannabis chaque jour.



▲ Graphique 3/29 : Pourcentage des élèves qui déclarent avoir déjà pris de l'ecstasy au moins une fois, par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

En 2002, les caractéristiques précédemment décrites pour les consommateurs sont confirmées :

- Il y a plus d'expérimentation parmi les garçons que parmi les filles.
- Les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont proportionnellement plus nombreux à expérimenter ce produit que les jeunes de l'enseignement général, et cela tant parmi les filles que parmi les garçons.
- On observe une augmentation avec le niveau scolaire, l'âge étant un facteur explicatif de ce phénomène.

## La polyconsommation des drogues

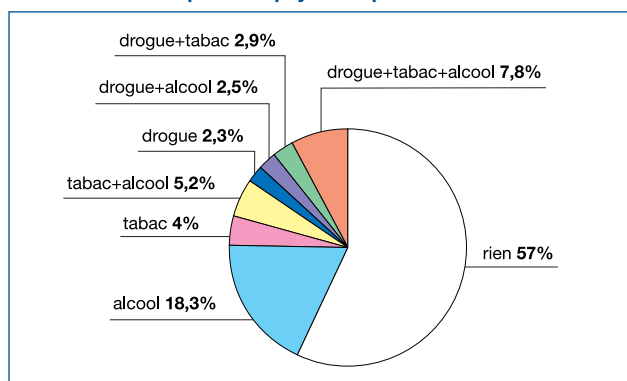
### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Si la consommation d'ecstasy reste relativement peu répandue, l'utilisation de ce type de produit touche une grande diversité de milieux sociaux et occasionne une forte pluralité de modes de consommation avec une tendance à la polyconsommation de substances psychoactives. La consommation de drogues de synthèse s'accompagne en effet souvent d'autres consommations notamment d'alcool, ou encore de cannabis pour atténuer la descente d'ecstasy. Dans certains cas, les jeunes consomment ce qu'ils trouvent ou peuvent se procurer un produit pouvant en rendre un autre plus actif. Les drogues ne sont pas seulement réservées aux soirées et se retrouvent parfois dans les milieux scolaires, le monde du sport et des autres loisirs.

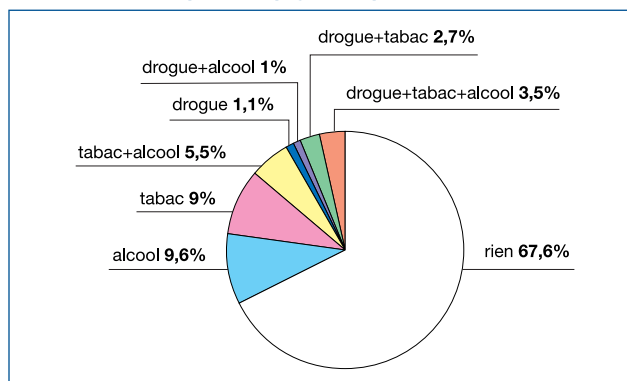
Les consommations d'alcool et de tabac sont également associées l'une à l'autre dans la plupart des études auprès des jeunes (Kohn, 2000, 2002 et 2003).

Le concept de «polyconsommation» a été construit à partir des items suivants : fumer du tabac, ou boire de l'alcool chaque semaine, ou encore avoir consommé une drogue illicite au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois. Les médicaments n'ont pas été pris en compte.

Graphique 3/30 : Répartition en % des garçons par rapport à leur consommation de produits psychotropes en 2002.



Graphique 3/31 : Répartition en % des filles par rapport à leur consommation de produits psychotropes en 2002.



▲ Ces deux graphiques présentent la répartition des types de consommations afin d'évaluer la polyconsommation de drogues licites ou non parmi les garçons et parmi les filles.

Une majorité de garçons (57%) et de filles (67,6%) déclare ne consommer ni drogue illicite ni alcool ni tabac.

La consommation des trois types de produits survient chez 7,8% des garçons et 3,5% des filles de notre enquête.

4,1% des garçons et 9% des filles ne consomment «que» du tabac (au moins une fois par semaine) et 18,3% des garçons et 9,6% des filles ne consomment «que» de l'alcool au moins une fois par semaine.

5,2% des garçons et 5,5% des filles consomment tabac et alcool chaque semaine.

## Le cannabis et l'ecstasy La polyconsommation

### RÉSUMÉ

Les fréquences d'essai et de consommation régulière de cannabis de 13 à 17 ans confirment une certaine banalisation du phénomène et dans certains cas une augmentation de celui-ci.

Dans cette population de jeunes scolarisés, environ un quart d'entre eux a déjà consommé du cannabis et 3% de l'ensemble des jeunes sont des consommateurs journaliers.

Cette banalisation est particulièrement sensible chez les garçons de l'enseignement professionnel où le niveau d'expérimentation dépasse les 60% et le pourcentage de consommateurs réguliers peut atteindre 20% dans certaines années scolaires.

Dans notre enquête, le taux de consommation de l'ecstasy reste stable et est relativement faible : l'ecstasy a été expérimenté en 2002 par 4% des jeunes enquêtés ; 1% se déclarant consommateur régulier.

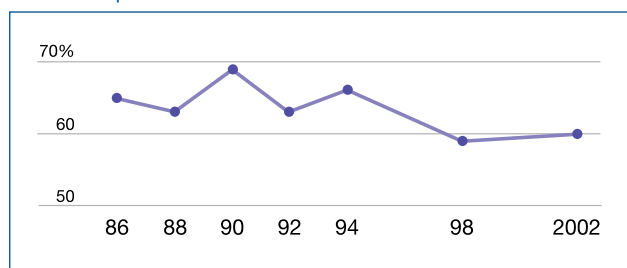
Plus de la moitié des filles et des garçons ne consomment pas de produits psychotropes licites ou illicites. Ils sont 7,8% des garçons et 3,5% des filles à avoir consommé au moins 3 produits.

## Le port de la ceinture de sécurité

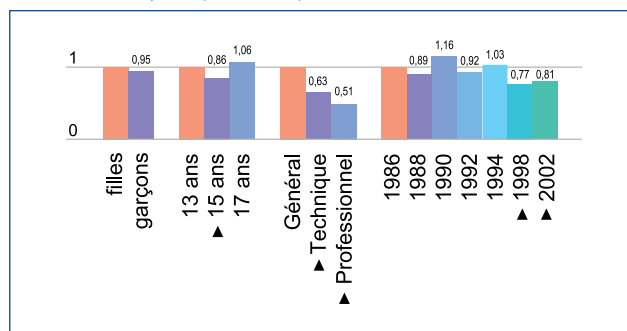
### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

Le port de la ceinture de sécurité est un phénomène intéressant, combinant une prise de risque (parfois volontaire) du jeune et un résultat de la socialisation familiale.

Graphique 3/32 : Proportions standardisées en % des élèves qui déclarent porter toujours ou souvent la ceinture de sécurité, par année d'enquête.



Graphique 3/33 : Association entre le fait de mettre toujours ou souvent la ceinture de sécurité et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ En 2002, 60% des jeunes ont déclaré porter la ceinture de sécurité en voiture toujours ou souvent. Cette prévalence est restée stable entre 1986 et 1994 et a diminué significativement depuis cette cinquième enquête.

On n'observe pas de différence entre filles et garçons pour le port de la ceinture de sécurité en voiture.

Les élèves de l'enseignement technique et professionnel sont moins nombreux à utiliser régulièrement la ceinture de sécurité en voiture en comparaison aux jeunes de l'enseignement général.

Depuis 1998, et en comparaison avec 1986, on observe une tendance statistiquement significative à la baisse de l'usage de la ceinture de sécurité parmi les jeunes.

## Les pistes

### Consommation et liberté

Actuellement, l'usage du tabac, de l'alcool ou du cannabis est catégorisé comme «mode» ou «habitude de vie», ce qui laisse supposer qu'il s'agit d'un choix individuel. Cette conception engendre non seulement des réactions de culpabilisation du «grand» consommateur, mais également une valorisation des campagnes d'information et d'éducation destinées à réduire la demande du produit. La forte connotation morale que comporte l'idée de «choix», connexe à celle de «liberté», introduit des confusions d'ordre politique mais aussi stratégique, lorsqu'il s'agit de mettre en place des processus de prévention de produits psychotropes qui provoquent une accoutumance.

L'adoption de comportement par le jeune relève d'un ensemble de mécanismes s'articulant conjointement. La prévention de l'usage de drogues ou de leur usage abusif selon les cas, devrait intégrer les études de situation qui font que des jeunes commencent et continuent à consommer tel ou tel produit et que d'autres, dans les mêmes situations, restent abstinents ou expérimentateurs.

### La socialisation à l'adolescence

Les comportements à risque, tout comme les comportements de protection, sont les résultats de nombreuses interactions.

La première est la socialisation familiale où le jeune observe et reproduit des comportements parentaux comme le (non-)port de la ceinture de sécurité ou divers types de consommation principalement le tabagisme, la consommation d'alcool ou de médicaments. Les jeunes ont d'autant plus de risque de fumer qu'un ou deux de leurs parents fument. Dans certains cas, les inégalités sanitaires en ce domaine se transmettent de génération en génération.

En ce qui concerne l'alcool, une analyse faite avec les données de 1988 montrait que les garçons de 11 ans qui disaient boire de l'alcool chaque jour le faisaient en famille, l'alcool étant présent sur la table chaque jour. Même s'il s'agissait de bière peu alcoolisée ou de vin coupé d'eau, c'est bel et bien un exemple de socialisation familiale d'un type de consommation de produits psychoactifs.

Le résultat d'une telle socialisation n'est pas forcément négatif dans la mesure où elle peut permettre l'apprentissage d'un usage modéré et contrôlé de ce produit.

Une deuxième influence des jeunes est celle de leurs pairs. Il est courant d'observer que le jeune a plus de risque de fumer s'il fait partie d'un groupe où la majorité des jeunes fument. Toutefois les choses ne sont pas aussi simples qu'elles ne paraissent dans la mesure où les jeunes ne fréquentent pas par hasard tel ou tel groupe.

Un troisième aspect qu'il est nécessaire de considérer concerne l'adolescence comme période d'initiation à l'âge adulte et d'expérimentation de comportements adultes. Il est normal d'observer une adoption progressive de nouveaux comportements, dont les conduites à risque, qui sont loin d'être le monopole des adolescents. C'est ainsi qu'un jeune peut être un fumeur occasionnel de cannabis sans pour cela devenir consommateur journalier.

Ensuite, on observe parfois de manière transitoire, parfois de manière plus définitive une socialisation secondaire familiale ou sociale «réactive». Le comportement est adopté pour marquer une différence. Le jeune va fumer parce qu'il veut marquer son identité dans un milieu où personne ne fume. Ou encore, il ne va pas fumer alors que pratiquement tout son entourage fume. Ce phénomène est moins important que celui de la socialisation familiale ou amicale mais il ne faut pas le négliger. Notons que la socialisation réactive ne veut pas nécessairement dire conflit même si elle peut aller jusqu'à une opposition conflictuelle avec le monde des adultes.

La socialisation secondaire réactive peut aller jusqu'à la transgression plus ou moins consciente des interdits, notamment par la consommation de produits illicites et la recherche de plaisir.

L'adolescence est une période marquée par une certaine instabilité émotionnelle liée entre autres à une recherche de soi et de ses limites. Les prises de risque existent et constituent autant d'essais parfois nécessaires à la construction du jeune adulte. Selon différentes études, tous les jeunes ne présentent pas la même exposition au risque. Celui-ci dépend du cadre social global dans lequel ils évoluent. Les jeunes bien intégrés dans le milieu scolaire et qui bénéficient d'un environnement familial sans problème ont, dans l'ensemble, des comportements moins dangereux que les autres (Humblet, 1991).

Enfin, on observe aussi l'impact de l'environnement et de politiques sur les comportements des jeunes. Il semble dès lors opportun d'agir via l'environnement habituel des adolescents et notamment sur l'institution scolaire.

### Agir en prévention

Les pistes pour l'action à l'école, dans la communauté éducative au sens large ou pour les décideurs politiques, concernent tous ces aspects.

Concernant la consommation de produits psychotropes, on peut citer :

- la réduction de la demande en s'efforçant de diminuer le nombre de jeunes commençant à fumer et offrant aux fumeurs une aide à la cessation tabagique ;
- la réduction des risques : si des jeunes fument, il n'est pas indifférent qu'ils commencent le plus tard possible, fument le moins possible, consomment des cigarettes avec filtre et arrêtent dès que possible ; s'ils consomment de l'alcool, ils ne doivent pas conduire et doivent préférentiellement rester dans un milieu sûr ;
- l'application des lois.

Les programmes sont souvent destinés à un groupe de jeunes homogène par rapport au thème traité. Pour revenir à l'exemple tabac, c'est oublier que dans une classe, il y a des militants anti-tabac, des indifférents, susceptibles de se laisser entraîner, des fumeurs occasionnels qui arrêteraient sans trop d'effort, des fumeurs avérés et même des ex-fumeurs récents ou stabilisés. La prévention ne peut se faire de la même manière pour tous, même si certaines activités, comme l'analyse des publicités détournées de l'industrie du tabac dans ces «prétendues» campagnes de prévention, peuvent bénéficier à chacun (De Bock, 1999).

De plus, une classe n'est pas homogène au point de vue âge et maturité. Par exemple en février et mars 2002, nous avons observé la répartition suivante des jeunes de 15 ans : 25,5% en quatrième secondaire, 54% en troisième secondaire et 17% en deuxième secondaire.

Il est donc nécessaire de prendre en compte :

- les différents besoins objectifs des jeunes : réduction de la demande ou des risques ;
- les différences d'âge, de genre, de maturité en variant les moyens de communication ;
- les différences de consommation entre les filles et les garçons, les premières consommant plus de médicaments et les seconds plutôt de l'alcool et des drogues illicites ;
- les similitudes entre la consommation des filles et des garçons face au tabac ;
- les différences entre types d'enseignement, en informant de manière prioritaire les jeunes de l'enseignement professionnel sur les méthodes d'arrêt du tabagisme et en développant d'abord pour ces élèves les groupes de cessation tabagique ;



- les états face à ces consommations : la normalisation du tabagisme ou de la consommation d'alcool par la socialisation amicale et familiale, le désir d'expérimentation de nouvelles sensations, la recherche du plaisir, l'intention de transgresser des lois, le désir ou non de diminuer une consommation ressentie comme une dépendance, l'influence des publicités concernant ces produits.

Face à ces paramètres, il est illusoire de penser que quelques heures d'information ou de discussion peuvent avoir un impact important sur la consommation de produits psychotropes, surtout si ces animations sont faites par des structures qui ne font pas partie de l'équipe éducative scolaire (comprenant les centres PMS et les services PSE) et qui dès lors ne peuvent accompagner les jeunes tout au long de l'année.

Il est nécessaire de développer des politiques concernant les lieux de vie et de loisirs :

- une politique scolaire cohérente touchant tant les comportements des élèves que ceux des adultes et concernant également le respect de règlements définis de manière consensuelle, un programme scolaire adapté (et intégrant la réduction des risques), des lieux de parole, des centres de référence et d'aide connus et utilisés ;
- une politique qui intègre les parents comme cible et acteurs de la prévention ;
- une politique dont le contenu lucide, refuse de prôner l'abstinence comme seule solution et donc, refuse les positions crispées et passionnelles face aux drogues illicites ;
- une politique cohérente dans les lieux de loisirs et de détente portant principalement sur la réduction des risques au moment de la consommation (de l'ecstasy notamment) ;
- une politique orientée vers les éducateurs (enseignants, parents, etc.) avec une information non culpabilisante portant sur des aspects comme leur rôle de modèle (insuffisamment pris en compte), le tabagisme passif, l'importance du contrôle de la consommation d'alcool ou de cannabis, etc. ainsi que des lieux de partage et de réflexion sur le phénomène de l'adolescence au vingt et unième siècle ;

Tout comme un verre de vin ne fait pas l'alcoolique, un adolescent qui fume occasionnellement du cannabis n'est pas un toxicomane. Cette consommation ne l'entraîne pas forcément vers une consommation de produits plus dangereux. Les éducateurs doivent avoir accès à des informations de base claires, précises et exactes destinées à les aider à accompagner les jeunes à travers l'adolescence.

- une politique nationale, d'une part basée sur les études de l'impact des politiques sur les conduites à risque et d'autre part adaptée aux différents produits ;
- des programmes de prévention portant sur la réduction de la demande, la réduction des risques et la répression de la grande criminalité.

Dans ce domaine, comme dans celui des autres dépendances, il est impératif d'utiliser des méthodes ayant fait leurs preuves (donc évaluées positivement). Il est très aisé en effet de se laisser séduire par des méthodes, outils ou slogans contre-productifs. Pensons au slogan de la (soi-disant) prévention développée par l'industrie du tabac qui dit, aux adolescents, «le tabac, ce n'est pas pour les enfants». Les adolescents sont d'accord, et comme ils ne sont plus des enfants... ils peuvent fumer.

Pour être plus pertinent, il est particulièrement efficace d'associer non seulement la communauté éducative mais les élèves eux-mêmes aux actions menées en matière de prévention. Leurs besoins réels sont ainsi pris en compte et ils sont étroitement associés au choix et à l'élaboration des actions ainsi qu'à la diffusion de l'information. Ce type de démarche exige un projet éducatif clair associé à un encadrement de la part des adultes, encadrement structuré au sein et en dehors des établissements scolaires. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'il faut éviter de tomber dans le piège de la démagogie et éviter d'adopter une stratégie intolérante ou inefficace mais recommandée par des jeunes.

De façon générale, la prévention des toxicomanies et des conduites à risque ne peut en aucun cas se réduire à la juxtaposition de quelques actions ponctuelles de sensibilisation ou d'information, qui plus est dans un cadre dit «sécuritaire» comme le propose par exemple la police. La prévention doit s'intégrer dans une démarche positive et globale de promotion de la santé et de développement du sens des responsabilités des élèves vis-à-vis d'eux-mêmes comme vis-à-vis d'autrui. Elle se décline à chaque étape du projet d'école ou d'établissement.

**La prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires se fonde sur un certain nombre de principes qu'il convient de rappeler :**

- Les actions de prévention s'inscrivent dans un projet éducatif d'ensemble cohérent prenant en compte la santé des élèves et le développement progressif de leur responsabilité dans la société.
- L'établissement scolaire constitue un des lieux de vie des élèves, et donc une instance privilégiée pour la prévention. La responsabilité de l'ensemble des enseignants est pleinement engagée dans ce devoir de prévention.
- En matière de prévention, l'école est naturellement amenée à faire appel à des partenaires extérieurs. L'intervention de ces partenaires est placée sous la responsabilité des établissements et des services PSE et doit s'effectuer toujours, au sein d'un travail d'équipe, en présence et avec la collaboration des enseignants.
- Il convient de se concentrer sur l'information de base et les motifs qui poussent à la consommation et aux abus plutôt que sur l'information technique sur les substances.
- Il n'est pas recommandé de mettre l'accent sur les dangers («histoires horribles») que comporte la consommation des substances, danger qui attire certains jeunes.
- Il est nécessaire de développer des programmes de sensibilisation des parents qui concernent tous les produits y compris l'alcool, et qui «dépassionnalisent» les drogues illicites par rapport aux drogues légales, et cela dans tous les groupes sociaux.

Les fiches SANOMETRE n°41 à 51 ainsi que la fiche TECHNIQUE n°6 présentent les structures actives en prévention des dépendances en Communauté française de Belgique (voir le site internet <http://www.ulb.ac.be/esp/promes>).

Ces structures ne présentent pas des programmes «clé sur porte» et ne se substituent ni aux parents ni aux enseignants ou autres éducateurs. Ils privilégient l'écoute et l'accompagnement, en développant par exemple la fonction d'adultes référents dans les établissements.







## [ Chapitre Quatre ]

# Vie affective et sexuelle et prévention du sida

### INTRODUCTION

A priori, les jeunes belges semblent de mieux en mieux informés sur les méthodes de contraception ou sur la façon dont le VIH est transmis. Toutefois, bon nombre d'observations suggèrent que les jeunes ne se protègent pas toujours et qu'ils ne protègent pas toujours les autres. Depuis quelque temps, il y a des signes d'une baisse de la vigilance : une augmentation de l'infection au VIH, de certaines maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis et une baisse des pratiques sexuelles sécurisées (safe sex).

Les résultats de ce chapitre ne concernent que les jeunes de l'enseignement secondaire des réseaux d'enseignement communal, provincial et de la Communauté française.

#### Note méthodologique :

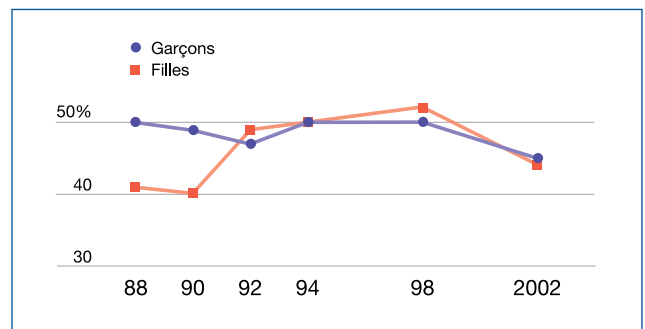
Les questions concernant les relations sexuelles et le sida ont été introduites pour la première fois dans le protocole international en 2002, ce qui a conduit à modifier la forme de certaines questions déjà présentes dans le protocole national. Les réponses ne sont pas exactement comparables. C'est pourquoi nous avons, dans ces cas, omis de rejoindre les résultats entre 1998 et 2002 dans les graphiques.

## Les relations sexuelles

### ÉVOLUTION DE 1988 À 2002

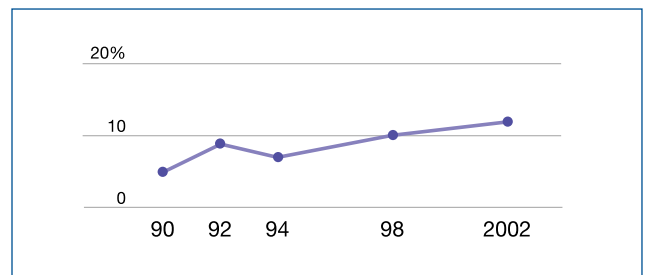
Les relations sexuelles ont été cernées par les questions «as-tu déjà eu des relations sexuelles complètes ?» et, si oui, «quel âge avais-tu la première fois ?». Une question a également été posée sur le nombre de personnes différentes avec qui le jeune a eu des relations sexuelles depuis un an.

Graphique 4/1 : Proportions standardisées en % des élèves de 15 à 18 ans qui ont eu au moins une relation sexuelle, par sexe et par année d'enquête.



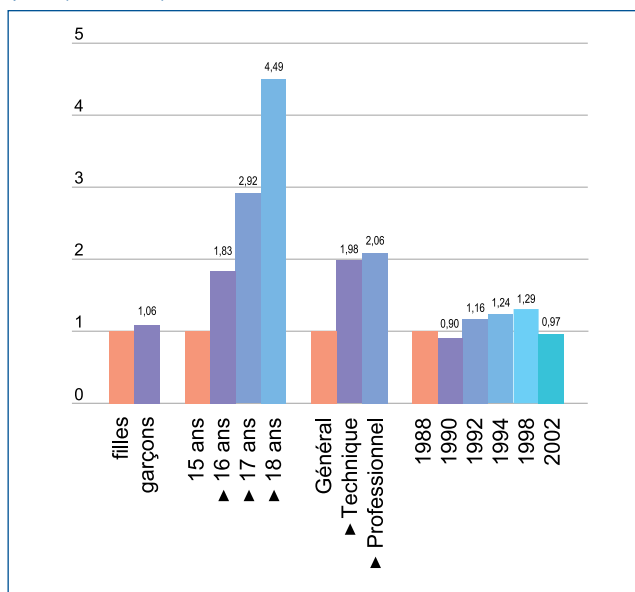
▲ L'évolution dans le temps du nombre de garçons ayant eu des relations sexuelles complètes montre une tendance à la stabilité tandis que chez les filles, on observe une augmentation depuis 1990. Les filles sont depuis 1992 aussi nombreuses que les garçons à avoir eu au moins une relation sexuelle.

Graphique 4/2 : Proportions standardisées en % des élèves qui ont eu au moins une relation sexuelle avant 14 ans, parmi les jeunes de 15 à 18 ans sexuellement actifs, par année d'enquête.

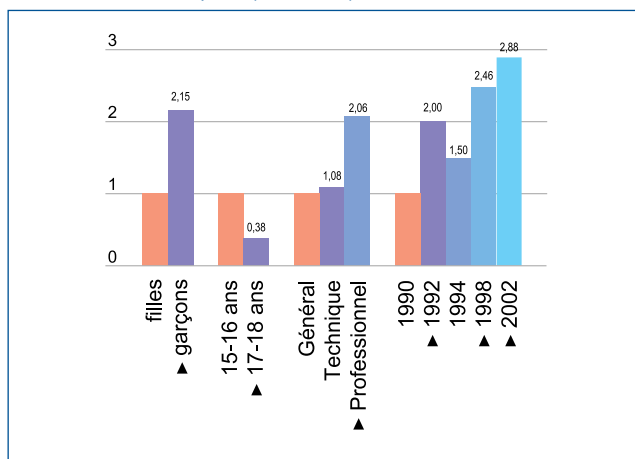


▲ En considérant un âge inférieur à 14 ans comme une «relation sexuelle précoce», on observe que 12% de jeunes de 15 à 18 ans ayant déjà eu au moins une relation sexuelle complète, ont eu au moins une relation sexuelle avant 14 ans. Les résultats du graphique 4/2 montrent un accroissement de 1990 à 2002 du nombre de jeunes ayant déjà eu une ou plusieurs relations sexuelles complètes avant l'âge de 14 ans.

Graphique 4/3 : Association entre le fait d'avoir eu au moins une relation sexuelle et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Graphique 4/4 : Association (parmi les élèves de 15 à 18 ans qui ont déjà eu une relation sexuelle) entre le fait d'avoir eu au moins une relation sexuelle avant 14 ans et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

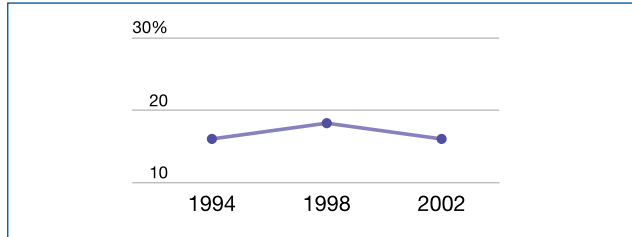


Le fait d'être sexuellement actif augmente avec l'âge et s'observe davantage parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel, comparés à ceux de l'enseignement général (graphique 4/3).

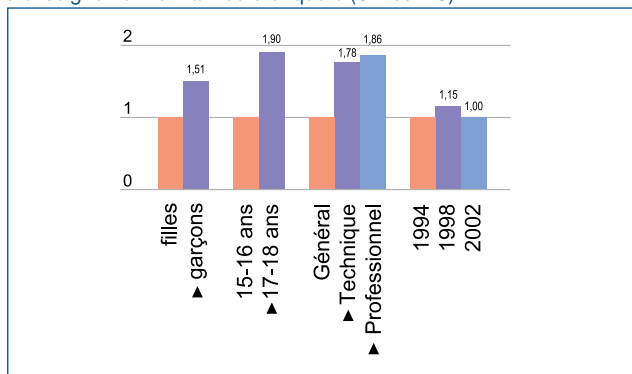
La graphique 4/4 montre que ce sont les garçons qui sont les plus nombreux à déclarer avoir eu leur première relation à un âge précoce lorsqu'on les compare aux filles. C'est également les jeunes de l'enseignement professionnel qui disent le plus souvent avoir déjà eu une relation sexuelle complète avant l'âge de 14 ans en comparaison aux types d'enseignement général et technique.

Dans ce même graphique, on observe que ce sont les élèves les plus jeunes (15-16 ans) qui sont plus nombreux que ceux de 17 à 18 ans à avoir eu leur première relation sexuelle avant 14 ans. Ceci signifie que l'âge de la première relation sexuelle tend à diminuer : les jeunes ne sont pas plus nombreux à avoir des relations sexuelles (comme le montrent bien les graphiques 4/1 et 4/3) mais lorsqu'ils en ont, ils commencent à un âge plus jeune qu'auparavant.

Graphique 4/5 : Proportions standardisées en % des élèves qui ont eu plus d'un partenaire sexuel, parmi les jeunes de 15 à 18 ans, par année d'enquête.



Graphique 4/6 : Association, parmi les élèves de 15 à 18 ans, entre le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



En 1998, 18% des jeunes disent avoir eu plus d'un partenaire au cours de leur vie. Cette proportion était quasi identique en 1994 et 2002 (16%).

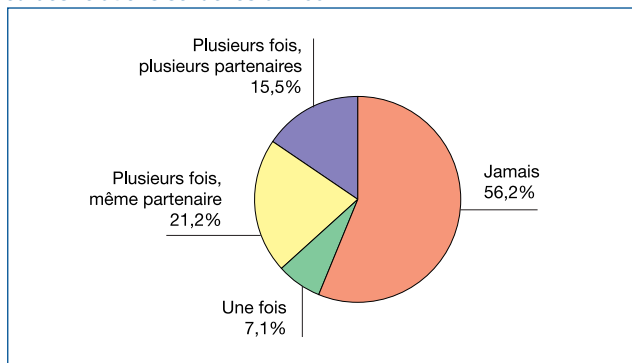
Les garçons déclarent plus souvent que les filles avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours du temps. C'est également le cas des élèves de l'enseignement technique et professionnel.

De façon logique, c'est aussi parmi les élèves les plus âgés que ce comportement est le plus souvent rencontré.

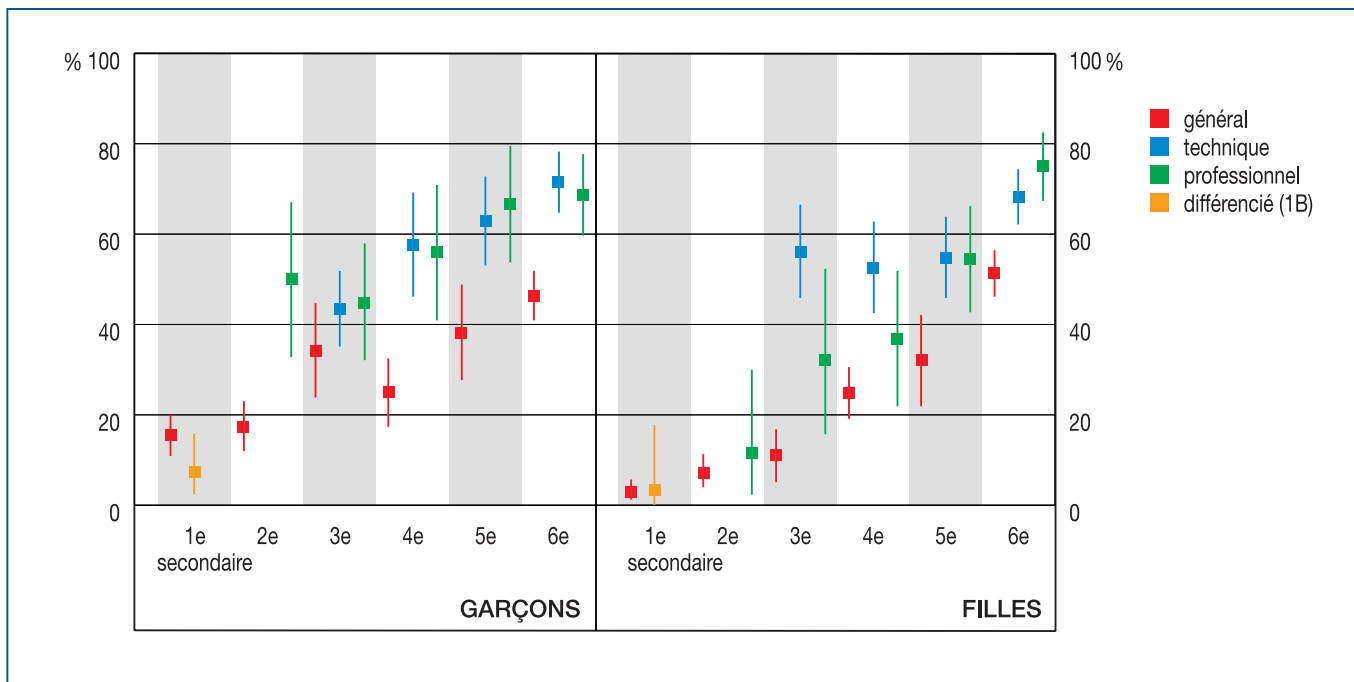
## Les relations sexuelles

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 4/7 : Répartition en % des élèves de 15 à 18 ans ayant déjà eu des relations sexuelles en 2002.



En 2002, 56,2% des jeunes disent avoir déjà eu des relations sexuelles complètes parmi les élèves de 15 à 18 ans et 36,7% de l'ensemble des jeunes disent avoir déjà eu plusieurs fois des relations sexuelles complètes. Toujours parmi l'ensemble des élèves, 15,5% ont eu plusieurs partenaires au cours du temps.



▲ Graphique 4/8 : Pourcentage des élèves ayant déjà eu au moins une relation sexuelle par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

Le graphique sur les relations sexuelles complètes en fonction du sexe, du niveau de la classe et du type d'enseignement indique que :

- en première secondaire, les relations sexuelles ne sont pas inconnues de certains jeunes puisque près de 20% des garçons reportaient avoir eu au moins une relation sexuelle. En ce qui concerne les filles, on observe des pourcentages moins élevés dans l'enseignement général et technique (moins de 10%). En première différenciée, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à avoir déjà eu au moins une relation sexuelle. Il ne faut pas oublier que les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont en moyenne plus âgés que les élèves de l'enseignement général (à niveau équivalent).
- en fin de secondaire, entre 50 et 75% des filles comme des garçons ont eu au moins une relation sexuelle. Ce pourcentage est plus faible dans l'enseignement général que dans les autres types d'enseignement.

## Les relations sexuelles

### RÉSUMÉ

Parmi l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, 44% des jeunes ont déjà eu une relation sexuelle complète. Parmi ces derniers, 12% déclarent une relation sexuelle précoce (avant 14 ans). Entre 1990 et 2002, les résultats sont restés relativement semblables en ce qui concerne le nombre de jeunes déclarant une relation sexuelle complète. Par contre, le pourcentage de jeunes ayant eu une relation sexuelle précoce a augmenté entre ces deux enquêtes.

Parmi l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans interrogés en 2002, 16% ont eu plus d'un partenaire sexuel.

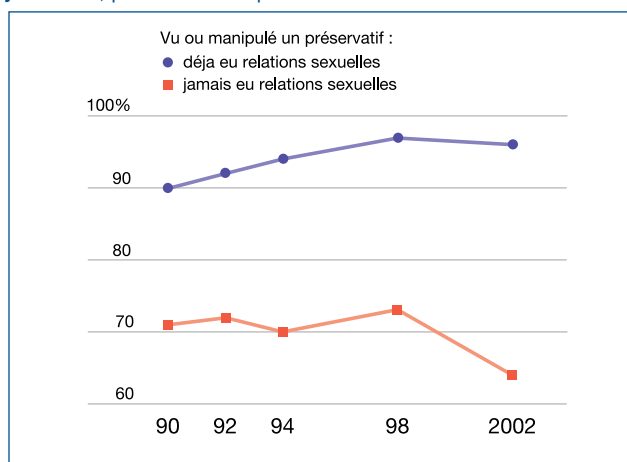
L'ensemble de ces comportements : avoir eu une relation sexuelle complète et/ou précoce et avoir déjà eu plus d'un partenaire sexuel dans le temps, est généralement observé plus fréquemment chez les jeunes les plus âgés, parmi les garçons et parmi les élèves de l'enseignement professionnel et technique.

## La prévention du sida

### ÉVOLUTION DE 1986 À 2002

Pour avoir une meilleure vision des comportements de prévention des infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST) et du sida chez les jeunes, des questions relatives à la manipulation et à l'utilisation du préservatif ont été abordées ainsi que des questions relatives aux connaissances des modes de transmission réels ou incorrects du sida.

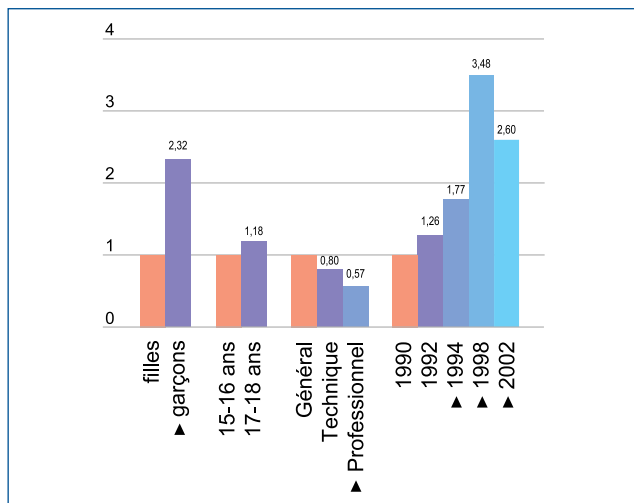
Graphique 4/9 : Proportions standardisées en % des élèves de 15 à 18 ans qui ont déjà vu ou manipulé un préservatif parmi les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles et parmi ceux qui n'en ont jamais eu, par année d'enquête.



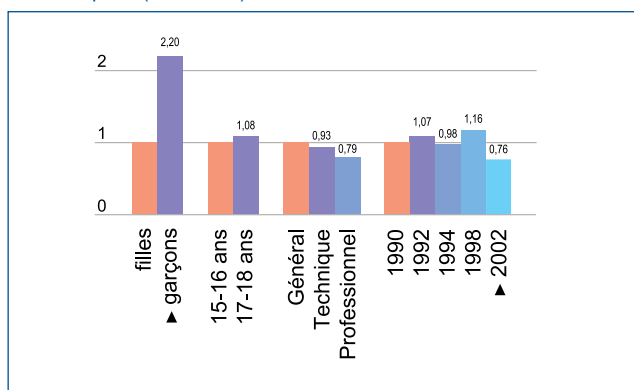
▲ À la question «as-tu déjà vu ou manipulé un préservatif ?», on observe une différence liée au fait que les jeunes disent avoir déjà eu ou non des relations sexuelles. Pour les jeunes de 15 à 18 ans qui n'ont pas eu de relation sexuelle, environ 65% déclarent avoir vu ou manipulé un préservatif. Cette proportion diminue en 2002 après avoir été relativement stable au cours des enquêtes précédentes.

Parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels, cette proportion augmente pour chaque année d'enquête, passant de 90% en 1990 à 97% en 1998 et 96% en 2002.

Graphique 4/10 : Association (parmi les élèves de 15 à 18 ans ayant eu une relation sexuelle) entre le fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

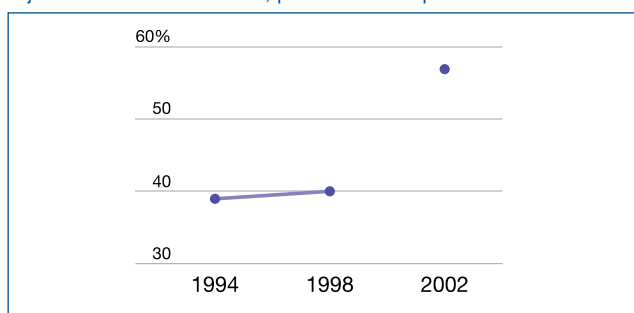


Graphique 4/11 : Association (parmi les élèves de 15 à 18 ans n'ayant jamais eu une relation sexuelle) entre le fait d'avoir déjà vu ou manipulé un préservatif et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

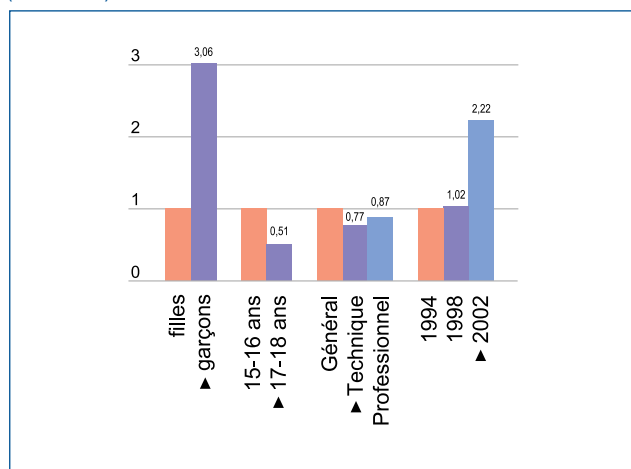


Que les jeunes aient eu ou non des relations sexuelles, les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir vu ou manipulé un préservatif. Parmi les jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles complètes, ce sont les élèves de l'enseignement général qui sont les plus nombreux à avoir déjà manipulé un préservatif par rapport aux élèves de l'enseignement technique et professionnel.

Graphique 4/12 : Proportions standardisées en % des élèves qui utilisent toujours un préservatif, parmi les jeunes de 15 à 18 ans ayant déjà eu une relation sexuelle, par année d'enquête.



Graphique 4/13 : Association (parmi les élèves de 15 à 18 ans ayant déjà eu une relation sexuelle) entre le fait d'utiliser toujours le préservatif et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



Ces résultats sont à examiner avec précautions, vu le changement de forme de la question. Il semble que le nombre de jeunes utilisant toujours le préservatif soit en augmentation. Ce sont les garçons, les plus jeunes et les élèves de l'enseignement général qui sont les plus nombreux à utiliser toujours un préservatif au cours de leurs relations sexuelles.

Les représentations et connaissances sur les modes de transmission du sida, ont été approchées par la série de questions présentées dans le tableau et dont les résultats sont issus de l'enquête de 2002. Les propositions regroupent à la fois des modes de transmission réels, mais également des fausses croyances.

Tableau 4/1 ▼

Les résultats du tableau 4/1 montrent que tous les objectifs de la prévention du sida ne sont pas atteints.

Concernant les modes de transmission corrects du VIH, seuls 70% des élèves reconnaissent un risque lors d'une relation sexuelle non protégée avec une personne qui n'a pas l'air malade.

La transmission verticale (de la mère à l'enfant) n'est connue que dans 68% des cas.

Les rumeurs quant aux modes incorrects de transmission du VIH ont la vie dure : 21,6% pensent que le moustique peut propager le virus et 13,2% qu'embrasser quelqu'un sur la bouche apporte ce même risque.

Il faut également souligner que 12,4% des jeunes pensent que le don de sang est une mode de transmission du VIH, ce qui peut diminuer le nombre de donateurs potentiels. Les répondants ne pouvaient pas confondre avec le fait de recevoir du sang aujourd'hui en Belgique car cette question était également posée.

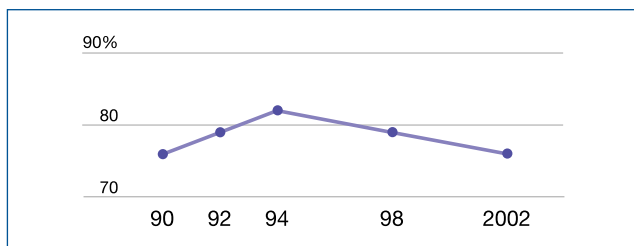
En ce qui concerne la connaissance sur les modes de transmission du VIH donc sur les risques de contamination, on observe une variation dans le temps.

Contrairement au tableau 4/1, pour les graphiques 4/14 à 4/19, les réponses «je ne sais pas» n'ont pas été exclues de l'analyse et l'échantillon est limité aux élèves de 13, 15 et 17 ans.

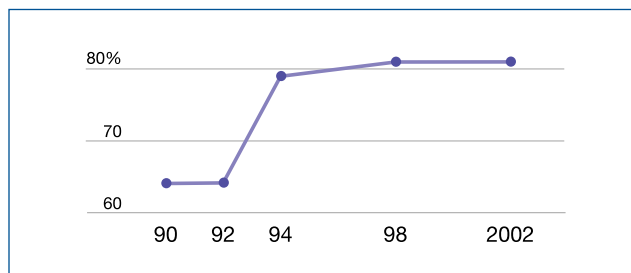
Tableau 4/1 : Réponse en % des élèves de 15 à 18 ans concernant la transmission du virus HIV en 2002 (les énoncés en italique sont ceux où il fallait répondre «vrai»).

Une personne peut attraper le sida :	VRAI (%)	FAUX (%)	NE SAIT PAS (%)
En serrant la main de quelqu'un qui a le virus du sida	3,8	90,7	5,4
<i>En utilisant la seringue ou l'aiguille utilisée de quelqu'un qui a le virus du sida</i>	91,1	3,3	5,7
<i>En faisant l'amour sans préservatif avec une personne qui a l'air en bonne santé et qui dit ne pas être malade</i>	70,1	21,7	8,3
<i>En faisant l'amour sans préservatif avec quelqu'un qui a le virus du sida</i>	93,1	2,8	4,0
<i>En le recevant de sa maman en naissant</i>	68,1	12,8	19,1
Par un moustique qui a piqué une personne atteinte du sida	21,6	40,3	38,1
En donnant son sang aujourd'hui en Belgique	12,4	66,1	21,5
En embrassant sur la bouche quelqu'un qui a le sida	13,2	71,4	15,4
En allant à la piscine	4,5	81,2	14,3
En utilisant le même WC que quelqu'un qui a le sida	5,5	80,7	13,7
En utilisant un préservatif quand on fait l'amour	8,1	83,5	8,4
En mangeant dans la même assiette que quelqu'un qui a le sida	7,3	75,4	17,3

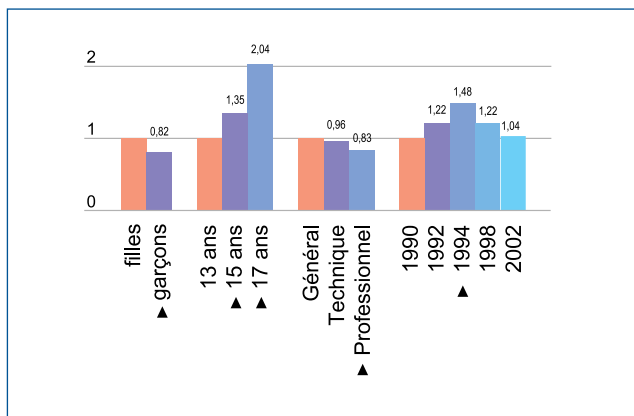
Graphique 4/14 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **connaissent la possibilité de transmission du VIH par des relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique**, par année d'enquête.



Graphique 4/16 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **savent que la personne qui fait un don de sang ne peut être infectée par le virus HIV**, par année d'enquête.



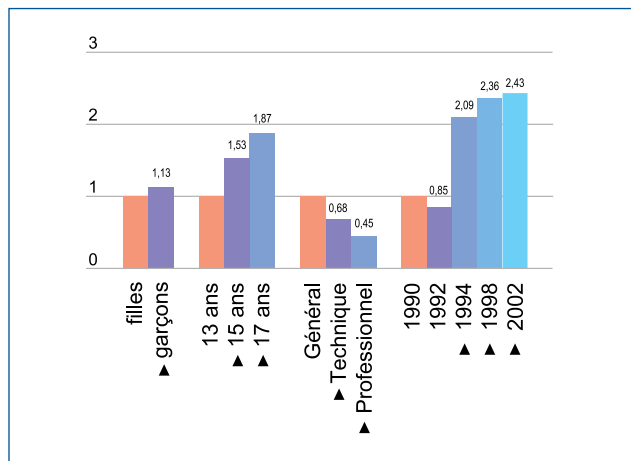
Graphique 4/15 : Association entre le fait de **connaître la possibilité de transmission du VIH par des relations sexuelles non protégées avec une personne asymptomatique** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ Pour la question sur le risque de transmission du sida par une personne asymptomatique («En faisant l'amour sans préservatif avec une personne qui a l'air en bonne santé et qui dit ne pas être malade»), le pourcentage de jeunes répondant correctement varie entre 76% en 1990 et 2002 avec un pic de 82% en 1994.

Ce sont les filles, les élèves plus âgés et les jeunes de l'enseignement général et technique qui sont les plus nombreux à répondre correctement à cette question.

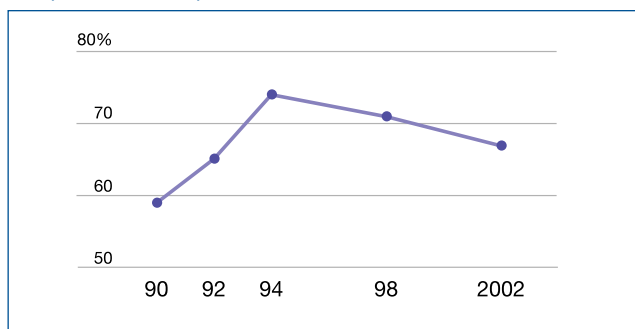
Graphique 4/17 : Association entre le fait de **connaître que la personne qui fait un don de sang ne peut être infectée par le VIH** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



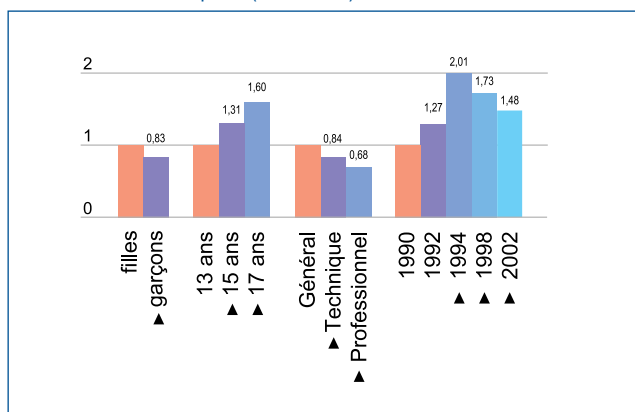
▲ Depuis 1992, la proportion d'élèves répondant correctement à la question sur le don de sang a augmenté de 64 à 81%.

On observe une différence en faveur des garçons, des élèves plus âgés et de ceux de l'enseignement général.

Graphique 4/18 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui savent que le moustique ne peut transmettre le virus HIV, par année d'enquête.



Graphique 4/19 : Association entre le fait de savoir que le moustique ne peut transmettre le virus HIV et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ L'étude de fausses croyances telles que les transmissions via les piqûres de moustique indique une augmentation des réponses correctes en 2002 par rapport à 1990 mais depuis 1994, le taux de réponse correcte a tendance à diminuer.

C'est parmi les filles, les élèves les plus âgés et ceux de l'enseignement général que l'on observe le moins cette fausse croyance sur la transmission du VIH.

Par rapport à 1994, une dégradation des connaissances sur les modes de transmission du VIH est observée. En effet, sur les dix connaissances comparables entre l'enquête de 1994 et celle de 2002, le nombre de jeunes faisant quatre erreurs ou «ne sait pas» ou plus est passé de :

- 18,6% à 29,9% pour les jeunes de l'enseignement général <sup>(1)</sup>
- 26,7% à 37,9% pour les jeunes de l'enseignement technique et professionnelle <sup>(1)</sup>
- 22,3% à 32,8% chez les garçons <sup>(2)</sup>
- 19,7% à 30,3% chez les filles <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Après standardisation pour l'âge et le sexe.

<sup>(2)</sup> Après standardisation pour l'âge et le type d'enseignement.

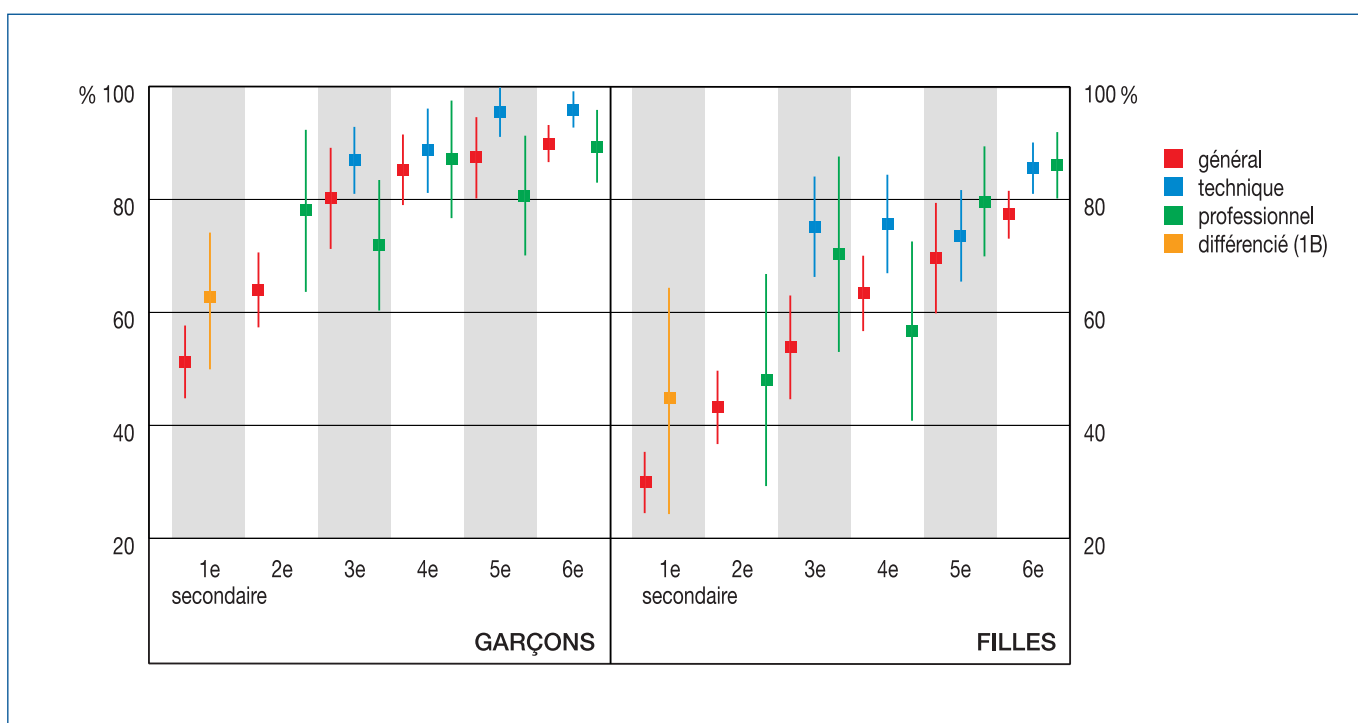
## Voir ou manipuler un préservatif

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 4/20 : Pourcentage des élèves ayant déjà vu ou manipulé un préservatif par sexe, classe et type d'enseignement en 2002.

▼ Plus de la moitié des garçons, tous niveaux et types d'enseignement confondus, ont déjà vu ou pu manipuler un préservatif. Les pourcentages augmentent entre 50 et près de 100% entre la première et la sixième secondaire.

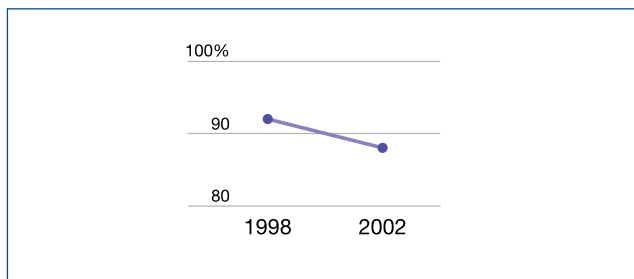
Les filles sont, à chaque niveau d'enseignement, moins nombreuses que les garçons à avoir vu ou manipulé un préservatif.



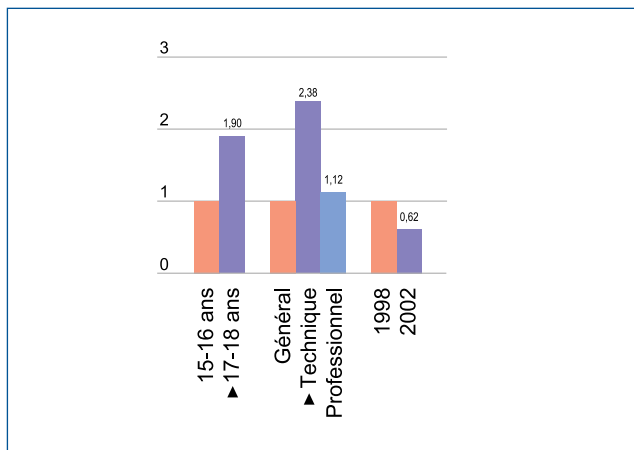
## Utilisation de la pilule

### ÉVOLUTION DE 1998 À 2002

Graphique 4/21 : Proportions standardisées en % des adolescentes qui ont mentionné **s'être protégées d'une grossesse au moyen de la pilule contraceptive**, parmi les filles de 15 à 18 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles, par année d'enquête.



Graphique 4/22 : Association (parmi les filles de 15 à 18 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles), entre les adolescentes qui ont mentionné **s'être protégées d'une grossesse par la pilule contraceptive** et l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



▲ Le pourcentage de filles sexuellement actives se protégeant des grossesses non désirées par la pilule a diminué de 92 à 88% entre 1998 et 2002. Toutefois, cette diminution n'est pas significative.

Ce sont les filles les plus âgées et celles de l'enseignement technique qui sont les plus nombreuses à mentionner se protéger des grossesses non désirées par la pilule.

## La prévention du sida L'utilisation du préservatif et de la pilule

### RÉSUMÉ

Le nombre d'élèves sexuellement actifs ayant déjà vu et manipulé un préservatif ou utilisant toujours un préservatif lors de leurs relations sexuelles est en augmentation (respectivement de 90 à 96% entre 1990 et 2002 et de 39 à 57% entre 1994 et 2002). Par contre, parmi les jeunes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles, le pourcentage de ceux qui n'ont jamais vu ou manipulé un préservatif est en diminution ces dernières années (de 71 à 64% de 1990 à 2002).

Les connaissances des élèves en matière de transmission du VIH sont loin d'être correctes et pour certains modes de transmission, on observe également que la situation ne s'est pas améliorée ces dernières années (relation sans préservatif avec une personne qui n'a pas l'air malade ; transmission par le moustique). La (fausse) croyance que le donneur de sang peut être infecté lors d'un don de sang est encore partagée par 12,4% des élèves de 15 à 18 ans alors que 21,5% d'entre eux ne se prononcent pas à ce sujet.

L'analyse des déterminants montre que l'âge, le sexe et les types d'enseignement sont des facteurs importants. Un effort pédagogique particulier devrait être fait en tenant compte de ces différences entre les populations adolescentes.



## Les pistes

### La signification des faits observés

Le nombre d'élèves qui ont des relations sexuelles reste stable ces dernières années. Cependant, le pourcentage de ceux qui ont leurs premières relations sexuelles avant 14 ans est en augmentation. Ce fait, parfois déroutant pour les adultes, peut être très dommageable pour les jeunes qui ne sont pas prêts à contrôler toutes les situations dans lesquelles se déroulent ces relations et/ou à faire face aux conséquences de relations sexuelles physiques complètes.

Une étude récente de l'état des lieux de l'éducation affective et sexuelle des jeunes (Renard et al., 2003a,b,c) montre l'évolution dans la compréhension et le vécu de l'affectivité et des relations sexuelles des jeunes (voir ces rapports sur le site internet d'ULB-PROMES <http://www.ulb.ac.be/esp/promes>, rubrique Recherche / recherche-action). Le constat est alarmant : l'influence de la pornographie et des séries télévisées montre que, si des jeunes sont encore romantiques et pensent à l'amour et à l'affection ou vivent des relations épanouissantes, d'autres, par contre, perçoivent les relations sexuelles comme des actions dénuées de tendresse. «L'autre» est alors un objet de plaisir passager.

Ces rapports de recherche montrent également qu'il n'y a aucune couverture satisfaisante de l'éducation à la vie affective et sexuelle et que les actions réalisées le sont de manière isolée, et la plupart du temps sans concertation avec les acteurs impliqués. La grande majorité des intervenants s'adaptent aux demandes et besoins de leur public mais n'ont pas les moyens de réaliser un programme global évalué. De plus, les inégalités subsistent en faveur des élèves de l'enseignement général. En effet, les élèves de l'enseignement technique (26%), artistique et professionnel (30%) sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général (18%) à ne pas avoir bénéficié d'animations dans le domaine de la vie affective et sexuelle (Renard, 2003c).

Dans ce cadre, on ne peut que se réjouir du programme lancé par la Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé qui veut assurer un minimum d'heures d'animation à la vie affective et sexuelle à l'ensemble des élèves de tous les types d'enseignement (deux fois deux heures en quatrième et en sixième primaire ainsi qu'en deuxième et quatrième secondaire). Il est clair que ces heures sont insuffisantes pour assurer une éducation à la vie affective et sexuelle couvrant tous les aspects nécessaires (par exemple, les valeurs de respect de soi et de l'autre, les aptitudes à communiquer et écouter, les connaissances biologiques, les services qui peuvent aider les jeunes). Ajoutons que ces heures sont un minimum assuré à tous et non un maximum imposé à l'établissement scolaire.

Concernant la prévention du sida, il y a lieu d'être vigilant si on ne veut voir l'épidémie se répandre davantage. En effet, à l'occasion du vingtième anniversaire de l'apparition des premiers cas de sida, la revue *Sexually Transmitted Infections* a réalisé une étude rétrospective analysant en parallèle les campagnes de prévention du sida et les variations des chiffres des infections sexuellement transmises (IST) (Nicoll et al., 2001). Cet exercice se révèle aussi intéressant pour notre pays, étant donné que les données épidémiologiques concernant le sida chez nos voisins insulaires sont très comparables aux nôtres. Les actions successives d'origines et de natures diverses réalisées entre 1986 et 1995 dans ces pays ont permis de maintenir l'incidence des IST à un seuil relativement bas. L'intérêt des médias et l'intensité des campagnes ont diminué au cours de ces cinq dernières années, tant en Grande-Bretagne que dans les autres pays d'Europe occidentale. Les premières années, cela n'a pas semblé influencer la santé des ressortissants de ces pays. Toutefois, depuis quatre ans, on observe à nouveau une recrudescence des cas de syphilis infectieuse et de gonorrhée chez les hommes, de chlamydia chez les femmes, d'infection au VIH, de même qu'une diminution de la pratique du safe sex chez les jeunes homosexuels et une dégradation (depuis 1994) des connaissances sur les modes de transmission du VIH. Ces faits sont interpellants.

Lorsque l'on fait le bilan de vingt premières années d'épidémie de sida, on constate que les campagnes de prévention, même souvent contestées, nous ont probablement protégés d'une propagation incontrôlable de la maladie.







En ce qui concerne la prévention des grossesses non désirées, on peut observer une relative stabilité de la fréquence des interventions volontaires de grossesses (IVG) chez les jeunes (Commission nationale d'évaluation de la loi du 3/4/1990, 2000), qui par ailleurs comporte un taux de contraception relativement élevé. Ceci montre qu'aucune banalisation de l'IVG ne s'est produite. Bien que les complications médicales de l'IVG soient extrêmement réduites lorsqu'il est pratiqué dans de bonnes conditions, les complications socio-psychologiques méritent d'être plus investiguées en particulier chez les adolescentes.

### **Agir en promotion et prévention**

Comme pour l'ensemble des résultats de cette brochure, les données présentées ci-dessus peuvent être utilisées pour lancer un débat sur les politiques d'éducation affective et sexuelle à l'école, avec les enseignants, les parents et les intervenants (centres de planning familial, PSE et PMS) et également au niveau des responsables des différents réseaux d'enseignement ou d'autres associations. Les photographies actuelles se prêtent particulièrement bien à cet exercice, de même que l'évolution dans le temps du pourcentage des jeunes qui ont des relations sexuelles précoces.

Les enseignants, l'école et les intervenants spécialisés ne peuvent pas seuls rencontrer tous les problèmes de l'adolescence ni même être les seuls responsables de l'éducation affective et sexuelle. Les parents ont un rôle fondamental à jouer, rôle que 50% des adolescents demandent sans toujours l'obtenir. Lors d'une enquête précédente, les adolescents déclaraient que les parents, quand ils parlaient de relations sexuelles, abordaient l'abstinence, la contraception et la prévention du sida mais ne parlaient pas de tendresse, d'amour, de désir, de plaisir, de fidélité. Ces sujets devraient pouvoir être abordés en famille sans pour cela que les parents parlent de leur propre affectivité et sexualité. Il est nécessaire de lever certains tabous et d'accompagner les parents dans une démarche éducative plus active face à ces sujets si les jeunes sont demandeurs. Il existe peu de documents pour aider les parents à aborder avec les adolescents ces thèmes délicats.

#### **L'éducation à la vie affective et sexuelle comporte deux parties :**

**une partie générale**, qui ne concerne pas seulement les relations affectives et sexuelles mais la vie sociale dans son ensemble. Il s'agit ici du respect de l'autre, du respect de soi, de la communication (expression et écoute), de la gestion des situations difficiles où le jeune est sollicité pour des actions qu'il ne désire pas accomplir.

#### **une partie plus spécifique abordant :**

LES CONNAISSANCES : le corps, les mesures de prévention des IST et IVG, les fausses croyances sur les modes de transmission du sida, les services qui peuvent aider les jeunes à répondre à leurs questions et à les accompagner dans la résolution de leurs problèmes.

LES ATTITUDES :

- la clarification des valeurs : suis-je prêt(e) à avoir un petit(e) ami(e) ? suis-je prêt(e) pour avoir des relations sexuelles avec lui/elle ? qu'est-ce que je veux faire de mon corps et de mon cœur ? suis-je prêt à être parent et à assurer l'éducation d'un enfant ?
- le développement de valeurs de respect lors de relations sexuelles : l'autre n'est pas un objet que j'utilise comme cela est suggéré dans les films pornographiques ou même dans les séries télévisées où les relations affectives –et sexuelles– sont superficielles, de courte durée, et vécues pour faire comme les autres.
- les croyances, perceptions et intentions par rapport à soi, son affectivité, sa sexualité et son identité sexuelle.
- les croyances et représentations par rapport à l'autre : si une fille par exemple dit ne pas vouloir de relations sexuelles, c'est qu'elle ne le désire pas, ce n'est pas une stratégie pour aguicher un éventuel partenaire.



- les croyances et représentations par rapport aux infections sexuellement transmises et à la maternité. Les croyances incorrectes relatives aux modes de transmission du sida peuvent être un obstacle à l'intégration sociale la plus harmonieuse possible des personnes infectées par le VIH ou souffrant du sida.

**LES APTITUDES :**

- s'affirmer et apprendre à dire non à des relations non voulues.
- être capable de parler du préservatif ou de la contraception avec son/sa partenaire.
- être capable de consulter à bon escient les services et spécialistes compétents.

À cela s'ajoutent encore la proximité de services adaptés aux besoins des adolescents et la disponibilité de relais au sein des établissements scolaires.

Si les connaissances et une partie des attitudes et aptitudes peuvent faire partie d'un programme scolaire d'éducation à la vie affective et sexuelle, d'autres valeurs, croyances et aptitudes font partie de l'éducation générale. Tous les adultes en contact direct avec les jeunes partagent cette dernière responsabilité. À ces personnes s'ajoutent celles qui sont responsables de l'environnement dans lequel le jeune évolue : les valeurs transmises par les médias, les sites internet et des livres de mauvaise qualité.

**Les questions face auxquelles nous devons unir nos forces pour répondre sont donc :**

- comment intégrer davantage certaines valeurs dans le processus éducatif de l'école ? Comment développer certaines aptitudes ? Quel programme proposé durant les heures obligatoires d'éducation affective et sexuelle à l'école ? Y a-t-il un programme à proposer ou faut-il plutôt offrir une banque d'objectifs et d'outils ?
- comment impliquer plus activement les parents dans l'éducation affective et sexuelle de leurs enfants ? Quels services et outils développés pour les aider dans cette tâche ?
- comment discuter avec les adolescents des programmes de télévision, de livres, de jeux électroniques ou d'autres sources fallacieuses d'informations ?
- comment améliorer l'offre de services pour mieux rencontrer les besoins des jeunes ? En plus des centres de planning familial, des centres PMS et des services PSE, faut-il un référent «vie affective et sexuelle à l'école» ?
- comment agir au niveau des producteurs pour modifier l'image dégradante de l'homme et de la femme qui circule librement dans les médias ?

**En guise de conclusion**

Avec le risque de lasser le lecteur, il nous faut bien faire une fois encore la constatation de l'inégalité face à l'éducation à la vie affective et sexuelle des jeunes.

Les élèves de l'enseignement professionnel, et dans une moindre mesure ceux de l'enseignement technique, sont plus nombreux que les élèves de l'enseignement général à avoir des relations sexuelles avant 18 ans et même avant 14 ans. Ils sont également plus nombreux à avoir des partenaires multiples et moins nombreux à utiliser toujours un préservatif. Enfin, ils sont aussi plus nombreux à répondre de manière incorrecte aux questions sur la transmission du sida. Il y a toutefois une note positive : les filles de l'enseignement technique sont les plus nombreuses à mentionner prendre la pilule.

Aux questions qui précèdent, il faut donc en ajouter une autre : comment utiliser des ressources forcément limitées de manière à diminuer les inégalités sans pour autant voir les meilleurs résultats des élèves de l'enseignement général se dégrader ?





[ Chapitre Cinq ]

# Vivre à l'école

## INTRODUCTION

L'école est un lieu de vie et d'expériences, représentatif d'une société dans laquelle les jeunes se positionnent et doivent trouver leurs marques. L'école, comme toute institution, est régie par des règles de fonctionnement et exerce sur ses membres, élèves et adultes, une certaine contrainte. La cohabitation rapprochée entre jeunes et entre jeunes et adultes n'est pas toujours facile et nous verrons qu'elle peut même être source d'insécurité. Les jeunes, tout comme les adultes, peuvent se sentir menacés. Ils peuvent aussi exprimer des sentiments d'agressivité. Toutefois, la majorité des élèves se sentent acceptés par leurs condisciples et perçoivent ces derniers positivement.

Dans l'étude «Santé et bien-être des jeunes», la plupart des questions relatives à l'école n'ont été posées que dans les trois dernières enquêtes. Ces questions s'intéressent principalement à la perception des jeunes à l'égard de leur environnement scolaire et de la violence.

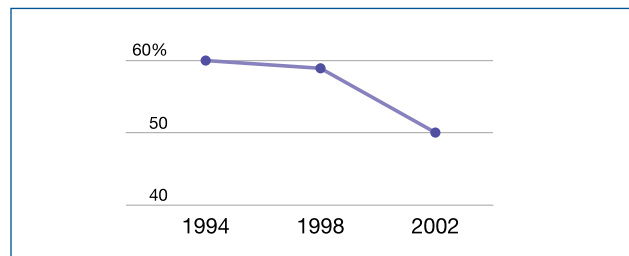
### Note méthodologique :

Certains des questions venant du protocole international ont, pour la première fois, changé de forme. Les réponses ne sont donc pas exactement comparables. C'est pourquoi nous avons, dans ces cas, omis de rejoindre les résultats entre 1998 et 2002 dans les graphiques.

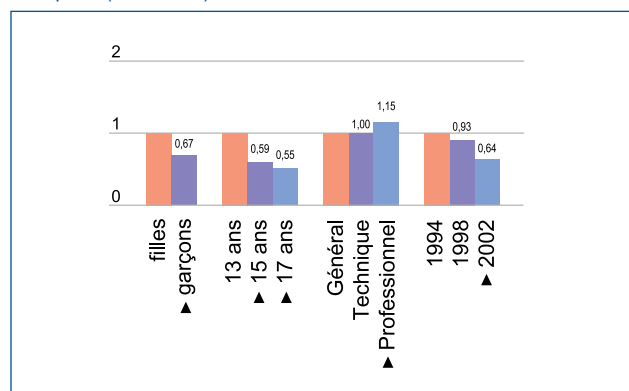
## La perception de l'école

### ÉVOLUTION DE 1994 À 2002

Graphique 5/1 : Proportions standardisées en % d'élèves de 13, 15 ou 17 ans qui **aiment (bien ou beaucoup) l'école**, par année d'enquête.



Graphique 5/2 : Association entre le **sentiment d'aimer (bien ou beaucoup) l'école** et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).

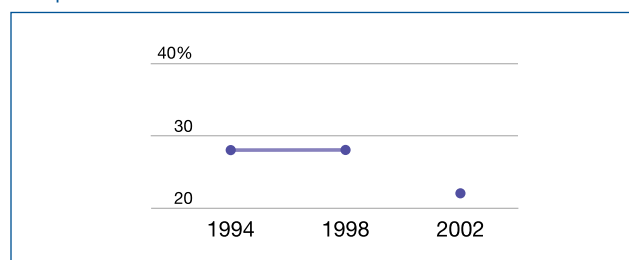


▲ Les pourcentages des élèves qui aiment l'école diminuent de 60 à 50% entre 1994 et 2002.

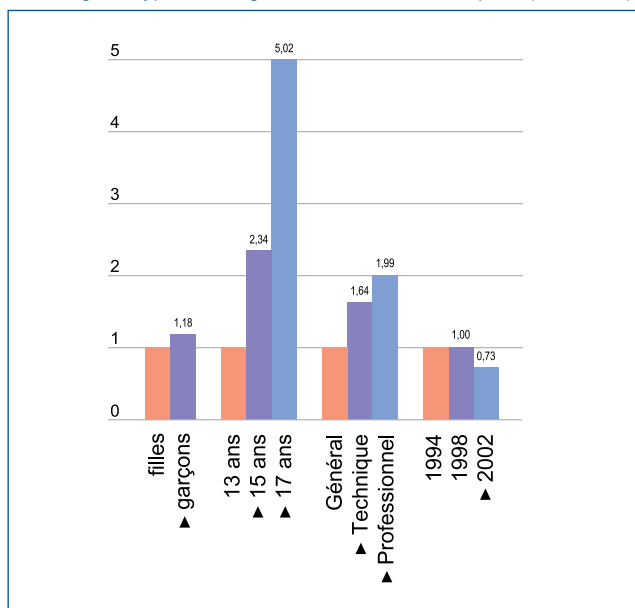
Ce sont les filles, les élèves les plus jeunes, les élèves de l'enseignement professionnel qui sont les plus nombreux à déclarer aimer l'école.

Le pourcentage des élèves aimant l'école diminue significativement entre 1994 et 2002.

Graphique 5/3 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui **ont bossé au moins une fois les cours**, par année d'enquête.



Graphique 5/4 : Association entre le fait de «brosser» les cours et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



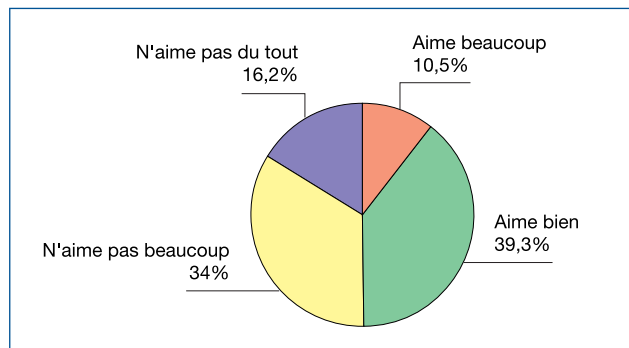
▲ Pour la question «t'arrive-t-il de brosser des cours, non pas parce que tu es malade mais parce que tu veux faire autre chose ?», une proportion de 28% de jeunes en 1994 et 1998 et de 22% en 2002 déclarent avoir brossé les cours au moins une fois au cours de l'année scolaire.

Ce sont les garçons, les élèves plus âgés et les élèves de l'enseignement technique et professionnel qui sont les plus nombreux à brosser les cours.

## La perception de l'école

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 5/5 : Répartition en % de la perception de l'école par les élèves de 13, 15 et 17 ans, en 2002.



▲ À la question «cette année, que penses-tu de l'école ?», 10,5% des élèves répondent qu'ils aiment beaucoup l'école.

Ils sont 16,2% à ne pas aimer du tout l'école et 34% à ne pas l'aimer beaucoup.

Pratiquement un élève sur deux aime (bien ou beaucoup) l'école et l'autre ne l'aime pas beaucoup ou pas du tout.

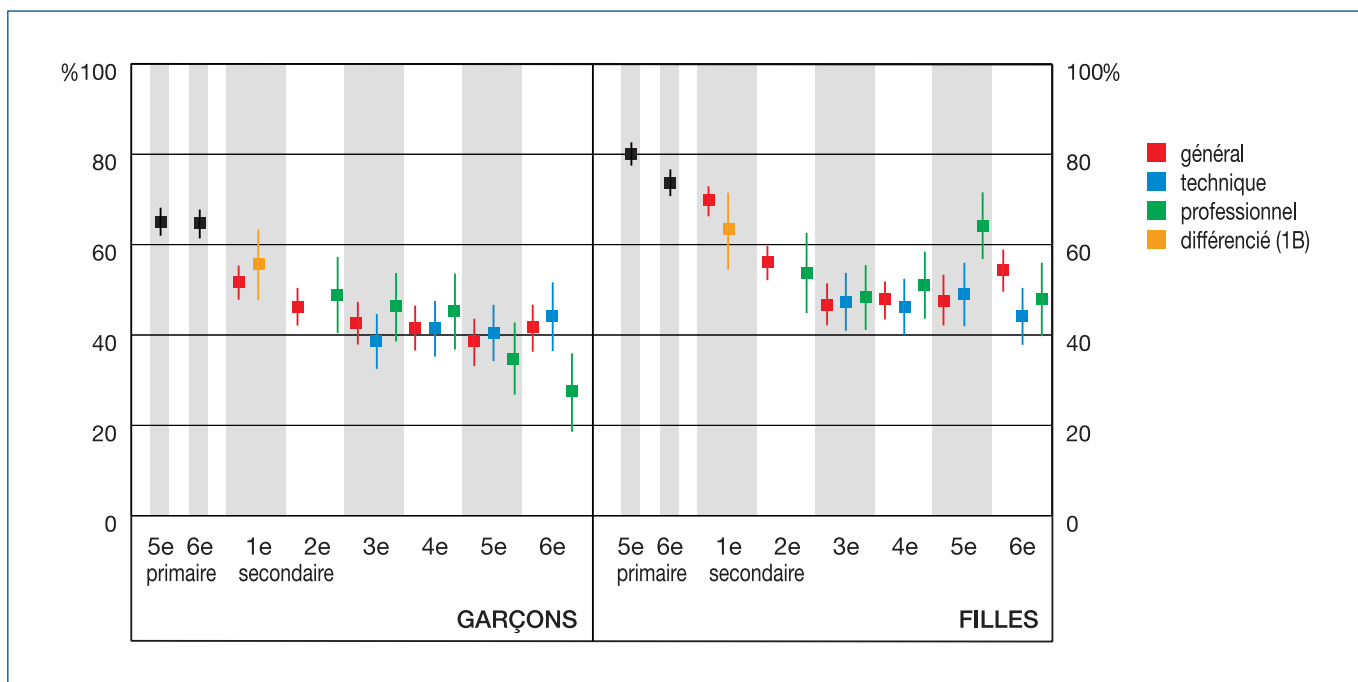
Les filles sont plus nombreuses que les garçons à aimer (bien ou beaucoup) l'école : respectivement 54,4 et 46,2% (résultats non représentés).

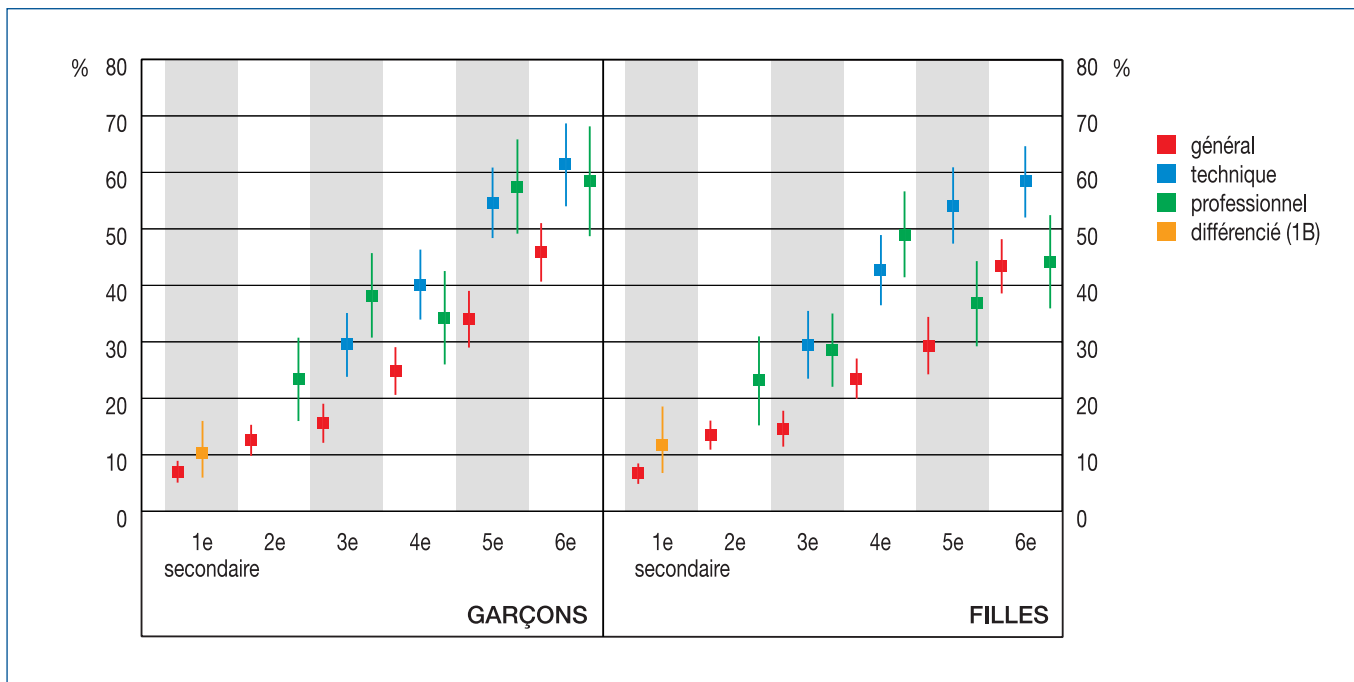
Graphique 5/6 : Pourcentage des élèves qui aiment bien ou beaucoup l'école, par sexe, classe et type d'enseignement, en 2002.

▼ En cinquième primaire, quatre filles sur cinq aiment l'école. À partir de la deuxième secondaire, les pourcentages avoisinent les 50%.

Avec l'entrée dans le secondaire s'amorce également pour les garçons une diminution encore plus marquée du pourcentage des élèves qui apprécient l'école.

Pour ce sentiment d'aimer l'école, on observe peu de différences entre les types d'enseignement.





Graphique 5/7 : Pourcentage des élèves qui brossent les cours, par sexe, classe et type d'enseignement, en 2002.

Trois jeunes sur quatre (74,6%) ne se plaignent pas de stress ou du moins pas de stress excessif.

Le pourcentage d'élèves qui brossent les cours augmente avec le niveau d'étude et donc avec l'âge.

La proportion d'élèves très stressés est plus importante parmi les filles (12%) que parmi les garçons (6,3%). Ces résultats ne sont pas présentés.

Les garçons sont plus nombreux que les filles à brosser les cours.

Les élèves de l'enseignement général sont moins nombreux que les autres à brosser les cours. Toutefois, à la fin des études secondaires, même dans l'enseignement général, près d'un jeune sur deux a brossé au moins une fois les cours pendant les deux mois précédant l'enquête.

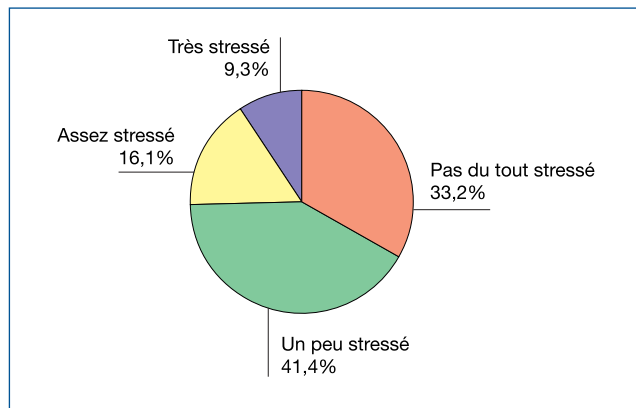
## L'ambiance de l'école

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

## Le stress lié au travail scolaire

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 5/8 : Répartition en % des élèves de 13, 15 et 17 ans du fait de se sentir stressé par l'école, en 2002

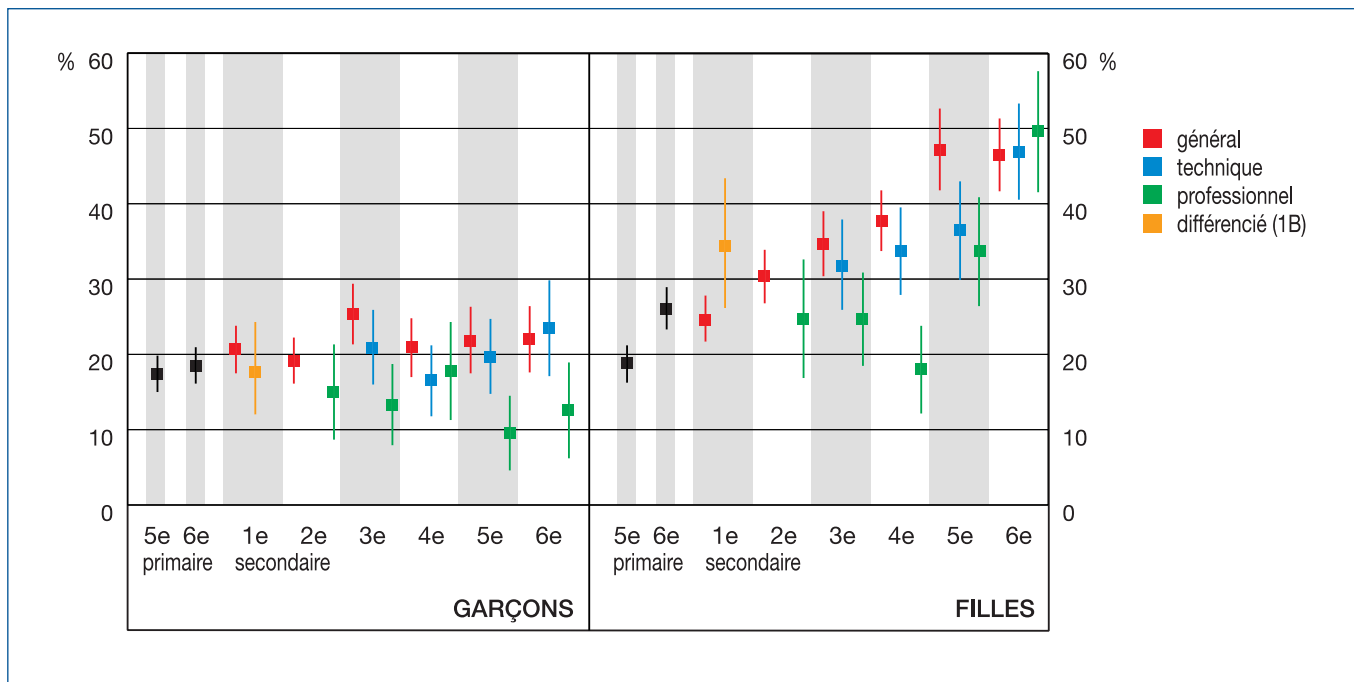


À la question «jusqu'à quel point te sens-tu stressé par le travail que tu dois faire pour l'école ?», 9,3% des élèves se disent très stressés et 16,1% assez stressés.

Tableau 5/1 : Répartition en % des élèves qui pensent que : (1) les élèves ont du plaisir à être ensemble, (2) la plupart des élèves sont gentils, (3) les élèves les acceptent comme ils sont, en 2002.

	Garçons			Filles		
	oui	ni oui ni non	non	oui	ni oui ni non	non
Les élèves ont du plaisir à être ensemble (1)	71,0	19,5	9,5	63,4	22,9	13,8
La plupart des élèves sont gentils (2)	71,2	16,4	12,4	70,1	16,5	13,4
Les élèves m'acceptent comme je suis (3)	80,3	9,9	9,8	76,7	14,4	8,9

Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir du plaisir à être ensemble et s'acceptent mieux comme ils sont. Par contre, on n'observe pas de différence entre les sexes concernant la perception de la gentillesse des élèves.



▲ Graphique 5/9 : Pourcentage des élèves qui se disent (assez ou très) stressés par l'école selon le sexe, la classe et le type d'enseignement, en 2002.

Lorsque l'on s'intéresse exclusivement aux élèves qui se disent (très) stressés par le travail scolaire, on observe que les filles sont plus stressées que les garçons et ce phénomène augmente particulièrement chez les filles de l'enseignement général et technique en fonction du niveau des classes.

Les jeunes de l'enseignement général sont les plus nombreux à se sentir stressés par les exigences scolaires.

### Aimer l'école et être stressé par le travail scolaire

#### RÉSUMÉ

La moitié des élèves aime l'école et l'autre moitié ne l'aime pas ou pas du tout alors qu'ils y passent - ou sont sensés y passer - plus de la moitié de leur temps d'éveil. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à aimer l'école.

Si l'enthousiasme pour l'école est plus fréquemment cité parmi les jeunes de l'enseignement professionnel, c'est également parmi ceux-ci que l'on observe le plus de jeunes qui disent broser les cours. Toutefois, à la fin de l'enseignement secondaire, près d'un jeune sur deux des trois types d'enseignement a brossé au moins une fois les cours durant les deux mois précédant l'enquête de 2002.

Le stress engendré par l'école s'observe plus chez les filles, les élèves plus âgés et ceux de l'enseignement général.

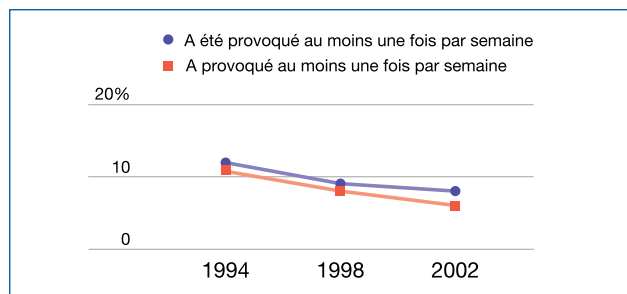
## La violence à l'école

### ÉVOLUTION DE 1994 À 2002

La violence à l'école se mesure par le fait d'être provoqué ou de provoquer ses pairs, une traduction du concept anglais de «bullyed» ou «bullying». Pour une meilleure compréhension de ce concept, voici l'introduction de la question : «nous disons qu'un élève se fait provoquer lorsqu'un autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes et désagréables. C'est aussi provoquer ou chercher quelqu'un quand on embête méchamment et souvent un élève d'une manière qui ne lui plaise pas du tout ou encore, quand on le laisse exprès de côté. Mais ce n'est pas provoqué lorsque deux élèves de plus ou moins la même force se disputent ou se battent. Ce n'est pas non plus provoquer quand on charrie gentiment un ami sans lui faire de la peine ou lui vouloir du mal.»

Il s'agit donc ici d'une forme bien particulière de violence.

Graphiques 5/10 : Proportions standardisées en % des élèves de 13, 15 et 17 ans qui ont été provoqués ou qui ont provoqué d'autres élèves au moins une fois par semaine, par année d'enquête.

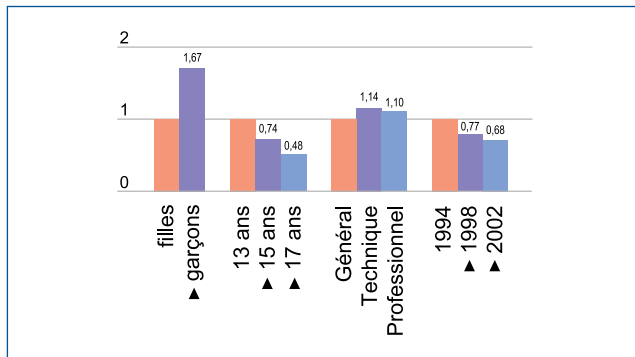


▲ On observe dans les graphiques 5/10 que le pourcentage de jeunes souffrant de «provocations» comme le pourcentage des auteurs de telles violences diminuent entre 1994 et 2002.

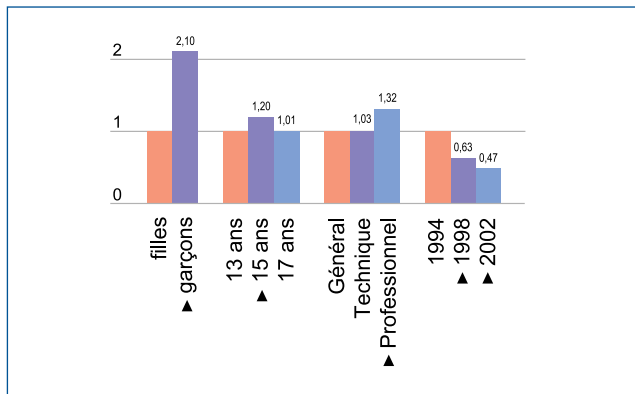
Ce sont surtout les garçons et les élèves les plus jeunes qui subissent les provocations.

Concernant le fait de provoquer les autres élèves, on observe que les garçons, les élèves de 15 ans et ceux de l'enseignement professionnel sont plus nombreux à avouer être les auteurs de cette violence à l'école.

Graphique 5/11 : Association entre le fait d'être provoqué régulièrement (au moins une fois par semaine) et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



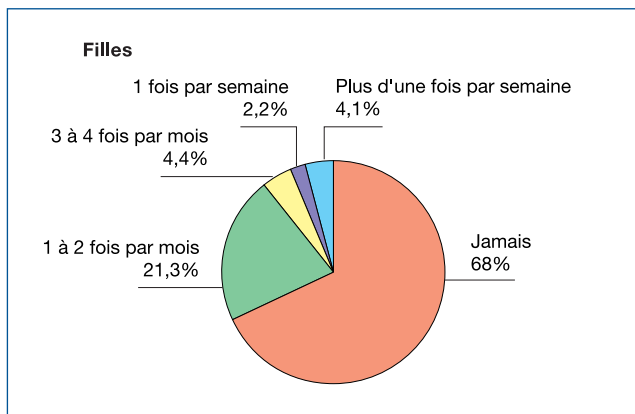
Graphique 5/12 : Association entre le fait de provoquer régulièrement (au moins une fois par semaine) et le sexe, l'âge, le type d'enseignement et l'année d'enquête (OR ou RC).



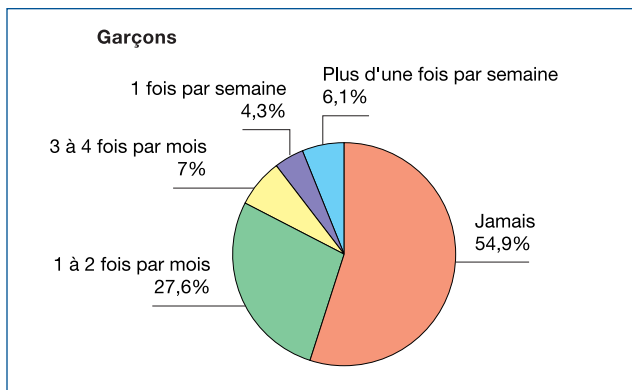
▲ Comme dans les graphiques 5/10, on observe dans les graphiques 5/11 et 5/12 une diminution de ces faits entre 1994 et 2002.

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Graphique 5/13 : Répartition en % parmi les filles de 13, 15 et 17 ans du fait d'avoir été provoquées au cours des deux mois avant l'enquête, en 2002.



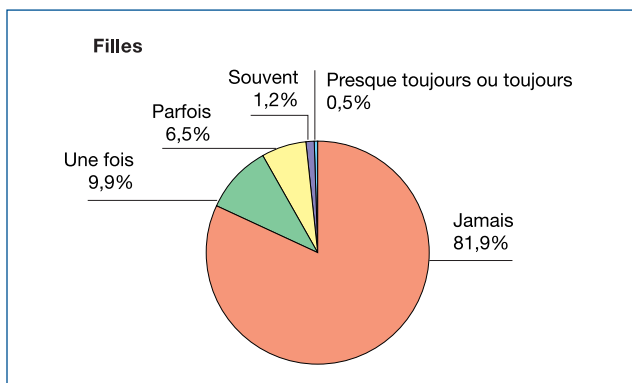
Graphique 5/14 : Répartition en % parmi les garçons de 13, 15 et 17 ans du fait d'avoir été provoqués au cours des deux mois avant l'enquête, en 2002.



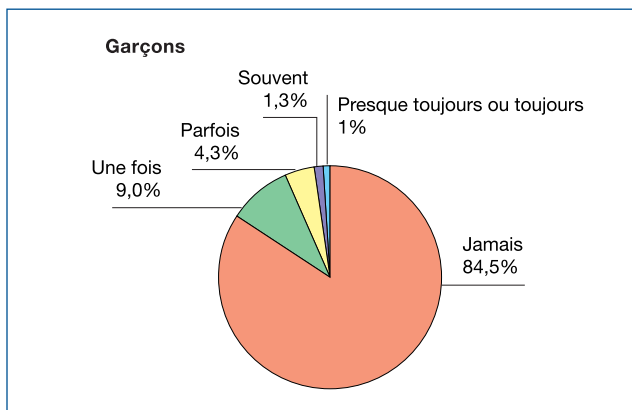
▲ Parmi les filles interrogées, 32% déclarent avoir été provoquées au moins une fois au cours des deux mois avant l'enquête. Parmi les garçons du même âge, 54,9% n'ont pas subi de provocation. 4,1% des filles et 6,1% des garçons subissent ces violences plusieurs fois par semaine.

Les violences provoquées ou subies sont liées puisque 66% des «provocateurs» ont eux-mêmes été provoqués au cours de l'année, contre seulement 22% de ceux qui ne déclarent aucun acte de provocations envers d'autres (résultats de 1998, non représentés).

Graphique 5/15 : Répartition en % parmi les filles de 13, 15 et 17 ans du sentiment de peur d'aller à l'école à cause des bagarres ou de la violence, en 2002.



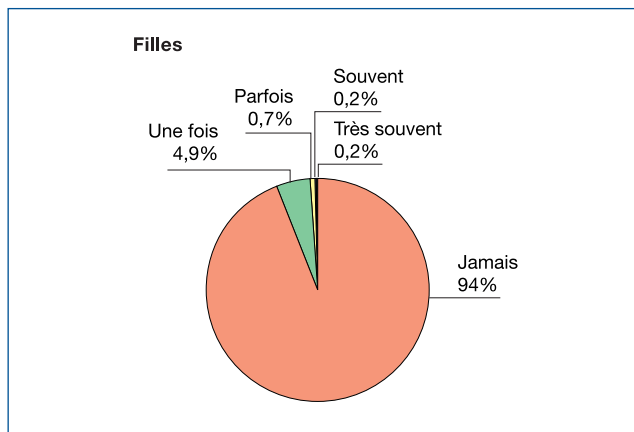
Graphique 5/16 : Répartition en % parmi les garçons de 13, 15 et 17 ans du sentiment de peur d'aller à l'école à cause des bagarres ou de la violence, en 2002.



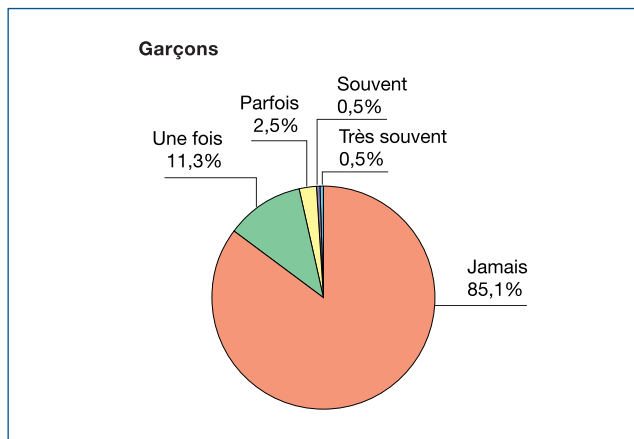
▲ Lorsque les élèves sont interrogés sur le fait d'avoir déjà eu peur d'aller à l'école à cause des bagarres ou de la violence à l'école ou sur le chemin de l'école, on observe qu'en 2002 :

- Près d'une fille sur cinq a eu peur d'aller à l'école. Ce sentiment fréquent d'angoisse se retrouve chez 1,7% des filles.
- Parmi les garçons, 84,5% n'ont jamais eu peur d'aller à l'école. 2,3% des garçons sont fréquemment sujets à cette peur.
- 13,3% des garçons et 16,5% des filles ont subi cette peur «une fois ou parfois».

Graphique 5/17 : Répartition en % parmi les filles de la fréquence d'être victimes de racket, en 2002.



Graphique 5/18 : Répartition en % parmi les garçons de la fréquence d'être victimes de racket, en 2002.



▲ En 2002, certains élèves ont été victimes de racket, c'est-à-dire qu'ils ont dû donner de l'argent, un vêtement ou autre chose alors qu'ils ne le voulaient pas.

94% des filles et 85,1% des garçons n'ont pas été victime de racket. 4,9% des filles et 11,3% des garçons ont été victime une fois de racket. Les autres, soit 1,1% des filles et 3,5% des garçons sont parfois, souvent ou très souvent victimes de cette forme de violence.

## Relations entre aimer l'école, la «provocation» et le stress scolaire

### PHOTOGRAPHIE ACTUELLE (2002)

Tableau 5/2 : Association entre la perception de l'école par les élèves de 11 à 17 ans et la violence et le stress par sexe en %, en 2002.

	Garçons			Filles		
	aime l'école	n'aime pas l'école	p	aime l'école	n'aime pas l'école	p
A été «provoqué» à l'école	9,5%	12,8%	<0.001	5,3%	8,0%	<0.001
Sentiment de stress	4,4%	9,7%	<0.001	8,9%	14,6%	<0.001

Pour les garçons comme pour les filles, on observe dans le tableau 5/2 qu'il existe une association significative entre le fait de ne pas aimer l'école et le fait d'y subir de la violence : les jeunes qui sont provoqués dans le cadre scolaire apprécient moins l'école que les autres. Une association est également observée entre aimer l'école et le stress engendré par le travail scolaire : ceux qui aiment l'école sont moins nombreux à se sentir stressés par le travail scolaire que les autres élèves.

### La violence à l'école

#### RÉSUMÉ

La violence telle que nous l'avons mesurée («bullying») diminue entre 1994 et 2002.

Une majorité de filles (68%) et de garçons (55%) ne subissent pas de provocation de la part des autres élèves. Par contre, 4,1% des filles et 6,1% des garçons sont provoqués plusieurs fois par semaine.

On observe une relation entre le fait de ne pas aimer l'école, d'être victime de violence dans le cadre scolaire et le stress engendré par le travail scolaire.

Le sentiment fréquent de peur d'aller à l'école se retrouve chez 1,7% des filles et 2,3% des garçons.

1,1% des filles et 3,5% des garçons sont «parfois, souvent ou très souvent» victimes de racket.



## Les pistes

### La signification des faits observés

L'école paraît plaire à un nombre de plus en plus réduit de jeunes. Nous avons vu que ce fait n'est pas forcément dû à l'institution mais peut résulter du sentiment de violence que certains élèves y subissent de la part de leurs pairs. Toutefois, quelles qu'en soient les raisons, on peut juger inacceptable que seulement un élève sur deux de 13, 15 et 17 ans aime l'école alors qu'il ou elle est sensé y passer la majorité de ces heures d'éveil pendant près de 9 mois par an.

Le stress dû au travail scolaire s'observe surtout parmi les jeunes de l'enseignement général qui vivent «sous pression» les attentes de l'école et des parents, notamment en matière de résultats scolaires.

Il semblerait que le sentiment d'insécurité sur la voie publique et dans l'école soit en augmentation pour certains élèves et pour certains enseignants. Ce phénomène de société n'est pas propre à l'adolescence et doit être abordé sur tous les fronts. Toutefois, ici aussi, il n'est pas tolérable que l'école soit une source de peur, d'angoisse, de violence. Cette image un peu pessimiste de l'école ne doit pas faire oublier que l'école n'engendre cette peur que pour une minorité d'élèves. S'il est nécessaire de remédier aux problèmes de cette minorité, dans beaucoup de cas, l'école n'éveille pas l'angoisse et la peur des élèves.

Des données présentées ci-dessus, il ressort toutefois que l'école ou plutôt l'institution scolaire mérite toute notre attention. Ce fait est confirmé dans la partie 3, chapitre 8, qui traite du décrochage scolaire. La violence à l'école ne se résume pas à son aspect physique. Elle est aussi institutionnelle comme l'explique les jeunes interrogés dans le cadre du projet sur le décrochage scolaire (Favresse, 2002). Les jeunes dépossédés de leur parcours scolaire expriment leur désintérêt scolaire par diverses formes d'incivilité en classe (chahut, insultes,...).

La mixité de l'enseignement est parfois remise en cause et fait d'ailleurs partie en France d'un débat bien plus large qu'en Belgique. Toutefois, nous laisserons ce thème de côté, car nous ne disposons pas de données à ce sujet.

L'implication des parents à la vie scolaire de leurs enfants est également un facteur qui a son importance aussi bien pour les élèves que pour les enseignants. Cependant, si les invitations sont fréquentes en provenance de l'école, la participation des parents peut paraître faible. Selon le Girsef (Groupe Interfacultaire de Recherche sur les Systèmes d'Education et de Formation), les directeurs estiment qu'en moyenne 23% des parents répondent à ces invitations et que l'aide sollicitée auprès des parents pour certaines activités de l'école est trop faible (Delvaux, 1998). Néanmoins, le décret «Missions de l'enseignement» a mis en place le conseil de participation dans chaque établissement scolaire dans lequel il y a au moins un représentant des parents (décret de la Communauté française du 24 juillet 1997).

Certaines enquêtes dont celle de 1998 posaient plus de questions sur l'école. On y observait alors que les élèves ont des difficultés à se sentir appartenir à «leur» école. Une des hypothèses de ce phénomène pourrait être la diminution de l'importance du groupe «classe» suite aux options offertes aux élèves qui choisissent leur programme de cours non seulement en fonction de leurs préférences, mais aussi en fonction de leurs résultats scolaires, en fonction du professeur et selon les décisions du corps professoral. C'est ainsi qu'il est possible à un élève d'une école secondaire générale de plus de 1000 élèves de faire, sans doubler, tout son parcours scolaire seul, en ne partageant l'ensemble de ses options avec aucun autre élève.

Il existe aussi des élèves qui changent d'école sans déménager, soit parce qu'ils désirent une autre ambiance soit parce qu'ils sont réorientés suite à des problèmes d'échecs scolaires ou de discipline.

Par ailleurs, l'espace scolaire est de plus en plus structuré comme un marché, avec comme conséquence le développement de pratiques clientélistes à l'intérieur de l'école et entre écoles. Les choix opérés par les usagers, choix initial et réorientation éventuelle vers une autre école, participent à la différenciation entre écoles, en contribuant notamment à créer des établissements relativement homogènes en terme de population scolaire. Sur ce point, il apparaît que les élèves de l'enseignement technique et professionnel ont des comportements de santé plus homogènes quel que soit leur catégorie socio-économique que ceux de l'enseignement général. De même, les établissements, par le personnel qu'ils recrutent, les infrastructures qu'ils proposent, les options pédagogiques et organisationnelles qu'ils mettent en œuvre et le passé qui les caractérise, participent à la structuration du champ scolaire. Or si on manque de données sur les inégalités sociales dans l'enseignement en Belgique, on sait qu'il existe des politiques de discrimination positive, sur base de critères définis, au niveau des communes, des quartiers et des écoles visant à compenser d'une certaine manière ces inégalités. On sait également qu'il ne suffit pas d'agir en rectifiant la balance des moyens entre institutions scolaires, mais qu'il est aussi fondamental d'intervenir en amont sur les déterminants d'une cartographie socio-économique montrant l'inégalité de nos institutions scolaires. Il apparaît enfin que les enseignements technique et professionnel se composent davantage d'élèves issus de milieux socio-économiquement défavorisés que l'enseignement général.

Le problème est complexe car il touche à l'organisation de notre société par le truchement de l'institution scolaire. Des notions aussi importantes que l'accessibilité géographique, financière et culturelle à l'éducation peuvent être remises en cause.

Une réflexion stratégique globale est nécessaire tenant compte de cette recherche des déterminants mais aussi d'une meilleure connaissance des écoles et des publics cibles.

Dans cette étude, l'accent mis sur la perception de l'école est facilement expliqué par le fait que l'environnement scolaire est un déterminant important du bien-être aussi bien pour les élèves que pour les enseignants et indirectement les parents.

## Agir en prévention

Les données présentées dans ce chapitre ainsi que dans le chapitre 8, peuvent être utilisées pour ouvrir un débat sur la place et le rôle de l'école au sein de la société.

Au niveau des établissements scolaires, la proposition peut être la même. Les graphiques 5/1, 5/5 et 5/6 qui montrent successivement une diminution du pourcentage de jeunes aimant l'école dans le temps, la répartition de ces jeunes en 2002 et la distribution par sexe, classe et type d'enseignement peuvent lancer les discussions dans l'école sur les raisons d'une telle situation et sur les possibilités de remédier aux éventuelles faiblesses de l'établissement identifiées par les acteurs scolaires, les services PSE et les parents. Les associations d'enseignants, les structures d'organisations des différents réseaux d'enseignements et les associations de parents peuvent faire remonter jusqu'à nos autorités les raisons évoquées de ces situations non acceptables ainsi que les solutions proposées.

De même, les résultats concernant le stress engendré par le travail scolaire pourraient être discutés avec les élèves, ainsi que la consommation de médicaments contre l'anxiété (graphique 1/35) et pourraient éventuellement être mis en relation avec la consommation de cannabis (Kohn, 2003).

La violence des élèves entre eux à l'école concerne plus précisément la provocation ou le racket répétés à l'égard de certains élèves. Il existe également des élèves victimes de diverses formes de violence au sein de l'école. Les lieux de parole sur la violence entre élèves sont un moyen de la combattre. Lorsque ces jeunes «souffre-douleur» sont placés régulièrement dans une situation de partage d'expérience sur la violence à l'école, ils finissent par «craquer» et racontent leur souffrance malgré les menaces de leurs



«bourreaux». Ces derniers le savent vite et dans les établissements où ces lieux de parole sont régulièrement mis en place, la violence entre pairs diminue rapidement.

Une fois encore, il est plus utile de chercher à répondre à la question «pourquoi observe-t-on une telle situation» et «comment y remédier» plutôt que de refaire une enquête similaire. Rappelons que les graphiques «distribution de tel phénomène par sexe, classe et niveau d'enseignement» présentent les intervalles de confiance (à un seuil de 5%) et donnent donc une estimation suffisante du phénomène dans l'ensemble de la population.

Le graphique 5/6 sur la distribution du fait d'aimer (bien ou beaucoup) l'école amène des questions telles que :

- pourquoi les garçons sont-ils plus nombreux que les filles à ne pas aimer l'école au fur et à mesure qu'ils vieillissent et/ou qu'ils avancent dans leur cursus scolaire ?
- quelles sont les raisons qui expliquent une diminution du nombre des élèves qui aiment l'école entre le primaire et le secondaire ?
- pourquoi, déjà en primaire, 1 fille sur 5 et 1 garçon sur quatre n'aiment-ils plus l'école ?

Les questions peuvent également s'élaborer au départ d'autres graphiques. Par exemples :

- pourquoi les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont-ils plus nombreux à brosser que les élèves de l'enseignement général ? (graphique 5/7).
- pourquoi les jeunes filles sont-elles plus stressées que les garçons alors qu'elles vivent les mêmes situations scolaires, dans les mêmes classes (graphique 5/9) ? Les jeunes filles étaient également les plus nombreuses à perdre leur confiance en elles au fur et à mesure qu'elles vieillissaient et avançaient dans leur étude (graphique 1/24).

### **En guise de conclusion**

À l'école, les relations entre enseignants et élèves ne relèvent pas du rapport de force : le rôle des enseignants n'est pas de «mater» les élèves ou de «les faire se tenir tranquille», mais bien de favoriser la construction de savoir. Dans cette conception, élèves et enseignants ne sont pas face à face, mais côte à côte. C'est ensemble qu'ils doivent œuvrer à une tâche commune, chacun dans son rôle (apprenant et facilitateur d'apprentissage).

Dans ce cadre, les règlements se justifient pour permettre et faciliter ces apprentissages. Les règlements peuvent varier en fonction des modalités de l'apprentissage et porter par exemple sur le respect d'un horaire, le respect de règles concernant la prise de parole, la violence (entre élèves dans la cours de récréation, voire en classe), la sécurité, le travail en groupe, etc. Les élèves ont tendance à accepter ces règles s'ils les trouvent légitimes, c'est-à-dire s'ils en comprennent la fonction et ne les considèrent pas comme arbitraires ou inutiles. Même les élèves «chahuteurs» reconnaissent qu'ils entravent le bon déroulement des activités mais ils déclarent également ne pas posséder d'autres moyens d'exprimer leur sentiment d'impuissance face à une situation qu'ils refusent (chapitre 8).

Dire que les enseignants et les élèves sont «côte à côte» nécessite d'envisager de nombreux changements de comportements et d'attitudes pour le corps enseignant, pour les élèves et même pour les parents. Cette démarche est déterminée par de très nombreux facteurs relevant de l'individu, des familles, des différents groupes de partenaires et de l'institution elle-même, tant au niveau local qu'au niveau des autorités pédagogiques.

C'est la raison pour laquelle le projet des «écoles en santé» envisage non seulement l'éducation à la santé, mais prend aussi en compte le bien-être des enseignants comme des élèves, l'environnement pédagogique (en prônant des méthodes de pédagogies actives), l'environnement physique (qui doit être agréable) et l'organisation de l'école (par exemple de la communication et des relations) et de la classe. On peut consulter à ce sujet le site de l'OMS <http://www.euro.who.int/enhps> ainsi que la section 5 du rapport EVA 1 (1995) traitant de l'évaluation de la gestion de l'école, de celle du programme scolaire, de l'évaluation des méthodes pédagogiques, de la gestion de la classe et enfin de l'évaluation de la participation des parents et de la communauté dans l'école (Weare et al., 1995a,b ; Tones et al., 1995 ; Piette et al., 1995).





## **[ Deuxième partie**

**“ Prévention de  
l’asthme  
professionnel chez  
les jeunes ”**



## [ Chapitre Sept ]

# Prévention de l'asthme professionnel chez les jeunes

## INTRODUCTION ET MÉTHODE

Il existe peu d'études qui s'intéressent aux adolescents entrant dans la vie active au moment où ils commencent à se confronter aux risques professionnels. Cependant, en termes de prévention et de promotion de la santé des accidents et maladies professionnelles, ces études sont un préalable au développement de comportements de prévention.

Pour mieux cerner la perception du risque professionnel chez les jeunes, nous avons effectué, dans une première phase, une enquête auprès d'élèves de dernière année scolaire professionnelle et technique en Communauté française de Belgique. Dans une seconde phase, nous avons effectué un suivi de ces élèves durant les deux premières années de leur vie professionnelle. L'objectif de l'étude est d'évaluer la prise de conscience des risques relatifs aux maladies professionnelles et plus particulièrement à l'asthme professionnel, risques liés à la future profession de ces élèves (boulangerie, coiffure et métiers du bois). Les groupes de références à moindre risque d'asthme professionnel sont composés des élèves en boucherie et «vente-étalage», également suivis pendant une durée de deux ans.

La première année, 533 jeunes ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire auto-administré basé sur

- les résultats de l'étude qualitative préliminaire sur la perception des risques professionnels (Coppieters et al., 2001) ;
- le questionnaire de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» pour les variables générales de la santé ;
- les questionnaires de l'enquête épidémiologique ECRHS I (European Community Respiratory Health Survey) et du protocole ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) pour étudier les facteurs de risque de l'asthme chez les adultes jeunes.

Parmi les élèves qui avaient accepté de répondre à une enquête ultérieure, 223 jeunes travailleurs ont renvoyé le deuxième questionnaire en 2002.

Les données ci-dessous portent successivement sur :

1. L'évaluation des connaissances et de la perception des risques d'asthme professionnel des élèves de dernière année d'enseignement.
2. Les plaintes de types allergique et respiratoire des élèves.
3. Les résultats du suivi longitudinal.
4. Le rôle de l'école dans la prévention des maladies professionnelles.

Ceci ne constitue qu'une partie des résultats de l'étude dont l'ensemble a fait l'objet d'une thèse (Coppieters 2003).

## 1. Connaissances et perception des risques professionnels des élèves

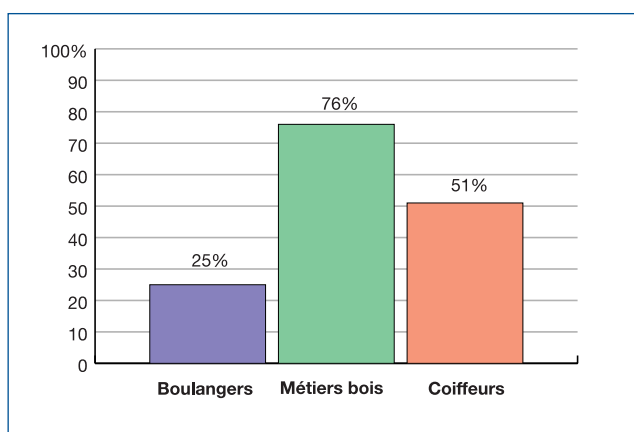
Parmi les élèves qui sont dans les dernières années d'étude, 62,0% des élèves des professions à risque d'asthme professionnel disent être conscients des risques professionnels liés à leur profession, contre 52,1% pour les professions à moindre risque. La différence entre les deux groupes est statistiquement significative

La différence entre les deux groupes est également significative pour la mention de l'asthme comme problème de santé lié à la profession : 18,8% des jeunes à risque contre 2,1% de ceux à moindre risque citent l'asthme comme une maladie professionnelle. La connaissance de mesures de prévention contre l'asthme professionnelle est observée parmi 42,1% pour les jeunes à risque contre 26,5% pour les autres.

Parmi l'ensemble des 533 élèves interrogés, 85% des jeunes ne pensent pas ou pratiquement pas aux risques que leur profession peut entraîner pour leur santé. Cette observation montre que les élèves sont peu sensibilisés au cours de leur formation scolaire aux risques professionnels en général et aux risques spécifiques de leur future profession.

Plus de 50% des jeunes savent qu'ils travaillent avec des produits nocifs pour la santé dans leur profession. Cependant, on observe que les boulangers se rendent moins compte que les autres qu'ils manipulent des substances qui peuvent être nocives pour leur santé. Les jeunes des métiers du bois sont les plus conscients de ces risques.

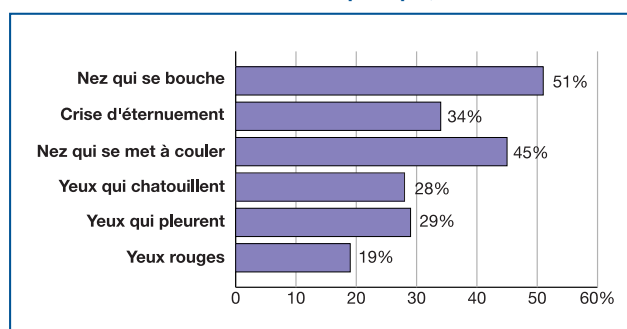
Graphique 7/1 : Répartition en % des élèves qui savent qu'ils travaillent avec des produits toxiques, en 2000.



## 2. Plaintes de type allergique et respiratoire des élèves

Les élèves des sections à risque de développer un asthme professionnel sur les lieux de travail (coiffure, boulangerie et métiers du bois) ont de nombreuses plaintes d'origine allergique dans leurs milieux de stages et de travaux pratiques, et cela avant même d'être entrés dans la vie active.

Graphique 7/2 : Répartition en % des symptômes de type allergique chez les élèves lors de leur travail pratique, en 2000.



▲ Parmi les élèves à risque d'asthme professionnel, un jeune sur cinq déclare des plaintes respiratoires de type sifflements dans la poitrine qui peuvent être des signes précurseurs de l'asthme. Un jeune sur 10 se réveille parfois avec une oppression dans sa poitrine. Ce symptôme peut annoncer un asthme futur. Ces résultats ne sont pas présentés (Coppieters, 2003).

12,6% des boulangers, 14,1% des coiffeurs et 3,5% des professions du bois ont déjà fait de l'asthme, contre 9,3% des bouchers et 7,4% des vendeurs. La proportion d'asthme déclaré chez les boulangers est celle que l'on observe dans la population adulte générale. Cependant, ces élèves vont rentrer dans une profession à risque d'asthme ou d'aggravation de leur asthme.



### 3. Résultats du suivi longitudinal

Plus d'un jeune sur 8 ont été confrontés directement ou indirectement à la problématique des accidents de travail lors de leur entrée dans la vie du professionnelle. Cela a aussi augmenté leur perception du danger lié à certaines machines ou produits utilisés (augmentation de 20,3% entre le milieu scolaire et la vie professionnelle).

Tableau 7/1 : Description de la **perception du risque professionnel chez les élèves (en 2000) devenus travailleurs (en 2002)** en % (n=223).

MESURE DE LA PERCEPTION DU RISQUE	2000	2002	
<b>Perception de la sévérité :</b>	%	%	▲
- Connaît une ou des personnes qui ont eu un accident ou un problème de santé lié à leur profession	55,7	67,8	▲
- Pense aux risques que sa profession pourrait faire courir à sa santé	61,1	60,6	▲
- Trouve que certain(e)s produits/ machines sont dangereuses	39,5	59,8	
<b>Perception de la susceptibilité :</b>			
- Croit que sa profession affaiblira sa santé par rapport aux jeunes du même âge	28,6	30,5	
- Croit qu'il développera une maladie ou un accident plus grave que la moyenne des maladies et accidents professionnels dans sa profession	17,5	17,0	
- A déjà eu un problème de santé ou un accident lié aux stages ou à la profession	31,3	35,5	▲
- Affirme que toutes les personnes ont le même risque d'attraper une maladie ou un accident de travail	56,3	36,6	▲
- Affirme que développer un accident ou une maladie professionnelle est une question de malchance	26,0	29,8	▲
<b>Bénéfice de la prévention :</b>			
- Affirme qu'il est facile d'adopter des mesures de prévention dans le milieu professionnel en général	56,6	52,6	▲
- Trouve qu'il existe un bon encadrement médical dans les milieux professionnels en général	36,6	21,4	▲
- Pense que ne pas adopter de mesures de prévention au travail augmente le risque d'accident / maladie professionnelle	77,1	78,6	▲

▲ = signification statistique

La perception de la susceptibilité se traduit, notamment, par le fait que 56,3% des jeunes affirment, lors de leur formation scolaire, que toute personne a le même risque de développer un accident ou une maladie professionnelle en général au travail. Ils ne sont plus que 36,6% à l'affirmer lorsque eux-mêmes ont une activité professionnelle.

Par ailleurs, près d'un jeune sur trois croit que sa profession aura un impact défavorable sur sa santé et près d'un jeune sur six pense qu'il développera un problème de santé sévère en lien avec sa profession. Ces deux proportions restent quasi identiques dans le temps.

### Le rôle de l'école dans l'information des risques professionnels

L'asthme professionnel est la plus fréquente des maladies respiratoires professionnelles dans les pays industrialisés. Actuellement, plus de 140 professions sont concernées par l'asthme professionnel. La liste des agents incriminés, estimée à plus de 400 produits, est en croissance constante. Les substances les plus souvent mises en cause sont la farine et les isocyanates (peinture, plastique). Dans notre pays, les professionnels les plus exposés sont les boulangers, les coiffeurs, les carrossier-peintres pour automobile et les artisans des métiers du bois.

La formation professionnelle des jeunes doit servir aussi à l'intégration des mesures de protection individuelles dans la pratique professionnelle. En effet, en terme de prévention primaire, on peut soutenir l'hypothèse que la protection individuelle contre l'exposition (par exemple aux allergènes dans le cas de l'asthme professionnel), peut avoir un rôle très important.

Pour les élèves et travailleurs boulangers, cela consiste par exemple, à réduire l'empoussièrément lié au contact avec de la farine, à assurer une ventilation efficace et à porter éventuellement un masque.

Pour les coiffeurs, la prévention primaire passe par l'aération correcte des locaux et l'utilisation de produits sous forme de gel, crème ou shampooing, moins susceptibles d'entraîner une pollution du lieu de travail.

Les stratégies de prévention doivent donc varier selon les technologies utilisées et la nature des substances nuisibles. Pour chaque profession, des mesures spécifiques doivent être appliquées.

La prise de conscience du risque professionnel semble de manière générale peu stimulée lors de la formation scolaire. Certains élèves, grâce à leur environnement familial, semblent plus concernés que les autres par une réflexion sur la relation entre santé et profession car ils peuvent raconter une histoire familiale d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (Coppieters et al., 2001). La prise de conscience du risque professionnel est donc de manière générale faible parmi les élèves, voire nulle. Elle est très difficile à enseigner car cette préoccupation est très secondaire pour les élèves, même si elle varie d'une section professionnelle à l'autre.

Un programme de prévention repose non seulement sur la connaissance des risques, une perception correcte de ce risque en fonction de l'environnement mais aussi sur une connaissance de la réglementation et des normes vis-à-vis desquelles une profession ou une entreprise doit se mettre en conformité.

En regard de cette analyse, il faut définir des programmes de prévention adaptés aux différents risques, actuels et futurs, pour ces élèves et sensibiliser les enseignants des matières théoriques et pratiques à la manière de faire passer les messages de prévention.

Dans le cadre du travail sur la perception des risques d'asthme professionnel, un projet pilote d'éducation à la santé professionnelle a été développé pour les élèves en fin de formation professionnelle. Il consistait en séances d'information dans les écoles à partir d'un scénario pédagogique intégrant un outil multimédia (Coppieters et al., 2003). L'évaluation de ces séances d'information est résumée ci-dessous. Les résultats démontrent qu'il est possible de faire passer un message clair à la fois de manière ludique et efficace.

La majorité des élèves ont trouvé l'information satisfaisante ou très satisfaisante (tableau 7/2). Les informations sur l'asthme professionnel ont bien été reçues par les jeunes. Plus de la moitié ont été très satisfaits par le contenu, le reste des jeunes se déclarant satisfaits par les messages proposés. Une forte satisfaction se dégage par rapport à l'approche pédagogique et au support interactif proposé (un CD-ROM). Ajoutons que 90,2% des élèves interrogés ont trouvé que la durée de la séance (une heure de cours) était satisfaisante.

Tableau 7/2 : Répartition en % de la **satisfaction par rapport à la séance d'information**, son contenu et son approche pédagogique, (n=113)

	<b>Satisfaction générale par rapport à la séance d'information</b>	<b>Satisfaction spécifique par rapport aux messages sur l'asthme professionnel</b>	<b>Satisfaction spécifique par rapport à l'approche pédagogique</b>
<b>Très satisfaisant</b>	45,1 %	7,5 %	70,7 %
<b>Satisfaisant</b>	50,4 %	38,9 %	26,5 %
<b>Un peu satisfaisant</b>	2,7 %	2,8 %	2,6 %
<b>Pas satisfaisant</b>	1,8 %	0,8 %	0,2 %

L'évaluation de l'acquisition des connaissances sur l'asthme professionnel s'est fait entre autres en confrontant les résultats des pré-tests et post-tests des élèves (entrée et sortie obligatoires du programme interactif). L'analyse des scores des pré-test et post-test montre une nette amélioration des scores lors de la seconde évaluation. Si le score moyen du pré-test tourne autour de 62%, il monte à 93% lors du post-test. Ces résultats ne sont pas présentés. Ajoutons que les enseignants se sont approprié l'outil et exprimaient la même satisfaction que les élèves.

## En guise de conclusion, une question éthique

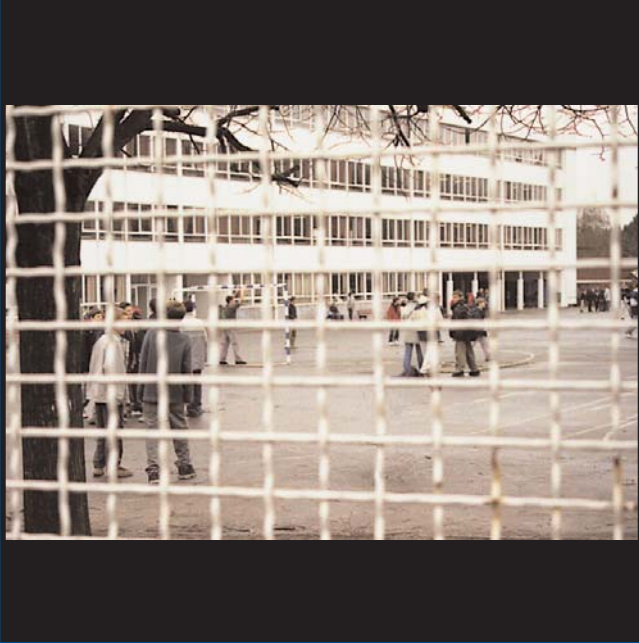
De manière opérationnelle, les personnes souffrant d'une affection allergique ou ayant des antécédents d'asthme ou des antécédents sévères familiaux d'allergies ou d'asthme, ne devraient pas être exposées aux métiers connus pour provoquer de l'asthme professionnel. D'autres diront qu'on ne peut éloigner un élève d'une profession qu'il désire exercer sur la base d'un risque statistique. Aussi la question reste-t-elle ouverte quant à la manière de définir précisément les rôles de la santé scolaire (service PSE) dans ce domaine.

Quoi qu'il en soit, les enseignants et l'équipe des services PSE devraient informer les élèves sur les risques potentiels de leur profession future, sur les mesures de prévention de ceux-ci ainsi que sur les mesures réglementaires concernant les milieux professionnels spécifiques. Ajoutons qu'une attention particulière devrait être portée par la médecine du travail sur les conditions dans lesquelles les stagiaires effectuent leurs premiers pas dans le monde du travail et sur les mesures de prévention qui accompagnent ou non cette première expérience professionnelle.



## [ Troisième partie

**“ La santé  
et le bien-être  
des jeunes  
en décrochage ”**



## [ Chapitre Huit ]

# Santé et bien-être des jeunes en décrochage scolaire

## INTRODUCTION

Les données récoltées en milieu scolaire ne représentent pas l'ensemble des jeunes de 11 à 18 ans puisqu'elles excluent d'office les jeunes en décrochage scolaire. Ceci peut constituer un biais important dans l'estimation de la santé de la population adolescente. En effet, depuis la deuxième enquête «Santé et bien-être des jeunes» de 1988, nous savons que les jeunes qui «brossent» l'école présentent plus de comportements à risque que les autres élèves. Nous avons comparé les jeunes qui ne brossent jamais de cours avec ceux qui brossent une fois ou plus durant l'année scolaire mais qui se trouvaient en classe le jour de l'enquête (Piette et al., 1993b,c et 1994). **Si les jeunes qui brossent les cours occasionnellement constituent déjà un groupe à risque, on pouvait émettre l'hypothèse qu'a fortiori, les jeunes en décrochage représentaient également un groupe cumulant plus de risques que les élèves régulièrement scolarisés.**

Pour pallier ce manque de connaissance, une recherche sur la santé et les modes de vie de jeunes âgés de 15 à 20 ans, en décrochage scolaire actuel ou récent (ces derniers étant en cours de réinsertion), a été réalisée au cours de l'année 1999-2000. Dans un premier temps, 35 jeunes brossant régulièrement les cours ou ayant abandonné leur scolarité se sont exprimés dans des entretiens individuels semi-dirigés (Favresse et al., 2000). Dans un second temps, 567 jeunes issus de formation à horaire réduit (Centre d'Education et de Formation en Alternance (CEFA), apprentissage des Classes Moyennes) ou fréquentant des associations pour jeunes (maison de jeunes, Aide en Milieu Ouvert (AMO)) ont répondu à un questionnaire adapté du questionnaire «Santé et bien-être des jeunes» utilisé dans les écoles.

## L'étude qualitative

### 1. LE MAL-ÊTRE SCOLAIRE

D'après les entretiens, les problèmes de fréquentation scolaire se rattachent habituellement à un mal-être du jeune au sein de l'école. Cet état, plus ou moins prononcé selon les adolescents, peut toucher le jeune tant au niveau de son apprentissage (échecs scolaires, réorientations multiples, démotivation, etc.) que sur un plan personnel (expression de manque de confiance en soi, d'incapacité à dépasser ses problèmes ou encore d'anxiété, etc.) ou relationnel (sensations d'être différent des autres élèves, difficulté de respecter les règles en classe, sentiment d'être exclu par certains professeurs, etc.). Le décrochage apparaît bien souvent à la suite de divers incidents de parcours : échecs, renvois, changements fréquents d'école, refus d'inscription, réorientations, obtention du statut d'élève libre, etc.

D'autres éléments d'origine extrascolaire interviennent également dans les difficultés scolaires tels que des problèmes de communication avec les parents, des facultés de concentration différentes ou encore, la fréquentation d'amis en rupture scolaire. Ces facteurs prédisposent certains adolescents à un rapport problématique avec l'école qui va, bien souvent, s'aggraver au fil de l'expérience scolaire. L'école peut ainsi devenir une source importante de détresse, provoquer un sentiment d'injustice et/ou faire éclore une profonde démotivation à l'égard de l'apprentissage.

Ainsi, les réorientations suite à des échecs scolaires favorisent chez certains jeunes le développement d'un sentiment d'injustice et de troubles de la santé mentale (comme le stress ou l'affaiblissement de l'estime de soi). Le jeune peut en arriver à se sentir dépossédé de sa scolarité, se voir comme étant dans l'incapacité de surmonter sa situation problématique et éprouver, par la même occasion, des difficultés à se projeter dans l'avenir. Il se trouve progressivement confiné dans un état de fragilité sociale et mentale auquel peut s'ajouter l'adoption de comportements à risque.

**«On recherche quelque chose, une branche dans laquelle on pourrait s'adapter mais bon quand on est perdu déjà... on ne sait déjà pas quoi faire... on n'a pas le choix parce que... alors on est désorienté, on voudrait faire ça mais on a peur que ça rate de nouveau... on voudrait faire ça mais on a peur».**

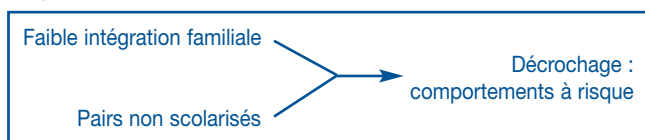
### 2. TYPES DE DÉCROCHAGE ET PROBLÈMES DE SANTÉ

Les jeunes rencontrés présentent des différences dans la manière dont ils présentent et vivent leur histoire de décrochage scolaire. Trois types de décrochage ont été identifiés : amical, solitaire et familial.

### Le décrochage «amical» :

Ces adolescents interviewés passent la plupart de leur temps en compagnie de leurs amis qui, bien souvent, sont eux-mêmes hors du circuit scolaire. À l'inverse, la relation avec les parents est souvent limitée, voire conflictuelle ou quasi inexistante.

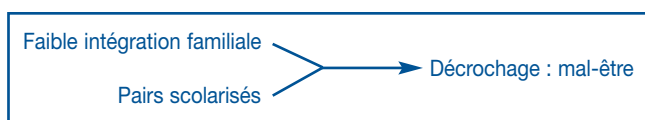
Dans cette forme de décrochage, le jeune semble d'un côté, trouver un équilibre psychoaffectif auprès de son entourage amical et de l'autre côté, participe à un jeu d'influence réciproque entre amis. Le réseau amical va favoriser, plus ou moins occasionnellement, le développement d'activités plaisantes et/ou illicites qui peuvent donner lieu à l'adoption de comportements à risque au niveau de la santé physique (alcool, tabac, stupéfiants, etc.) et/ou de l'intégration sociale (vandalisme, vol, «business», etc.).



### Le décrochage «solitaire»

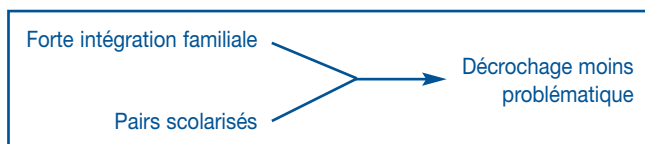
Pour d'autres jeunes rencontrés, le décrochage se caractérise par un sentiment d'isolement. En effet, ces jeunes combinent des problèmes de communication avec leurs parents et un réseau amical scolarisé.

Ce type de décrochage semble davantage traduire un malaise profond du jeune vis-à-vis de l'école et/ou la présence de troubles psychologiques importants (angoisse, dépression, faible estime de soi, etc.).



### Le décrochage «familial»

La dernière forme de décrochage se caractérise par une gestion familiale de la situation scolaire et un groupe d'amis scolarisés. Ce décrochage semble moins problématique et moins prononcé (arrêt limité dans le temps, absentéisme moins fréquent, etc.) que le décrochage amical et solitaire. Ce décrochage se rencontre par exemple lorsque le jeune se rend compte qu'il ne fréquente pas l'enseignement de son choix et que, en accord avec ses parents, il interrompt l'école pour reprendre des études au mois de septembre suivant.



Ces modèles de décrochage sont des situations typiques. Cela signifie que habituellement, les jeunes s'insèrent dans une logique dominante, tout en pouvant connaître des caractéristiques d'autres modèles, telle que par exemple avoir à la fois des amis scolarisés et en décrochage.

L'enquête quantitative décrite ci-dessous montre que parmi les 567 jeunes en décrochage ou ayant été en décrochage récemment, 63% appartiennent surtout au groupe «décrochage amical», 10% au groupe «décrochage solitaire» et 15% au groupe «décrochage familial», 12% n'ayant pu être classés dans une des catégories.

## L'étude quantitative

La population des jeunes en décrochage interrogés en 2000 se composait de trois groupes : des jeunes suivant une formation à horaire réduit, des jeunes qui ne vont plus à l'école au moment de l'enquête et enfin, des jeunes qui, tout en suivant un cursus scolaire, sont fréquemment absents de l'établissement dans lequel ils sont scolarisés.

Tous les CEFA et les centres d'apprentissage des Classes moyennes ont été contactés. Les classes ont été tirées au hasard parmi les centres ayant répondu positivement. La moitié des maisons de jeunes et des AMO de la Communauté française ont été sélectionnées aléatoirement. Au total, 567 jeunes ont répondu au questionnaire et se répartissent de la manière suivante : CEFA, 48,1% ; enseignement organisé par les classes moyennes, 47,2% et jeunes en provenance de maison de jeunes et d'AMO, 4,7%.

Si cet échantillon comprend des jeunes en décrochage – ou ayant été en décrochage – scolaire, il n'est pas uniquement composé d'adolescents se caractérisant dans le présent par une scolarité problématique. Cette précision s'applique davantage à ceux qui poursuivent une formation dans un centre d'apprentissage des Classes Moyennes ainsi qu'à ceux qui sont majeurs et qui ne sont donc plus en âge d'obligation scolaire. Dans ce contexte, il faut donc considérer les jeunes en situation de décrochage comme «des jeunes en marge de l'enseignement de plein exercice» dont seule une partie a connu – ou connaît – des problèmes d'adaptation scolaire grave (statut d'élève libre, abandons, renvois, absentéisme, absence d'activités professionnelles, échecs successifs, etc.).

À partir de cet échantillon et de celui de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» en établissement scolaire, une nouvelle base de données a été créée. Pour notre analyse, seuls les jeunes de 15 à 20 ans ayant répondu à toutes les variables de base ont été retenus. Ainsi, l'analyse porte sur 5.422 jeunes : 4.975 scolarisés et 447 jeunes en décrochage

Etant donné la proportion plus importante de garçons et de jeunes plus âgés en marge de l'enseignement de plein exercice, il est nécessaire de prendre en considération dans l'analyse des résultats ces deux variables, âge et sexe, souvent associées à un accroissement des conduites à risque chez les adolescents.

Tableau 8/1 : Description des échantillons des jeunes avec une scolarité normale et des jeunes en décrochage par sexe, âge et nationalité.

	Jeunes scolarisés	Jeunes en décrochage
	n= 4.975	n= 447
	%	%
<b>Sexe</b>		
Garçons	43,1	65,3
Filles	56,9	34,7
<b>Age</b>		
15 ans	29,4	10,5
16 ans	25,6	22,6
17 ans	22,2	26,8
18 ans	14,4	22,4
19 ans	5,9	13,0
20 ans	2,5	4,7
<b>Nationalité</b>		
Belge	73,5	74,3
Double	12,8	15,4
Non belge	13,6	10,3

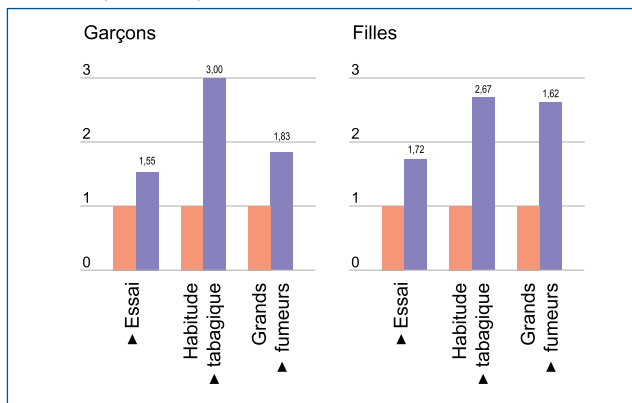
Ce tableau 8/1 présente les principales caractéristiques des deux échantillons. Les données concernant les jeunes scolarisés proviennent de l'enquête réalisée en 1998.

On constate une représentation plus importante des filles chez les jeunes scolarisés et une représentation plus importante de garçons chez les jeunes en marge du système scolaire classique. Dans les deux échantillons, la majorité des jeunes sont de nationalité belge. Les jeunes scolarisés sont légèrement plus jeunes que les autres : l'âge moyen est de 16,5 ans chez les jeunes scolarisés et de 17,2 ans chez les jeunes en décrochage.

Dans ce chapitre, les odds ratio (OR) ou les rapports de cotes (RC) sont ajustés pour l'âge et la nationalité.

## Consommation de tabac

Graphique 8/1 : Associations entre les comportements tabagiques des garçons et des filles et leur statut scolaire, ajustées pour l'âge et la nationalité (OR ou RC).



Les jeunes en décrochage sont plus nombreux que les autres à déclarer avoir déjà expérimenté le tabagisme.

Cette différence de comportement entre jeunes en décrochage et jeunes normalement scolarisés s'observent tant chez les filles que chez les garçons.

La consommation régulière de cigarettes, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, est également supérieure chez les filles et les garçons en décrochage.

C'est parmi les filles et les garçons «décrocheurs» que l'on constate davantage de grands fumeurs (plus de vingt cigarettes par semaine).

deux groupes et ces proportions sont supérieures dans les deux cas à celles des filles. En ce qui concerne le type d'alcool consommé, les deux échantillons diffèrent peu. Dans un groupe comme dans l'autre, la bière constitue la boisson la plus répandue (résultats non représentés).

## Consommation de cannabis

Outre l'essai de cannabis, une question portait également sur le fait de consommer cette substance. La question était : «et maintenant, fumes-tu du cannabis ?» avec quatre modalités de réponses : tous les jours, pas tous les jours mais au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine et jamais.

Tableau 8/2 : Consommation de cannabis par sexe en fonction de la situation scolaire.

	Jeunes scolarisés	Jeunes en décrochage
	%	%
Essai	32	52
Consommation journalière	5	26
Consommation hebdomadaire mais non journalière	7	17
Consommation occasionnelle	14	17
Pas de consommation actuelle	74	40

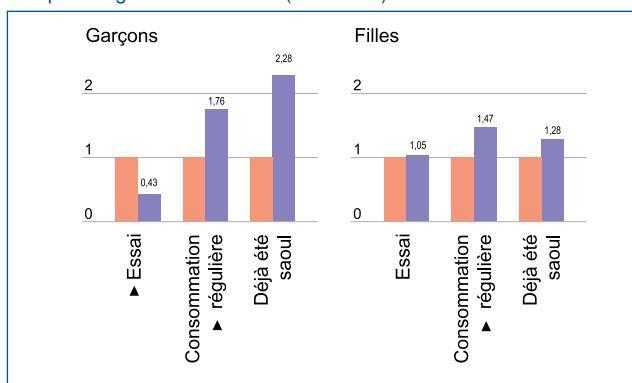
Parmi les jeunes scolarisés, 32% ont déjà consommé du cannabis alors que les jeunes en décrochage sont 52%.

5% des jeunes scolarisés et 26% des jeunes en décrochage sont des fumeurs journaliers.

74% des jeunes scolarisés se considèrent comme non-consommateurs de cannabis et 40% parmi les jeunes en décrochage.

## Consommation d'alcool

Graphique 8/2 : Associations entre les comportements de consommation d'alcool des garçons et des filles et leur statut scolaire, ajustées pour l'âge et la nationalité (OR ou RC).



Les garçons scolarisés ont 2 fois plus de risque d'essayer des boissons alcoolisées. La majorité des jeunes en décrochage et scolarisés ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie une boisson alcoolisée (résultats non présentés).

La prévalence de jeune déclarant boire chaque semaine des boissons alcoolisées est supérieure chez les jeunes en décrochage tant chez les filles que chez les garçons.

Il n'y a pas de différence entre les jeunes scolarisés et ceux en décrochage dans le fait d'avoir déjà été saoul, tant chez les filles que chez les garçons.

La consommation hebdomadaire d'alcool est plus fréquente chez les garçons que chez les filles dans les 2 groupes. L'habitude de consommation augmente avec l'âge dans le groupe des scolarisés et reste stable chez les jeunes en décrochage.

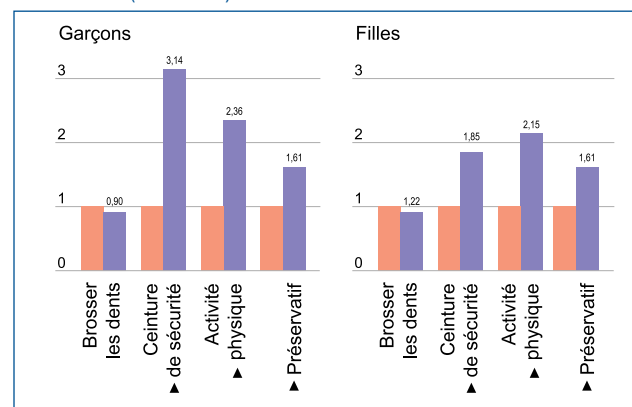
Les «grands consommateurs» d'alcool (plus de 7 verres d'alcool par semaine) s'observent dans des proportions égales chez les garçons dans les

## Cumul des risques

Pour vérifier, si les conduites des jeunes en décrochage s'inscrivent dans un mode de vie à risque, d'autres comportements ont été étudiés.

Ces autres comportements à risque concernent le fait de ne pas utiliser la ceinture de sécurité dans une voiture, de faire moins de 2 heures d'exercice physique par semaine et de ne pas utiliser de préservatif lors de relations sexuelles.

Graphique 8/3 : Associations entre divers comportements de risque des garçons et des filles et leur statut scolaire, ajustées pour l'âge et la nationalité (OR ou RC).



Les garçons en décrochage ont 3 fois plus de risque de ne porter que rarement ou jamais la ceinture de sécurité et les filles plus de 1,5 fois.

Les jeunes en décrochage ont plus de 2 fois plus de risque que les jeunes scolarisés de ne pas pratiquer une activité physique pendant 2 heures ou plus par semaine.

Les garçons en décrochage ont plus de 1,5 fois de risque de ne porter que rarement ou jamais le préservatif lors de rapports sexuels.

### Port de la ceinture de sécurité

À l'inverse des jeunes en décrochage, on n'observe pas de différence de comportement entre filles et garçons scolarisés. Le pourcentage de jeunes qui portent toujours ou souvent la ceinture de sécurité augmente avec l'âge chez les jeunes scolarisés : de 56% chez les 15 ans, de 66% chez les 20 ans. Par contre, parmi les jeunes en décrochage, cette prévalence ne présente ni un caractère constant, ni une variation continue avec l'âge. Ainsi, elle passe de 38,3% chez les 15 ans à 27,5% chez les 17 ans puis augmente jusqu'à 51,7% chez les 19 ans. À 20 ans, la prévalence retombe à 38,1% (résultats non représentés).

### Activité physique

La prévalence de jeunes pratiquant du sport diminue avec l'âge dans le groupe des jeunes scolarisés : elle passe de 59,9% à 15 ans à 44,4% à 20 ans. Chez les jeunes en décrochage, elle n'évolue pas en fonction de l'âge (résultats non représentés).

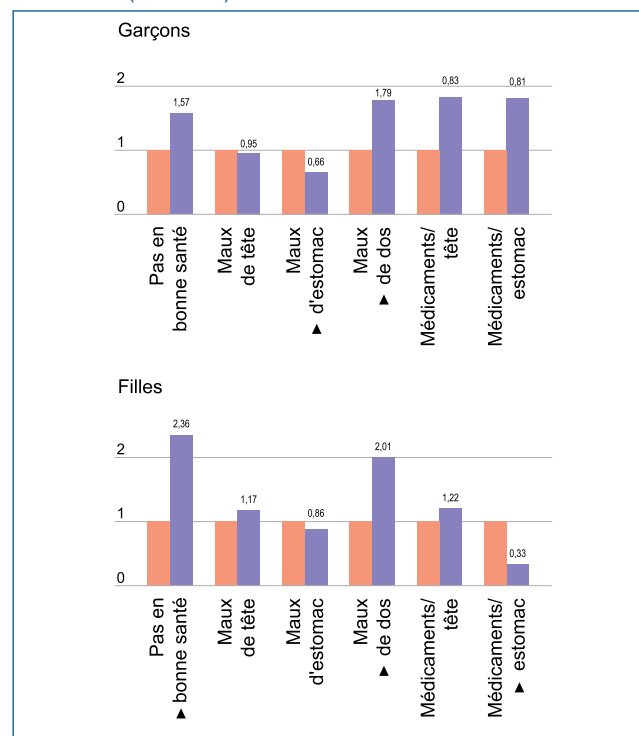
### Utilisation du préservatif

De manière générale, l'utilisation du préservatif est davantage le fait des garçons que des filles (ou de leurs partenaires) et ce dans les deux échantillons.

De plus, le nombre de jeunes qui utilisent toujours le préservatif a tendance à diminuer de manière significative avec l'âge chez les jeunes scolarisés : il passe de 76,9% chez les jeunes de 15 ans à 30,8% chez les jeunes de 18 ans. La prévalence avec l'âge est plus stable chez les jeunes en décrochage où elle se maintient en moyenne autour de 32,3% (résultats non représentés).

## Perception de la santé, plaintes et consommation de médicaments

Graphique 8/4 : Associations entre divers aspects de la santé parmi les garçons et les filles et leur statut scolaire, ajustées pour l'âge et la nationalité (OR ou RC).



Les filles en décrochage ont 2 fois plus de risque que les filles scolarisées de ne pas se sentir en (très) bonne santé.

En ce qui concerne les maux de tête et la prise de médicaments contre ce symptôme, il n'y a pas de différence entre les deux groupes.

Les garçons scolarisés ont plus de risque que les garçons en décrochage d'avoir des maux d'estomac et les filles en décrochage ont presque trois fois plus de risque de prendre des médicaments pour les maux d'estomac que les filles scolarisées.

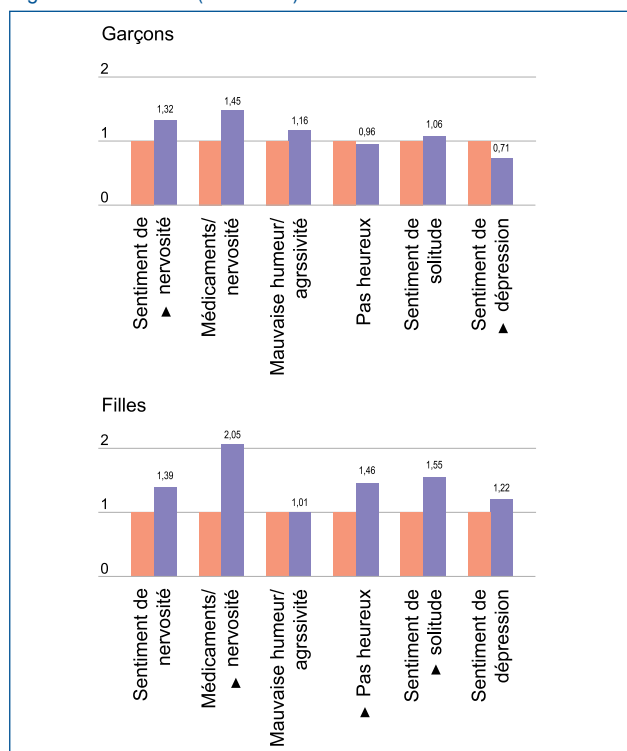
Les garçons en décrochage ont presque 2 fois plus de risque d'avoir des maux de dos que ceux scolarisés et les filles ont plus de 2 fois plus de risque d'avoir des maux de dos que celles scolarisées.

Dans les deux groupes, seule une minorité de jeunes ne se sent pas en (très) bonne santé. En général, tant chez les jeunes en décrochage que chez les jeunes scolarisés, les garçons sont plus nombreux à percevoir leur santé comme (très) bonne. Le pourcentage de jeunes qui estiment leur santé comme (très) bonne diminue en fonction de l'âge chez les scolarisés. Les jeunes en décrochage sont plus nombreux à avoir souffert au moins une fois par semaine de maux de dos au cours des six mois précédant l'enquête. Cette prévalence supérieure chez les jeunes en décrochage s'observe tant chez les filles que chez les garçons.

De manière générale, les filles sont plus nombreuses à se plaindre de maux de tête, d'estomac et de dos (résultats non représentés).

## Eléments de santé mentale

Graphique 8/5 : Associations entre divers aspects de la santé mentale parmi les garçons et les filles et leur statut scolaire, ajustées pour l'âge et la nationalité (OR ou RC).



Les garçons en décrochage ont plus de risque de se sentir nerveux que ceux scolarisés.

Les filles en décrochage ont plus de risque de prendre des médicaments contre la nervosité.

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les sentiments de mauvaise humeur et d'agressivité.

Les filles en décrochage ont plus de risque que les autres de ne pas se sentir heureuses ainsi que d'éprouver un sentiment de solitude.

Les garçons scolarisés ont plus de risque d'éprouver un sentiment de dépression.

Une minorité de jeunes déclarent ne pas être (très) heureux.

Le sentiment de nervosité semble largement partagé par les jeunes des deux populations et il est plus présent chez les garçons en décrochage.

Il est intéressant d'observer que la sensation de « déprime » augmente avec l'âge chez les jeunes scolarisés, passant de 32,4% à 48,4% entre 15 et 20 ans, alors qu'elle reste stable chez les jeunes en décrochage (résultats non représentés).





## Les pistes

Les résultats de nos analyses confirment notre hypothèse de départ et démontrent que, dans l'ensemble, les jeunes en décrochage cumulent les comportements à risque et adoptent moins les comportements de protection. Toutefois, si ce constat apparaît clairement sur un plan général et caractérise la majorité des conduites analysées, une partie d'entre elles ne confirme pas cette observation avec autant de force et mérite notre attention. Le fait d'avoir déjà été saoul ne différencie pas les deux groupes. De même, l'essai d'alcool, largement répandu chez les jeunes, est plus fréquent parmi les garçons inscrits dans l'enseignement de plein exercice que parmi ceux connaissant des problèmes d'adaptation scolaire. Un autre exemple révèle que l'utilisation peu fréquente du préservatif ne diffère pas chez les jeunes filles scolarisées ou en décrochage. Certaines conduites traduisent davantage le côté expérimentation propre à l'adolescence (essai d'alcool, avoir déjà été saoul) et c'est peut-être pour cette raison que l'on observe moins de différence entre les jeunes scolarisés et les jeunes en décrochage.

Ces comportements à risque et ce manque de protection plus répandus chez les jeunes en décrochage présentent non seulement un caractère plus régulier mais aussi plus précoce. En effet, si chez les jeunes scolarisés, les conduites à risques augmentent avec l'âge, elles se développent précocement et n'évoluent pas beaucoup avec l'âge parmi les jeunes en décrochage. Or, la précocité de certains comportements à risque constitue un facteur qui favorise le maintien de ces conduites à l'âge adulte (King et al., 1986). L'analyse comparative par classe d'âge indique que certains comportements différencient les plus jeunes des deux groupes étudiés (consommation régulière et importante de tabac, consommation régulière d'alcool), voire qu'aucune différence n'apparaît chez les plus âgés. Le relatif rattrapage des jeunes scolarisés avec l'âge par rapport aux jeunes ne poursuivant pas l'enseignement à temps plein suscite certaines réserves. En effet, l'obligation scolaire se terminant à 18 ans, il est probable que ce soient les jeunes les moins adaptés et les plus à risques qui arrêtent toute formation à 18 ans. Ces jeunes ne sont que peu représentés dans notre échantillon (avec un maximum de 4,7% provenant des jeunes des maisons de jeunes et des AMO).

Si nous prenons en considération le sexe des jeunes en décrochage, on constate que certains comportements à risque sont davantage masculins et d'autres féminins. Ainsi, la consommation régulière d'alcool et le non-port de la ceinture de sécurité sont plus répandus chez les garçons. À l'inverse, les filles en décrochage constituent le groupe le plus à risques en matière d'inactivité physique et de la non-utilisation du préservatif. Cette dernière considération concerne tant les filles que leurs partenaires, mais non les garçons et leurs partenaires, ce qui semble surprenant. Néanmoins, ceci se trouve confirmé dans des études précédentes sur les relations sexuelles des jeunes de la Communauté française (Houioux et al., 1990, 1991; Piette et al., 1998).

Un point à mettre en évidence par rapport à cette comparaison «élèves scolarisés, jeunes en décrochage», vient du fait que les populations interrogées présentent un caractère hétérogène. Chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement de plein exercice, les élèves de l'enseignement professionnel adoptent davantage de comportements à risque que les élèves de l'enseignement technique et/ou général. De même, dans le groupe des jeunes en décrochage, les jeunes inscrits dans les CEFA sont sans doute plus à risque que ceux suivant un apprentissage des classes moyennes.

Au sein même des filières de formation du CEFA, certains jeunes brossent régulièrement les cours ou ne poursuivent pas d'activité professionnelle (absence de contrat de travail). L'hétérogénéité des populations analysées nécessiterait d'approfondir une analyse en différentes catégories, ce qui nécessiterait des échantillons plus élevés que ceux que nous avons obtenus.

Par ailleurs, l'étude qualitative préliminaire avait montré qu'une partie des jeunes semblaient s'insérer dans un mode de vie caractérisé par une forte importance accordée au réseau amical, une faible intégration familiale et une série de conduites à risque. Ces résultats avaient également été observés lors de l'analyse des données sur les jeunes scolarisés de 1988 (Humblet, 1991). Parmi les jeunes non insérés dans le système scolaire de plein exercice, cette association entre décrochage et comportements néfastes en matière de santé apparaît particulièrement au niveau de l'usage d'alcool (consommation régulière), de celui du cannabis, du non-port de la ceinture de sécurité, des habitudes alimentaires (faible consommation de fruits et de légumes cuits et crus) et du manque d'activité physique. En effet, ces différents comportements différencient autant les garçons que les filles en décrochage de ceux qui sont scolarisés, et ceci quel que soit l'âge.



L'étude des différences de santé et de bien-être entre jeunes scolarisés et jeunes en décrochage est plus complexe qu'on ne le pense généralement.

### **En guise de brève conclusion**

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire d'envisager le problème à différents niveaux :

Le projet des écoles en santé et les nouvelles fonctions des équipes de PSE permettent un diagnostic institutionnel de qualité de la relation et de bien-être de la communauté éducative dans son ensemble, ce qui pourrait peut-être favoriser la diminution de l'absentéisme progressif conduisant au décrochage : le jeune doit rester dans l'école parce qu'il s'y plaît, qu'il s'y sent à sa place et qu'il peut y développer ses capacités. Il faut s'assurer que tous les élèves «habitent» bien l'école et profiteront des projets qu'on y développe. Dans le cas contraire, les actions de promotion de la santé risquent bien d'augmenter les inégalités.

Il serait important de développer des projets dans les institutions autres que les établissements scolaires de plein exercice, dans des AMO et des maisons de jeunes et dans l'enseignement organisé par les classes moyennes. Des projets pourraient également être réalisés en institutions fermées ou semi-ouvertes, dans les homes ainsi que des projets de rue et de quartier.





## **[** Constats & lignes de force

L'adolescence avec ses découvertes, ses insouciances mais aussi avec ses incertitudes et ses souffrances marque de son empreinte la trame de l'ensemble des chapitres. Ceux-ci nous reflètent non seulement l'évolution des conduites et des plaintes à travers le temps et les âges, mais sont aussi l'expression des inégalités auxquelles n'échappent pas les jeunes. Ces données sont également une précieuse source de renseignements pour tous ceux qui développent des actions de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire. À ce sujet, il importe de garder à l'esprit que, malgré la nécessité d'améliorer une série de points relatifs à la santé des jeunes en âge scolaire, la majorité d'entre eux se sentent heureux et en bonne santé.

## 1. Inégalités

### Filles et garçons

Les filles obtiennent en général de meilleurs résultats que les garçons qui, quant à eux, s'illustrent plus particulièrement au niveau des conduites à risque : alimentation, consommation d'alcool, usage de drogues illicites, provocation entre jeunes, bagarre, accidents et traumatismes. Malgré ces résultats en leur faveur, les filles dominent significativement les garçons sur le plan des plaintes de type psychosomatique, de la prise de médicaments pour remédier à ces plaintes ainsi qu'au niveau du regard qu'elles portent sur elles-mêmes, que ce dernier soit physique et/ou mental (maux divers, sentiment de bonheur, sentiment d'être en bonne santé, etc.). Le tabagisme touche les deux sexes sans distinction et les activités physiques, en dehors de l'école, sont davantage le fait des garçons.

Ces divergences semblent essentiellement refléter des modes de vie et de gestion des difficultés qui diffèrent entre les sexes. Devant des problèmes, les garçons auraient davantage tendance à développer des conduites à risque en compagnie d'autres pairs. Ces conduites peuvent constituer un des fondements des relations entre les pairs comme c'est le cas pour une partie des jeunes en décrochage scolaire. Les filles, quant à elles, auraient davantage tendance à se replier sur soi et à se gérer personnellement. Dans cette hypothèse, l'identité collective du garçon serait un gage d'une image de soi plus positive tout en étant une entité favorisant plus aisément le développement de la prise de risque.

### Types d'enseignement

Les résultats montrent des disparités importantes entre les différents types d'enseignement. Les jeunes de l'enseignement professionnel et technique se distinguent défavorablement par rapport aux jeunes de l'enseignement général et les jeunes de l'enseignement à horaire réduit s'illustrent défavorablement par rapport à ceux de l'enseignement à temps plein.

Ces différences reflètent des disparités socio-économiques entre les jeunes aux niveaux tant de leur origine familiale que de leur devenir socioprofessionnel. En effet, les jeunes de milieux privilégiés sont relativement plus nombreux dans l'enseignement général que dans l'enseignement technique et professionnel. De même, les jeunes sans diplôme et, ensuite, ceux poursuivant des études pratiques en secondaire seront, si rien ne change entre-temps, plus touchés par le chômage que les autres élèves. Cet avenir morose ne rend pas la projection dans le futur aisé et peut constituer, par la même occasion, une barrière à l'adoption de conduites préventives. Ces contrastes, qui sont particulièrement importants au niveau de l'alimentation et des comportements sexuels, ne paraissent pas se modifier au cours du temps.

Notons, comme dans les enquêtes précédentes, que les jeunes inscrits dans l'enseignement professionnel apprécient davantage l'école que ceux de l'enseignement général et technique. Autre point positif, ils ne se différencient pas de leur homologue notamment sur le plan de la confiance en soi, de la consommation de friandises et de bonbons, de l'usage hebdomadaire d'alcool. Pour terminer, les jeunes de l'enseignement professionnel sont également ceux qui obtiennent les meilleurs résultats à propos de la sensation de fatigue matinale et de l'essai d'alcool.

## 2. Évolutions

### Depuis 1986

Dans l'ensemble, les problèmes persistent ou ont une légère tendance à s'améliorer par rapport à 1986 (année pour laquelle nous ne disposons de données que pour une partie de nos variables). Cette situation caractérise notamment la santé mentale, le tabagisme, l'alimentation en général et la consommation d'alcool. Par contre, sur un plan plus spécifique, la détérioration de la consommation de fruits et de légumes, l'augmentation des relations sexuelles précoces et de la fatigue matinale sont autant de particularités qu'il importe de surveiller et de prendre en compte.

### Dans la dernière décennie

Cette relative stabilité par rapport au milieu des années 80 ne se retrouve pas nécessairement au niveau de la dernière décennie. Le tabagisme semble amorcer une diminution, la consommation d'alcool et de limonades, la sensation d'être heureux paraissent s'améliorer par rapport à la fin des années 90. Par contre, la consommation quotidienne de fruits a continué sa dégradation et les relations sexuelles précoces se sont accrues tout au long des années 90.

La confiance en soi et l'appréciation de l'école sont au plus bas, les fausses croyances sur les modes de transmission du sida réapparaissent, le port de la ceinture de sécurité diminue et l'usage de cannabis se répand particulièrement depuis le milieu des années 90.

## À travers les classes et les âges

De la 5<sup>ème</sup> primaire à la 6<sup>ème</sup> secondaire, la situation se dégrade sur le plan de la santé : perception du bien-être et de la santé, conduites à risque, perception de l'école, etc. Les résultats des filles et des garçons sont généralement fort semblables à la fin de l'école primaire et divergent progressivement dans le secondaire qui voit l'apparition et l'accentuation des différences entre les types d'enseignement. Ainsi, ce sont les filles les plus âgées de l'enseignement professionnel qui se sentent davantage en mauvaise santé et les garçons de la fin de l'enseignement secondaire professionnel qui ont le plus fréquemment un usage hebdomadaire de cannabis.

Cette tendance n'apparaît pas nécessairement au niveau d'une partie des habitudes alimentaires. Au contraire, les résultats concernant le type d'aliments consommés (boissons gazeuses, hamburgers, bonbons, etc.) semblent indiquer une acquisition de ces comportements avant la 5<sup>ème</sup> primaire. La situation ne paraît se dégrader avec l'âge que parmi les jeunes de l'enseignement professionnel et technique. Il en est de même avec l'usage quotidien et important de la télévision. La précocité de ces comportements suggère d'accorder, dans ces cas-ci, une attention particulière à l'influence de l'univers familial.

Enfin, les plus jeunes sont également ceux qui affirment le plus fréquemment avoir été provoqués, avoir été blessés ou soignés pour un accident et ne pas être vaccinés contre le tétanos. À l'inverse, la fatigue matinale touche près de la moitié des jeunes de l'étude et est plus particulièrement répandue chez les plus âgés quels que soient le sexe et le type d'enseignement suivi.

Ces résultats ne sont pas étonnants dans la mesure où les classes étudiées correspondent globalement à l'adolescence, c'est-à-dire à cette période de transformation où le jeune quitte l'enfance pour devenir progressivement un adulte et qui se caractérise, entre autres, par une autonomie grandissante au fil des années. Le jeune sort des certitudes et du «cocon» de l'enfance pour se construire une individualité qui lui est propre. Cette période de transition entre deux âges de la vie est en partie influencée par l'enfance et va elle-même agir sur le devenir de l'adulte. Ainsi, l'expérimentation de nouvelles conduites peut, le cas échéant, constituer les prémices des habitudes adoptées à l'âge adulte. Sur ce point, la précocité et la régularité des comportements, qualifiées de maturité précoce, sont souvent considérées comme de bons indicateurs des futurs comportements du jeune à l'âge adulte. Cette référence à l'âge permet également de minimiser en partie les différences entre types d'enseignement où, pour une même année d'étude, les jeunes du professionnel sont plus âgés que ceux du technique et du général. Il convient également de ne pas sous-estimer les changements corporels liés à la maturation physique et sexuelle. Ces modifications constituent une autre source possible de difficultés pour les adolescents confrontés, entre autres, aux modèles distillés par les médias et repris par une partie des jeunes.

## 3. Styles de vie

Les études sur les comportements de santé des jeunes renforcent l'idée que ces comportements sont liés à des styles de vie. Les garçons se distinguent des filles, les élèves de l'enseignement général de ceux du technique et du professionnel, les jeunes en décrochage scolaire de ceux présents à l'école. Il s'agit de quelques différences qui montrent clairement la variété de vivre l'adolescence et qui ne sont, dans un même temps, qu'une étendue limitée de la palette des styles de vie. En abordant les résultats par les modes de vie, le fait que les lieux d'accidents les plus fréquents pour les garçons soient les terrains de sport et la maison ou le jardin pour les filles devient plus qu'une simple indication des lieux à risque. En effet, cette information représente aussi un bon indicateur de la manière dont les filles et les garçons occupent leur temps libre. De fait, les adolescents déclarent aussi réaliser plus fréquemment des activités physiques pendant leur temps libre que les adolescentes.

Cette inscription de la santé dans un style de vie apparaît également dans la partie consacrée à l'asthme professionnel qui illustre bien les liens entre la pratique professionnelle, la perception du risque et l'impact sur la santé. En outre, celle-ci invite, par la même occasion, à initier des programmes de prévention spécifiques aux formations pratiques. Cette application à l'asthme professionnel mérite ainsi d'être étendue à d'autres formations pratiques. De même, l'étude qualitative des jeunes en décrochage associe les dimensions psychosociales des adolescents à des problèmes spécifiques de santé et conforte l'idée que la famille et le réseau amical sont des dimensions à ne pas négliger dans la mise en place d'actions de promotion de la santé.

Il convient aussi de prendre en considération les caractéristiques de l'environnement physique au sein duquel les jeunes évoluent quotidiennement. Par exemple, les jeunes bruxellois sont plus nombreux à affirmer consommer quotidiennement des frites ou des hamburgers que les jeunes des autres entités de la Communauté française (données non représentées). À ce niveau, il semble cohérent de penser que l'accessibilité aisée de ces aliments à Bruxelles nous permet de mieux comprendre ces différences. Sur un autre plan, la diminution de l'intensité des campagnes de prévention du sida en Europe occidentale ainsi que le désintérêt croissant des médias à l'égard de cette maladie ne sont sans doute pas étrangers à la recrudescence des fausses croyances sur le sujet depuis 1994.

En plus de l'ensemble des facteurs d'environnement physique et humain, il convient aussi de s'intéresser aux caractéristiques individuelles qui sont fondatrices de la liberté de choisir, de l'aptitude à s'auto-déterminer. C'est ainsi que l'adoption de comportements favorables à la santé passe aussi par le regard que l'on porte sur soi (comme la confiance en soi ou l'estime de soi) et ses compétences (comme la faculté de se projeter dans le futur, l'aptitude à rechercher de l'aide ou la capacité à dépasser ses problèmes). De sorte que, par exemple, l'arrêt ou non de la cigarette peut être à la fois lié à la conviction d'être capable ou non d'arrêter de fumer et à la possibilité de trouver de l'aide pour arrêter de fumer.

L'intérêt de l'analyse des styles de vie réside dans cette appréhension globale des comportements qui prend en considération le fait, non seulement que les conduites peuvent avoir une cohérence entre elles, mais aussi que ces dernières sont déterminées par un ensemble d'éléments.

## 4. École, milieu de vie stratégique

L'école occupe une place stratégique, non seulement en tant que lieu d'apprentissage important pour l'avenir des jeunes, mais aussi comme lieu de vie et de rencontre. Or, cette institution qui rythme la vie de milliers d'élèves se voit de plus en plus dépréciée par ceux à qui elle est destinée.

Il importe d'être vigilant à cette dépréciation en donnant la priorité à une école mieux adaptée aux attentes des jeunes. Cette préoccupation fait d'ailleurs partie intégrante de l'approche globale prônée par la promotion de la santé et se retrouve, notamment, au niveau du projet des «écoles en santé» qui, en plus de l'éducation à la santé traditionnelle, prend en compte le bien-être des enseignants et des élèves, l'environnement pédagogique (en prônant des méthodes de pédagogies actives), l'environnement physique (qui doit être agréable) et l'organisation de l'école et de la classe (par exemple sur le plan de la communication et des relations). Les nouvelles fonctions des équipes de Promotion Santé à l'École (PSE) vont dans le même sens en inscrivant, notamment, ces nou-

velles pratiques dans la dimension «santé» du projet d'établissement. Ainsi, l'attrait à l'égard de l'école passe entre autres par une meilleure participation des différents acteurs qui gravitent au sein et autour de l'école. Sur ce point, il peut se révéler utile d'inciter la participation des jeunes (éducation par les pairs, parrainage entre élèves, réseau de solidarité entre jeunes, etc.) à l'amélioration de leur milieu de vie, d'encourager l'adhésion active des parents à la vie scolaire de leurs enfants, de favoriser les échanges entre les acteurs de l'institution scolaire (professeurs, élèves, éducateurs, etc.), d'établir des collaborations avec les acteurs de terrain (Animation en Milieu Ouvert, Centres de Santé Mentale, Ecole des devoirs, etc.), etc.

Au-delà de ces recommandations, les chapitres précédents incitent à renforcer le principe de discrimination positive à l'égard, notamment, des jeunes de l'enseignement professionnel et des jeunes en décrochage scolaire. Il s'agit par l'application de ce principe de lutter contre les inégalités de santé qui touchent différentes catégories de jeunes. Enfin, ces chapitres appellent aussi à accorder une attention particulière à ces changements (passage du primaire au secondaire, réorientations ou redoublements consécutifs à un échec, etc.) susceptibles d'influer sur l'intégration scolaire des jeunes et de prendre en considération les spécificités (classe, sexe, type d'enseignement, etc.) des élèves ciblés dans la mise en place de projet de promotion de la santé. Il s'agit par ce biais de mieux répondre aux besoins de santé des jeunes.

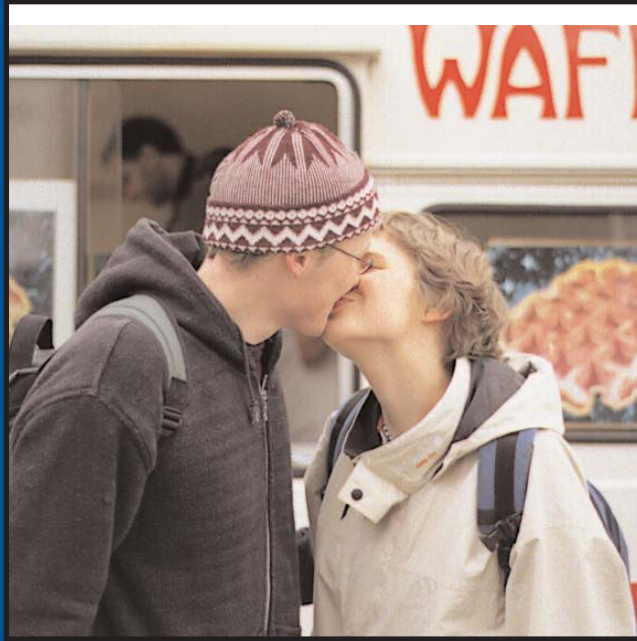
Pour terminer, il convient de rappeler que le bien-être des élèves passe également par le bien-être des autres acteurs scolaires et que l'amélioration de la qualité de vie scolaire passe donc aussi par une amélioration des conditions de travail du personnel scolaire.



## [ Références

- BALDUCK-MIGNON M. La consommation de somnifères et de calmants par les enfants de 11-12 ans. Enquête auprès d'enfants consommateurs en 6ème primaire. Mémoire de Licence en Sciences Hospitalières, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 1988.
- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du Parlement. 1 janvier 2000 - 31 décembre 2001. Bruxelles, 2002.
- COPPIETERS Y. Évaluation de la prise de conscience des risques chez les jeunes. Exemple de l'asthme professionnel. Thèse de doctorat en Science de la santé publique, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2003.
- COPPIETERS Y. Enquête sur la consommation d'alcool chez les adultes à Mouscron. Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001 : 36 p.
- COPPIETERS Y & PIETTE D. Approche qualitative de la prise de conscience du risque professionnel chez les adolescents. *Santé Publique* 2001; 13/4:379-387.
- COPPIETERS Y, PIETTE D, KOHN L & DE SMET P. Health inequalities: self-reported complaints and their predictors in pupils from Belgium. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2002; 50(2): 135-46.
- COPPIETERS Y, PARENT F & PIETTE D. Développement et évaluation de l'utilisation d'un CD-ROM interactif destiné aux élèves à risque de maladies professionnelles : le cas de l'asthme professionnel. *Promotion & Education* 2003; 10(2): 89-93.
- DE BOCK C. Cigarettes : les jeunes peuvent dire oui. *Education Santé* 1999; 144: 4.
- DELVAUX B. L'échec scolaire en Belgique. *European Journal of Teacher Education*, 1998; 21(2/3): 161-198.
- DE SMET P, BEGHIN D, LEVÉQUE A, DE VOGHELE D, MARTEL C & PIETTE D. Rapport final de l'étude CATI. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, 1999.
- FAVRESSE D, KOHN L & PIETTE D. Décrochage scolaire : logiques sociales et problèmes de santé. *L'observatoire* 2000; 28: 56-60.
- FAVRESSE D & PIETTE D. Une autre approche de la violence scolaire. In : Violence et adolescents. Les fausses évidences ? *Bruxelles Santé* 2002; 27 (suppl.): 45-52.
- GISLE L, BUZIARISST J, VAN DER HEYDEN J, DEMAREST S, MIERMANS PJ, SARTOR F, VAN OYEN H & TAFFOREAU J. Enquête de Santé par Interview en Belgique, 2001. Bruxelles : Institut de Santé Publique (ISSP), Service d'Epidémiologie 2002 (IPH/EPI REPORTS N° 2002 - 22). (disponible sur le site de l'ISSP : <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/fr/index.htm>)
- GREEN L & KREUTER L. Health Promotion Planning. An educational and ecological approach. London : Mayfield Publishing Compagny 1999 (3rd edition).
- PIETTE D. L'éducation sexuelle et affective, le sida et les jeunes. Bruxelles : Santé Pluriel n°3, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Bruxelles, 1990: 63 p.
- HOUIOUX G & PIETTE D. Prévention du sida à l'école secondaire : résultats de l'évaluation intermédiaire d'une méthode d'éducation par les pairs. Abstracts, XIV World Conference on Health Education, Helsinki (organisée par l'Union Internationale de l'Éducation pour la Santé) 1991: 349 p.
- HUMBLET P, PIETTE D & PRÉVOST M. À propos de la reproduction sociale des comportements de santé des jeunes. In : Humblet P, Laloy MJ & Shaban H. (eds). Alerte aux jeunes. Actes du Forum des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles, Femmes Prévoyantes Socialistes 1991: 17-34.
- PUDDU M, DRIESKANS S, TAFFOREAU J, DE ROUBAIX J, PIRENNE Y, BINON J, DIAMANT M & CRAPANZANO L. Statistique de décès en Communauté française 1995-1997. Bruxelles : Ministère de l'Aide à la jeunesse et de la Santé et Institut Scientifique de Santé Publique (Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique) 2003 (Programme n° 3141) (disponible sur le site : <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifir/crosprf/dcd9597fr.pdf>)
- KING A, WOLD B, TUDOR-SMITH C & HAREL Y. The health of youth : A cross national survey. World Health Organization, Copenhagen, 1996.
- KOHN L, COPPIETERS P, DE SMET P & PIETTE D avec la collaboration de BASTIN JP (†), MATOT JP, PRÉVOST M et du CDCS asbl. Enquête du Service Médical sur les comportements de santé des nouveaux étudiants inscrits en première candidature à l'ULB (année académique 1998-1999). Rapport final. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, Unité de Promotion et d'Éducation Santé (ULB-PROMES), 2000.
- KOHN L. Intégration amicale, scolaire et familiale, habitude de consommation et confiance en soi comme prédicteurs de la consommation de cannabis chez les adolescents scolarisés. Mémoire de Diplôme d'Études Approfondies Interfacultaire en Sciences de la Santé, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2001.
- KOHN L, COPPIETERS P, DE SMET P & PIETTE D avec la collaboration de BASTIN JP (†), de MATOT JP et du CDCS asbl. Santé des étudiants de première candidature. Deuxième enquête sur les comportements de santé des nouveaux étudiants inscrits en première candidature à l'ULB (année académique 2000-2001). Rapport final. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, Unité de Promotion et d'Éducation Santé (ULB-PROMES), 2002.
- KOHN L. Étude psycho-socio-épidémiologique de la consommation de cannabis chez les adolescents. Thèse de doctorat en Sciences de la santé publique, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2003.
- LEVÉQUE A. Traumatismes et épidémiologie. Un cadre de réflexion, une approche globale indispensable, un rôle central pour l'épidémiologie. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2001.
- NICOLL A, HUGHES G, DONNELLY M, DE ANGELIS D, FENTON K, EVANS B, GILL ON & CATCHPOLE M. Assessing the impact of national anti-HIV sexual health campaigns : trends in the transmission of HIV and the other sexually transmitted infections in England. *Sexually Transmitted Infections* 2001; 77(4): 242-7.
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT). Rapport annuel 2003 : état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et la Norvège. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities 2003 (disponible sur le site : <http://www.emcdda.eu.int>).
- PIETTE D, MAES L, PEETERS R, PRÉVOST M, STEVENS A, DE SMET P & SMITH C. The WHO-Collaborative Study: Health behaviour in school children in Belgium; methodology & dissemination of data. *Archives of Public Health* 1993 (a); 51: 387-405.
- PIETTE D, PRÉVOST M, DE SMET P & NAVARRO F. Are health inequalities reduced by school health education ? Abstract, post-conférence organisée à Bergen sur la prévention cardio-vasculaire chez les jeunes en juillet 1993 (b): 27.
- PIETTE D, DE SMET P, ROGER G & DRAMAIX M. Do school health surveys provide valid and relevant data ? Abstract, *Archives of Public Health* 1993 (c); 51(suppl. 1): 43.
- PIETTE D, PRÉVOST M, DE SMET P & HUMBLET P. Comportements de santé et mode de vie des jeunes en Communauté française de Belgique. In : DEMARTEAU M, REGINSTER-HANEUSE G & LECLERCQ D. Apprendre et vivre la santé à l'école. Liège : Université de Liège (Collection Santé Éducation n°5, tome 1) 1994: 123-143.
- PIETTE D. Developing and evaluating community involvement. In : PIETTE D, TUDOR-SMITH C, RIVETT D, RASMUSSEN V & ZIGLIO E (eds). Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools : the EVA project. Luxembourg : Commission des Communautés Européennes, Organisation Mondiale de la Santé & Conseil de l'Europe 1995: 341 p.
- PIETTE D, PRÉVOST M, BOUTSEN M, DE SMET P, LEVÉQUE A & BARRETTE M. Vers la Santé des jeunes en l'an 2000. Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, 1997: 68 p. (D/1997/8119/1).
- World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2002. WHO, Copenhagen, 2002.
- PRÉVOST M, PIETTE D, MAES L, ROELANDS L. & PEETERS R. La consommation de médicaments psychoactifs chez les jeunes de 11 à 18 ans. Abstracts, XIV World Conference on Health Education, Helsinki, (organisée par l'Union Internationale de l'Éducation pour la Santé), 1991: 23 p.
- RENARD K & PIETTE D. État des lieux de l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : enquête qualitative. Rapport pour le Ministère de la Santé de la Communauté française. Bruxelles : École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 2003 (a).
- RENARD K, SENTERRE C & PIETTE D. État des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : enquête quantitative auprès des relais. Rapport pour le Ministère de la Santé de la Communauté française. Bruxelles : École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 2003 (b).
- RENARD K, SENTERRE C & PIETTE D. État des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : enquête quantitative auprès d'élèves de l'enseignement secondaire. Rapport pour le Ministère de la Santé de la Communauté française. Bruxelles : École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 2003 (c).
- ROBERT E, LEVÉQUE A, PIETTE D & KAHN A. Les morsures canines chez les enfants de moins de 15 ans en Communauté française de Belgique. Enquête téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de familles. Rapport de recherche. Bruxelles : École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 2003 (disponible sur le site d'ULB-PROMES [www.ulb.ac.be/esp/promes](http://www.ulb.ac.be/esp/promes)).
- TONES K, DIXEY R & GREEN J. Developing and evaluating the curriculum of the health promoting schools. In : PIETTE D, TUDOR-SMITH C, RIVETT D, RASMUSSEN V & ZIGLIO E (eds). Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools; the EVA project. Luxembourg : Commission des Communautés Européennes, Organisation Mondiale de la Santé & Conseil de l'Europe, 1995: 341 p.
- WEARE K, GRAY G & PAYNE A. Evaluating school management in the ENHPS. In : PIETTE D, TUDOR-SMITH C, RIVETT D, RASMUSSEN V & ZIGLIO E (eds). Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools; the EVA project. Luxembourg : Commission des Communautés Européennes, Organisation Mondiale de la Santé & Conseil de l'Europe, 1995: 341 p.
- WEARE K, GRAY G & PAYNE A. Evaluating classroom methods and classroom management. In : PIETTE D, TUDOR-SMITH C, RIVETT D, RASMUSSEN V & ZIGLIO E (eds). Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools; the EVA project. Luxembourg : Commission des Communautés Européennes, Organisation Mondiale de la Santé & Conseil de l'Europe, 1995: 341 p.





## **[ Adresses**

## Ministres

### CABINET de Madame Nicole MARÉCHAL

Ministre de la l'Aide à la jeunesse et de la Santé  
de la Communauté française  
Rue Belliard, 9-13  
1040 Bruxelles

### CABINET de Monsieur Jean-Marc NOLLET

Ministre de l'Enfance, chargé de l'enseignement  
fondamental, de l'accueil et des missions confiées à  
l'ONE  
Rue Belliard, 9-13  
1040 Bruxelles

### CABINET de Monsieur Pierre HAZETTE

Ministre de l'Enseignement secondaire et de  
l'Enseignement spécial  
Boulevard du Régent, 37-40, 5ème étage  
1000 Bruxelles

## Ministère

### MINISTÈRE de la Communauté française de Belgique

Direction Générale de la Santé  
Direction de la promotion de la santé  
Boulevard Léopold II, 44  
1080 Bruxelles  
Contact : Roger Lonfils  
E-mail : roger.lonfils@cfwb.be  
Tél. : + 32 (0)2-413 26 10  
Fax : + 32 (0)2-413 26 13  
Contact : Didier Lebaillly  
Tél. : + 32 (0)2-413 26 62  
Fax : + 32 (0)2-413 26 13  
E-mail : Didier.lebaillly@cfwb.be  
Web : <http://www.cfwb.be>

## Services communautaires

### ULB-PROMES : Système d'Information en Promotion Éducation Santé (SIPES) :

#### Recherche, formation, évaluation

Unité de Promotion Éducation Santé  
École de Santé Publique  
Université Libre de Bruxelles  
Route de Lennik 808, CP 596  
1070 Bruxelles  
Contacts : Damien Favresse, Charlotte Lonfils,  
Juan-Pablo Protto, Patrick de Smet et Danielle Piette  
Tél. : + 32 (0)2-555 40 81  
Fax : + 32 (0)2-555 40 49  
E-mail : sipes.promes@ulb.ac.be  
E-mail : dpiette@ulb.ac.be

### Question Santé asbl : communication

Rue du Viaduc, 72  
1050 Bruxelles  
Contact : Michèle Malengraux  
Tél. : + 32 (0)2-512 41 74  
Fax : + 32 (0)2-512 54 36  
E-mail : question.santé@skynet.be  
Web : <http://www.questionsante.org>

### UCL-RESO : documentation, recherche, formation Unité d'Éducation pour la santé

Avenue Mounier, 50  
1200 Bruxelles  
Contacts : France Libion, Yvette Gossiaux  
Tél. : + 32 (0)2-764 50 70  
Fax : + 32 (0)2-764 50 74  
E-mail : Libion@reso.ucl.ac.be  
Web : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>

### APES-ULG : méthodes d'intervention et d'évaluation

Université de Liège  
École de Santé Publique  
Sart Tilman, B 23  
4000 Liège  
Contact : Katia Gagliardi  
Tél. : + 32 (0)4-366 28 97  
Fax : + 32 (0)4-366 28 89  
E-mail : Stes.apes@ulg.ac.be  
Web : <http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be>

## Centres locaux de promotion de la santé

### Centre local de promotion de la santé du Brabant Wallon

Avenue Einstein, 2  
bâtiment Archimède, Bloc D (Zoning Nord)  
1300 Wavre  
Contact : Viviane Demortier  
Tél. : + 32 (0)10-23 61 03  
Fax : + 32 (0)10-23 61 33  
E-mail : information@clps-bw.be  
Web : <http://www.clps-bw.be>

### Centre local de promotion de la santé de Bruxelles

Avenue Émile de Béco, 67  
1050 Bruxelles  
Contact : Catherine Vergairginsky  
Tél. : + 32 (0)2-639 66 88  
Fax : + 32 (0)2-639 66 86  
E-mail : clps.doc@swing.be

### Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin

Avenue Général Michel, 1B  
6000 Charleroi  
Contact : Viviane Vandenberg  
Tél. : + 32 (0)71-33 02 29  
Fax : + 32 (0)71-31 82 11  
E-mail : viviane.vandenberg@clpsct.org  
Web : <http://www.clpsct.org>

### Centre local de promotion de la santé de Huy-Waremme

Chaussée de Waremme, 139  
4500 Huy  
Contact : Benoît Dadoumont  
Tél. : + 32 (0)85-25 34 74  
Fax : + 32 (0)85-25 34 72  
E-mail : huy@clps.hw.be  
Web : <http://www.clps-hw.be>

### Centre liégeois de promotion de la santé

Rue Hors Château, 7  
4000 Liège  
Contact : Chantal Leva  
Tél. : + 32 (0)4-237 05 35  
Fax : + 32 (0)4-237 05 95  
E-mail : promotion.santé@clps.be  
Web : <http://www.clps.be>

### Centre local de promotion de la santé du Luxembourg

Chaussée d'Houffalize, 1bis  
6600 Bastogne  
Contacts : Patricia Duquesne et Natacha Burnotte  
Tél. : + 32 (0)61-21 64 60  
Fax : + 32 (0)61-21 50 13  
E-mail : clps.lux@skynet.be  
Web : <http://www.asblux.org/clpslux>

### Centre local de promotion de la santé de Mons-Soignies

Rue de la Loi, 30  
7100 La Louvière  
Contact : Yves Dupont  
Tél. : + 32 (0)64-84 25 25  
Fax : + 32 (0)64-26 14 73  
E-mail : clpsmonssoignies@hotmail.com  
Web : <http://www.clps-mons-soignies.be>

### Centre local de promotion de la santé du Hainaut Occidental

Rue de Cordes, 9  
7500 Tournai  
Contact : Nan Tien Nguyen  
Tél. : + 32 (0)69-22 15 71  
Fax : + 32 (0)69-23 52 50  
E-mail : clps.hainaut.occidental@skynet.be

### Centre vervétois de promotion de la santé

Rue de la Station, 9  
4800 Verviers  
Contact : Paul Halleux  
Tél. : + 32 (0)87-35 15 03  
Fax : + 32 (0)87-35 44 25  
E-mail : cvps.verviers@skynet.be

## Pour les données concernant la Flandre

### Department of Public Health

Universiteit Gent  
De Pintelaan, 185  
9000 Gent  
Contact : Léa Maes  
Tél. : + 32 (0)9-240 36 28  
Fax : + 32 (0)9-240 49 94

## Autres organismes

### Centre de diffusion de la culture sanitaire : CDCS asbl

1. Institut de Sociologie, ULB  
Avenue Jeanne 44, CP 124  
1050 Bruxelles  
Contact : Pina Méloni  
Tél. : + 32 (0)2-650 33 61  
Fax : + 32 (0)2-650 33 35  
E-mail : cdcs@ulb.ac.be

2. École de Santé Publique, ULB  
Route de Lennik 808, CP 596  
1070 Bruxelles  
Contact : Nathalie da Costa Maya  
Tél. : + 32 (0)2-555 40 65

### Croix-Rouge de Belgique

Place Brugmann, 29  
1050 Bruxelles  
Contact : André Lufin  
Tél. : + 32 (0)2-349.55.86  
Fax : + 32 (0)2-349.55.39  
E-mail : education.sante@redcross-fr.be

### Observatoire du sida et des sexualités

Facultés Universitaires Saint-Louis  
Boulevard du jardin Botanique, 43  
1000 Bruxelles  
Contact : Vladimir Martens  
Tél. : + 32 (0)2-211 79 61  
Fax : + 32 (0)2-211 79 95  
E-mail : observatoire@fusl.ac.be