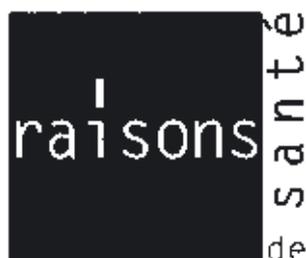


# SMASH-02



SANTÉ ET STYLES DE VIE  
DES ADOLESCENTS  
ÂGÉS DE 16 À 20 ANS  
EN SUISSE (2002)



Hospices / CHUV  
Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne

Institut für Psychologie  
Universität Bern

Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria  
Cantone Ticino  
Bellinzona

## SANTE ET STYLES DE VIE DES ADOLESCENTS AGES DE 16 A 20 ANS EN SUISSE (2002)

SMASH 2002

Swiss multicenter adolescent survey on health 2002

*Françoise Narring, Annemarie Tschumper,  
Laura Inderwildi Bonivento, André Jeannin, Véronique Addor,  
Andrea Bütikofer, Joan-Carles Suris, Chantal Diserens,  
Françoise Alsaker, Pierre-André Michaud*

*Responsable de l'édition : Meltem Bükülmez*

**Etude financée par :** Office fédéral de la santé publique, contrat No 00.001721 / 2.24.02.-81

Les cantons de AR, BE, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH

**Citation suggérée :** Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95a).

**Remerciements :** Nous remercions tout spécialement les jeunes qui ont accepté avec confiance de nous donner cet aperçu de leur vie. Nous remercions les autorités, les administrations et les institutions dont l'appui a été précieux dans les diverses phases de l'étude. Nos remerciements vont également aux coordinateurs cantonaux, notamment pour avoir organisé la passation dans les classes : Mauro Amiguet, Martine Barraud, Michèle Batou, Paul Bouvier, Christine Bucher, Jacqueline Bursik, Maguy Debons, François Delessert, Peter Horat, Lydia Hümbeli, Laura Inderwildi Bonivento, Gaby Jentsch, Béatrice Jordan, Josef Laimbacher, Christine Maquelin, Annalis Marty, Anne-Marie Maurer, Pius Meier, Christiane Meier, Thomas Pfister, Meie Ruprecht, Rose-Marie Sewer, Thomas Steffen, Margrit Studer, Lysiane Ummel, Michael Urech, François Van der Linde, Klaus Weckerle, Hans Wydler ; et toutes les personnes qui ont distribué les questionnaires. Pour leur collaboration, nous tenons à remercier Stefan Buerli, Tonja Laemmler et Meie Ruprecht (version finale du questionnaire et listes de classes) ; Gilles Wenger (graphisme des plaquettes et couvertures) ; Deborah Codoni et Luana Tozzini Paglia (traduction en italien) ; Antonella Branchi (supervision de la traduction en italien) ; Carola Smolenski (traduction en allemand) ; Sabine Dormond (traduction en français) ; Carine Haederli et Elena Martinez (index).

#### **Instituts et adresses de contact**

IUMSP Institut universitaire de médecine sociale et préventive GRSA, groupe de recherche sur la santé des adolescents Prof. Pierre-André Michaud Médecin chef Tel. +41 (021) 314 37 60 Fax +41 (021) 314 37 69 E-mail: Pierre-Andre.Michaud@hospsvd.ch	Universität Bern Institut für Psychologie PEDES, Psychologie der Entwicklung und der Entwicklungsstörungen Dr.med. Annemarie Tschumper Projektmitarbeiterin SMASH-02 Tel. +41 (031) 631 36 49 Fax +41 (031) 631 82 12 E-mail : annemarie.tschumper@psy.unibe.ch	UPVS Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria Sezione sanitaria Laura Inderwildi Bonivento collaboratrice scientifique Tel. +41 (091) 814 30 50 Fax +41 (091) 825 31 89 E-mail : laura.indervildi@ti.ch
--	---	---

# TABLE DES MATIERES

Résumé, recommandations et conclusion .....	5
Avertissement au lecteur .....	21
1 Introduction : cadre et objectifs de l'étude .....	23
1.1 Historique et mandat.....	23
1.2 Brève revue de la littérature.....	24
1.2.1 Les études sur la perception de la santé et les comportements de santé à visée de santé publique.....	24
1.2.2 Utilisation des résultats de ces études .....	25
1.3 Objectifs de l'étude, cadre conceptuel .....	26
2 Population et méthodes .....	32
2.1 Organisation de l'enquête .....	32
2.2 Elaboration du questionnaire .....	32
2.3 Méthode d'échantillonnage.....	33
2.4 Gestion des données et analyses .....	34
2.5 Enjeux éthiques.....	34
3 Résultats .....	36
3.1 Description de l'échantillon .....	36
3.2 Milieux de vie et relations avec l'entourage .....	38
3.2.1 Relations à la famille.....	38
3.2.2 Relations avec les camarades du même âge .....	42
3.2.3 Ecole et apprentissage .....	44
3.3 Santé générale et santé mentale .....	50
3.3.1 Santé somatique et besoins de santé .....	50
3.3.2 Affection chronique et handicap.....	56
3.3.3 Syndrome menstruel .....	59
3.3.4 Image corporelle et conduites alimentaires .....	62
3.3.4.1 Image du corps .....	62
3.3.4.2 Le poids et le souci de la ligne.....	62
3.3.4.3 Préoccupation relative au poids et à l'alimentation .....	65
3.3.4.4 L'alimentation en tant que problème .....	66
3.3.5 Sommeil .....	68
3.3.6 Exposition au bruit et troubles de l'audition .....	70
3.3.7 Dépressivité.....	72
3.3.8 Recherche de sensations fortes .....	75

3.4	Comportements liés à la santé.....	83
3.4.1	Activité physique et sport.....	83
3.4.1.1	Activité physique.....	84
3.4.1.2	Activités sportives.....	85
3.4.2	Tabac.....	90
3.4.3	Alcool.....	93
3.4.4	Usage de cannabis.....	101
3.4.5	Usage d'autres drogues.....	105
3.4.6	Comportements protecteurs (ceinture de sécurité et casque).....	109
3.4.7	Utilisation d'Internet.....	112
3.5	Sexualité.....	120
3.5.1	Puberté.....	120
3.5.2	Activité sexuelle.....	121
3.5.3	Nombre de partenaires.....	123
3.5.4	Utilisation de la contraception.....	124
3.5.5	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.....	126
3.5.6	Grossesse et interruption de grossesse.....	126
3.6	Violence non intentionnelle et intentionnelle.....	129
3.6.1	Traumatismes accidentels.....	129
3.6.2	Violence subie.....	133
3.6.2.1	Harcèlement systématique.....	134
3.6.2.2	Les abus sexuels.....	136
3.6.2.3	La violence sur Internet.....	139
3.6.3	Conduites suicidaires.....	140
3.6.4	Conduites délictueuses.....	143
3.7	Soins et utilisation des services de santé.....	152
3.7.1	Consommation de médicaments (non prescrits et prescrits).....	152
3.7.2	Consultations.....	154
3.7.3	Hospitalisations.....	157
4	Table des illustrations.....	163
4.1	Liste des graphiques.....	163
4.2	Liste des tableaux.....	166
4.3	Liste des figures.....	168
5	Index.....	169
6	Annexe : Le questionnaire SMASH 2002.....	173

# RÉSUMÉ, RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

## L'ENQUETE SMASH 2002

Entre 1992 et 1993, l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) menait, en collaboration avec l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Zürich et l'Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria (Sezione Sanitaria) du canton du Tessin, une vaste étude sur la santé et les styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans en Suisse. Les résultats ont fait l'objet d'une large réflexion entreprise à l'échelon national et régional et portant sur les priorités d'action et les stratégies propres à améliorer l'état de santé des jeunes en Suisse. Mais l'état de santé et les habitudes de vie des adolescents évoluent rapidement. L'année 2002 offrait une opportunité particulièrement intéressante, dans la mesure où le hasard du calendrier prévoyait de répéter l'enquête quadriennale HBSC (« Health Behaviour in School-aged Children ») menée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et l'enquête suisse sur la santé menée tous les 5 ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

L'enquête SMASH 2002 (« Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health ») a été menée conjointement par le groupe de recherche sur la santé des adolescents rattaché à l'IUMSP de Lausanne, l'Institut de psychologie de l'Université de Berne et l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) du canton du Tessin. Le présent rapport<sup>a</sup> décrit les grandes tendances qui se dégagent des résultats et propose quelques hypothèses pour éclairer la compréhension et les enjeux de la situation actuelle ainsi que des pistes de réflexion pour l'avenir.

Cette étude repose sur deux approches complémentaires de la santé : l'une donne la primauté aux aspects sociologiques des conduites de santé et cherche à mettre en évidence le déterminisme psychosocial et perceptuel de ces conduites ("lifestyle"); l'autre, de nature épidémiologique met l'accent sur la prévalence des comportements et procède à des analyses dans divers sous-groupes ou dans le temps. Les choix qui ont été faits dans cette recherche se réfèrent à une conception de la santé vue comme un état d'équilibre, un processus dynamique constamment influencé par des éléments et comportements personnels de même que par des données environnementales proximales (niveau socio-économique) et distales (climat, moyens de transport, etc.).

L'étude SMASH 2002 fournit une photographie de la situation des adolescents et de leur état de santé : besoins et comportements de santé, facteurs associés et évaluation des grands changements intervenus depuis une dizaine d'années. Ces données doivent permettre de réfléchir à une planification optimale des services de soins et des programmes de prévention et de promotion de la santé en faveur des adolescents.

Un questionnaire a été élaboré sur la base de l'expérience faite il y a 10 ans avec la première étude SMASH : Il comporte 93 questions portant sur l'état de santé perçu, les attitudes, comportements et besoins de santé des jeunes, ainsi que sur leurs styles de vie, leurs relations avec leur entourage et leur appréciation du climat scolaire et familial. Ce questionnaire, disponible dans trois langues nationales a été proposé aux élèves (écoles supérieures, établissements secondaires supérieurs) et aux apprentis des 18 cantons ayant accepté de participer à l'étude. Le questionnaire a été distribué par des personnes extérieures à l'établissement scolaire, après une introduction détaillant les objectifs de l'étude et insistant sur le caractère anonyme de l'enquête. Les élèves étaient libres de ne pas coopérer à l'enquête,

---

<sup>a</sup> Egalement disponible sur le site Internet de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du CHUV à Lausanne ([www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)).

mais seuls quelques uns d'entre eux ont refusé de participer. En outre, le dépouillement des questionnaires révèle un excellent taux de réponses aux questions prises individuellement (moins de 5% de non-réponse pour la majorité des questions) et une bonne consistance interne des résultats, qui peuvent donc être considérés comme fiables.

*L'échantillon est constitué d'adolescents de 16 à 20 ans engagés dans des filières scolaires et professionnelles d'Etat et ne comprend donc ni les jeunes fréquentant des écoles privées, ni ceux engagés sur le marché du travail, ni enfin ceux qui sont sans emploi.*

Un soin particulier a été apporté à la sélection des classes participant à l'étude, de façon à obtenir un échantillon représentatif des élèves et apprentis des cantons concernés. Au total, en tenant compte du fait que certains sujets n'ont pas été inclus dans les analyses (par exemple s'ils étaient âgés de plus de 20 ans ou de moins de 16 ans), les résultats portent sur une population de 7420 jeunes des trois régions linguistiques de la Suisse incluant 3380 filles et 4040 garçons qui se répartissent entre les écoles du secondaire supérieur (n=2110) et les centres d'apprentissage (n=5310).

Les réponses des participants ont été informatisées et la base de données a fait l'objet de multiples contrôles pour s'assurer de la validité des informations. Les résultats présentés dans ce rapport sont de nature essentiellement descriptive et seront suivis d'analyses plus complexes dans les mois qui viennent en fonction des besoins exprimés par les professionnels travaillant dans différents secteurs.

## CONTEXTES DE VIE : UN RESEAU RELATIONNEL ET SOCIAL QUI FAVORISE LA SANTE

Dans la perspective d'une approche globale de la santé et de ses déterminants, le questionnaire comportait un certain nombre de questions touchant aux climats familial et scolaire de même qu'aux relations interpersonnelles. *Trois quarts des adolescents interrogés appartiennent à une famille non dissociée et vivent encore avec leurs deux parents.* La très large majorité des répondants (90% environ) se sentent bien acceptés par leurs géniteurs et deux tiers partagent leurs difficultés avec eux. C'est surtout de leurs problèmes de santé physique qu'ils ont le plus de facilité à parler. Il semble plus difficile à beaucoup de jeunes d'aborder des questions d'ordre psychologique. Les relations avec les amis du même âge revêtent une importance considérable à cet âge, puisque plus de 90% des répondants disent avoir dans leur entourage un ami ou une amie à qui faire confiance et que c'est plutôt avec ces camarades que les répondants, avant tout les filles, semblent avoir le plus de facilité à discuter de leurs tracasseries psychologiques.

Qu'en est-il des climats scolaire et professionnel ? *La grande majorité des répondants (entre 80 et 90%) trouvent le climat de leur école et de leur classe agréable et deux tiers à trois quarts d'entre eux pensent que leur professeur ou leur maître d'apprentissage leur fait confiance.* Près d'un cinquième des apprentis se sentent toutefois fréquemment stressés dans le cadre du travail ou ont le sentiment d'avoir trop de responsabilités. Un stress plus important est lié à l'avenir professionnel : entre 16 et 20 ans, un cinquième des élèves et des apprentis font part de soucis par rapport à leur futur professionnel.

Ces résultats (dont il faut souligner qu'ils ne concernent que des jeunes appartenant à une filière scolaire ou professionnelle) tranchent avec la vision relativement pessimiste que certains adultes ont des relations entre les jeunes et leurs entourages familial et scolaire ou professionnel.

Il est important de réaliser qu'un réseau de liens significatifs et enrichissants avec son entourage familial, scolaire, professionnel et social a un impact positif sur la santé et le bien-être. Une bonne insertion dans un milieu scolaire et professionnel valorisant constitue un atout important pour rester en bonne santé, d'où l'importance de développer les choix et les possibilités en matière de places d'apprentissage et, plus globalement, de favoriser le maintien dans une filière de formation d'un maximum d'adolescents.

## DES ADOLESCENTS EN BONNE SANTE : OUI MAIS ...

### **Appréciation de la santé, plaintes et besoins de santé**

Au delà des visions stéréotypées souvent diffusées par les médias, les adolescents n'ont pas tous le même profil de santé. Beaucoup se sentent en bonne santé et laissent paraître leur joie de vivre et les espoirs qu'ils incarnent. Une partie non négligeable d'entre eux cependant vivent, de façon transitoire ou durable, des maux, des soucis, des passages difficiles. Interrogés sur leur perception globale, **une minorité (environ 6%) des répondants pensent que leur santé est médiocre ou franchement mauvaise**. Comme dans d'autres enquêtes, une plus grande proportion de filles que de garçons s'estiment ainsi. Même si les adolescents se sentent dans l'ensemble plutôt bien dans leur peau, une proportion significative d'entre eux déclarent souffrir souvent ou très souvent de maux de dos, de jambes, de malaises, de maux de ventre, de maux de tête : c'est le cas de près d'une fille sur trois. Un quart des répondantes signalent aussi des problèmes gynécologiques survenant souvent à très souvent. Par exemple, 5% des filles interrogées signalent ne jamais ressentir de symptôme de dysménorrhée (douleurs pendant les règles) ; 20% d'entre elles se sentent limitées durant la période de leurs règles à un moment ou à un autre dans leurs activités scolaires et professionnelles, sociales ou sportives.

**Lorsque l'on demande aux jeunes pour quels problèmes ils auraient besoin d'une aide, ils soulignent l'importance des problèmes de nature psychosociale et relationnelle, comme le stress et la déprime**. Une proportion importante des jeunes (35% des filles et 20% des garçons) se sentent par moments suffisamment déprimés pour avoir besoin d'un soutien. Alors que bien des adultes identifient le recours aux substances psychoactives<sup>b</sup> comme un problème majeur chez les adolescents, les thèmes de l'abus d'alcool et de drogues viennent en fin de liste. Les préoccupations touchant au stress, à la vie sentimentale, à l'alimentation tiennent une part importante dans cette liste.

La situation des adolescents porteurs d'une maladie ou d'un handicap chroniques (près d'un répondant sur dix) mérite d'être mentionnée : ces jeunes sont plus fréquemment hospitalisés et manquent plus de jours d'école ou de travail que leurs pairs. Il importe que les structures éducatives trouvent des moyens de minimiser l'impact des soins sur les apprentissages scolaires. Par ailleurs, plusieurs études indiquent que le fait de souffrir d'une affection chronique ne constitue pas un facteur de protection par rapport aux conduites exploratoires ou aux prises de risque. Il est donc important de ne pas oublier que, quelle que soit leur affection chronique, ces adolescents ont, comme les autres, besoin de la même guidance anticipatoire et préventive que leurs pairs.

### **Santé mentale**

Plusieurs questions portaient sur l'image de soi et la santé mentale : l'image du corps est une facette particulièrement importante de la perception de soi, surtout à l'adolescence. De nouvelles expériences liées au développement corporel, aux sentiments amoureux et aux idées qu'on se fait de l'attraction physique placent le corps au centre de l'attention. Les jeunes sont aussi le public cible favori de l'industrie de la mode qui tend de plus en plus à exercer son diktat en matière d'image corporelle. Nous avons donc demandé aux jeunes s'ils étaient satisfaits de leur apparence et s'ils auraient aimé la changer peu ou prou. Les réponses des filles étaient nettement moins positives que celles des garçons. En valeurs relatives, **40% des filles et 18% des garçons se déclarent insatisfaits de leur aspect et de leur corps et ce, indépendamment de l'âge et de la formation**. Un grand nombre de filles se sentent trop grosses, alors que chez les garçons, on constate une insatisfaction croissante dans les deux directions (trop chétifs ou trop gros). Les garçons sont moins nombreux qu'il y a dix ans à trouver leur poids convenable : cette tendance pourrait être liée à l'impact du modèle actuel véhiculé par les média

---

<sup>b</sup> Plutôt que d'utiliser le terme de drogues, qui se réfère uniquement aux produits illégaux, nous ferons fréquemment appel au terme de substances psychoactives, soit des substances douées d'effets sur l'humeur et le psychisme et englobant, outre le cannabis et les drogues de synthèse, les médicaments psychotropes et l'alcool.

du torse masculin musclé, mais glabre. Chez les filles, la proportion d'insatisfaites a également augmenté depuis 10 ans.

A l'aide d'un ensemble de questions éprouvées, il a été possible d'apprécier les pourcentages de répondants souffrant d'affects dépressifs. Environ 10% des filles interrogées souffrent d'une telle symptomatologie contre 5% des garçons. Les apprentis semblent plus touchés que les élèves. Les troubles du sommeil, souvent révélateurs de troubles psychologiques, sont eux aussi plus répandus parmi les jeunes filles puisqu'une adolescente sur cinq contre un adolescent sur sept rapporte en souffrir fréquemment. Ces différences entre garçons et filles, tout comme celles qui ont été décrites précédemment, sont sans doute à mettre sur le compte des différences de perceptions masculines et féminines, mais sont peut-être aussi liées à une plus grande difficulté des filles à trouver une place dans leur environnement.

*En résumé, la perception que les adolescents ont de leur santé est marquée d'un relatif paradoxe : si la majorité se sent en bonne santé générale, une proportion importante, plus importante qu'il y a une dizaine d'années, souffre de difficultés, avant tout dans le domaine de la santé mentale.* Par rapport à 1993, davantage de filles semblent préoccupées de leur image et les garçons, phénomène nouveau, s'inquiètent en proportion substantielle de leur apparence physique qu'ils ne jugent pas conforme aux canons de la mode et des publicités qui leurs sont proposés. Les phénomènes de stress, la dépression et les troubles du sommeil touchent entre 20 et 30% d'adolescents. On sait d'ailleurs que ces problèmes sont souvent masqués et que bien des plaintes corporelles (maux de tête, de dos) recouvrent en réalité des troubles psychologiques, soit transitoires soit plus permanents.

Ces enjeux de santé mentale imposent une réflexion à l'échelon collectif et individuel, développée à la fin de ce résumé. A ce stade, relevons que bien des troubles qui sont décrits dans les sections suivantes ne sont que les révélateurs du fonctionnement psychologique des adolescents. L'usage de drogue, une vie sexuelle mal maîtrisée, la violence auto ou hétéro agressive sont autant de signes au repérage et à la prise en charge desquels les professionnels en contact avec les jeunes devraient être sensibilisés et préparés. Ce travail devrait être effectué dans une optique interdisciplinaire et à l'aide de réseaux de collaboration inter institutionnels accrus. Par ailleurs, les différences entre garçons et filles constatées dans presque tous les domaines imposent à l'avenir de développer des stratégies spécifiques tenant compte du genre des personnes auxquelles elles sont destinées

## COMPORTEMENTS DE SANTE : UNE SITUATION PREOCCUPANTE

### **Activité physique**

L'activité physique désigne globalement tout mouvement corporel induit par l'action des muscles squelettiques et consommant de l'énergie. Le sport, lui, est défini par l'Association suisse du sport (ASS) comme une « activité corporelle présentant les caractéristiques du jeu, procurant de la joie, faisant référence à la performance et offrant les possibilités d'une confrontation responsable avec soi-même, autrui ou avec la nature ». Tant le degré d'activités physiques quotidiennes que le sport à proprement parler ont une influence sur l'état de santé des individus, ce qui explique que le questionnaire ait cherché à cerner ces deux composantes importantes des styles de vie.

*Deux tiers des garçons et la moitié des filles satisfont au seuil de 3 épisodes par semaine d'activité physique modérée à intense<sup>c</sup> fixé par l'Association américaine de cardiologie.* Pas

---

<sup>c</sup> Définie dans ce questionnaire comme «vous avez pratiqué des activités physiques, durant au moins 20 minutes d'affilée, qui vous ont fait transpirer ou respirer rapidement<sup>2</sup> ».

plus de 40% des filles et 60% des garçons pratiquent des sports plus d'une fois par semaine. En fait, la pratique du sport diminue entre l'âge de 16 et 20 ans de façon continue tant chez les filles que les garçons. Les raisons les plus souvent invoquées sont l'absence de temps, notamment des horaires irréguliers, et le manque de motivation. Enfin, si l'on compare les chiffres actuels à ceux de l'enquête de 1992-1993, on s'aperçoit que, dans les limites imposées par des collectifs modérément dissemblables, l'activité sportive a diminué tant chez les filles que les garçons : le pourcentage de jeunes qui pratiquent des sports au moins 2 à 3 fois par semaine est ainsi passé de 46% à 37% chez les filles et de 63% à 59% chez les garçons.

On peut faire l'hypothèse que cette diminution de l'activité sportive est liée à de multiples facteurs d'ordre social : généralisation de l'usage de véhicules motorisés par les jeunes dès 14 ou 16 ans, allongement du temps mis à se rendre à son travail, horaires difficiles, attrait d'autres activités de loisirs, absence d'une politique d'incitation en direction des jeunes inactifs, parfois manque de structures sportives adéquates, etc. Il importera à l'avenir de réfléchir aux moyens de mieux motiver certains jeunes à s'engager dans une activité physique/sportive régulière, en anticipant notamment les problèmes que peut soulever le passage du système scolaire obligatoire au rythme fort différent de l'apprentissage. Un des problèmes souvent soulevés par les adolescents est l'impossibilité de se livrer à une activité sportive structurée sans devoir in petto accepter les entraînements lourds et fréquents liés à la compétition. Il y a probablement une place pour des activités en groupe peu centrées sur la performance et offrant une certaine flexibilité du point de vue des horaires et de la fréquence.

### **Conduites alimentaires reliées au poids et à l'image corporelle**

On a vu que 40% des filles et 18% des garçons étaient insatisfaits de leur aspect et de leur corps. On a demandé à ces jeunes s'ils avaient aussi le souhait de changer quelque chose à leur poids. *Environ 70% des filles ont exprimé le souhait de maigrir (contre 55% en 1993) et 20% ont même reconnu que cette idée les préoccupait en permanence. En outre, environ 25% des garçons aimeraient pouvoir prendre du poids.* La majorité des filles et des garçons désireux de modifier leur poids ont déclaré s'y employer par le biais du sport. Malgré tout, une forte proportion de filles et de garçons (respectivement 30% et 20%) ont aussi indiqué suivre un régime.

Il n'est pas réaliste de prétendre diagnostiquer les troubles alimentaires à l'aide d'un questionnaire auto-administré. A travers quelques questions portant sur les idées et expériences en lien avec la nourriture, on peut toutefois déterminer dans quelle mesure une personne a un comportement à risque. Ainsi, 16% des filles et 9% des garçons ont reconnu qu'ils mangeaient énormément plusieurs fois par semaine, sans vraiment pouvoir s'arrêter et 3% des filles et 1% des garçons ont avoué qu'ils se font volontairement vomir plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement. Chez les filles, ces pourcentages sont nettement plus hauts que ceux saisis en 1993 (1%). Ces résultats peuvent être à la fois un indice du fait que les troubles alimentaires augmentent et un signe que beaucoup de filles restreignent leur alimentation, ce qui les expose au risque de développer des troubles du comportement alimentaire comme les vomissements auto-induits ou des crises de boulimie.

Ces résultats font apparaître la nécessité d'une approche différenciée selon les sexes. Les garçons se préoccupent plutôt de la forme de leur corps. Les filles, outre des préoccupations similaires par rapport à leur forme, s'inquiètent de leur poids et se livrent à des conduites dommageables pour la santé (régimes fréquents, crises de boulimie, vomissements auto-induits) en plus forte proportion qu'il y a 10 ans. Les troubles alimentaires dans notre société de consommation, y compris l'obésité qui n'a pas fait l'objet d'analyses spécifiques dans cette enquête, constituent un véritable problème de santé publique. Ils devraient faire l'objet d'une réflexion par rapport à la publicité, notamment à la manipulation du corps féminin et le culte de l'image qui ne laissent place à aucune individualité ni pour les filles ni pour les garçons. Par ailleurs, ces troubles alimentaires sont peut-être plus souvent décelés, suite à une sensibilisation accrue du public et des professionnels de la santé aux risques que font courir des comportements alimentaires perturbés et souvent cachés de l'entourage.

## **Usage de tabac**

La partie consacrée à l'usage et au mésusage de substances psychoactives se centrait sur l'usage de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres drogues illégales. Même si une enquête par questionnaire ne permet pas d'apprécier avec exactitude les rapports que certains jeunes entretiennent avec telle ou telle substance (diagnostic d'abus ou de dépendance), les données disponibles permettent de distinguer l'usage récréatif, expérimental de substances d'un usage régulier voire quotidien susceptible d'entraîner des dommages physiques et psychosociaux, en particulier des échecs de formation ou d'insertion professionnelle.

La consommation de tabac chez les jeunes, en Suisse comme à l'étranger est un sujet majeur de préoccupation. ***Nos résultats démontrent qu'un jeune sur trois se considère comme fumeur régulier, les apprentis plus souvent que les élèves ; en outre, le taux de fumeurs augmente encore notablement entre 16 et 20 ans***, même si le quart du collectif a commencé à fumer avant l'âge de 16 ans. Que dire enfin de l'évolution du pourcentage de fumeurs depuis 10 ans ? Il importe de rester prudent, la composition des collectifs des enquêtes 1993 et 2002 étant un peu différente. Il semble néanmoins que les pourcentages aient globalement augmenté, pour chaque tranche d'âge et filière considérées. L'accroissement serait nettement plus sensible chez les apprentis que chez les élèves.

Dans le cadre de la lutte contre le tabac, les experts proposent d'intervenir très tôt (aux alentours de 10-11 ans) avec des outils de type interactif conduisant à l'acquisition de compétences de vie et de gestion de la pression des pairs et des médias, de même que de chercher à faire participer les parents à de telles actions. Cependant, il ne faut pas négliger l'utilité d'actions sur l'environnement comme celles des écoles et des lieux sans fumée, et promouvoir également, auprès des adolescents plus âgés, l'accès à des programmes de sevrage tabagique. Par ailleurs, les analyses effectuées sur le thème de la lutte contre l'usage de tabac par les jeunes insistent sur l'efficacité d'actions à l'échelon législatif et économique, telles que la restriction d'accès à la cigarette, la restriction de la promotion du tabac dans les médias et enfin l'augmentation du prix du paquet de cigarettes.

## **Usage d'alcool**

Le public et même certains professionnels oublient que la substance psychoactive la plus consommée par les jeunes, dans nos régions, demeure l'alcool et non le cannabis. Cette mésestimation est d'autant plus regrettable que la consommation abusive d'alcool reste un des problèmes de santé publique les plus sérieux dans notre pays comme dans beaucoup d'autres pays européens. Dans cette étude, ***c'est chez les jeunes filles que l'augmentation de la consommation d'alcool est la plus sensible*** : en 1993, 28% des jeunes filles admettaient consommer de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine alors qu'en 2002, ce pourcentage est de 42% (garçons : de 56% à 67%). En outre, 30% des filles et 52% des garçons rapportent avoir connu au moins un épisode d'ivresse durant les 30 jours précédant l'enquête. Il est vraisemblable que l'apparition sur le marché des alcopops ait joué un rôle non négligeable, notamment chez les jeunes adolescentes. Tout se passe comme si le rapport à l'alcool se modifiait, les jeunes le consommant moins dans une optique purement festive et plus dans le but avéré de sensations d'ivresse, obéissant en cela à une valorisation excessive par nos sociétés des comportements exploratoires et de la prise de risque.

On ne peut que se féliciter des mesures prises récemment dans notre pays pour limiter l'accès aux boissons alcoolisées, telle l'augmentation des taxes perçues sur les alcopops, et un plus strict contrôle de la vente de boissons alcoolisées aux mineurs. On peut aussi souhaiter que le passage du taux maximal d'alcoolémie de 0.8 à 0.5 pour mille se fasse le plus rapidement possible. On devrait plus développer encore des campagnes de promotion du retour à domicile en compagnie d'un chauffeur sobre, à l'instar du « nez rouge » des périodes de Noël ou de la campagne "be my angel" de la Fédération vaudoise contre l'alcoolisme. Enfin, il ne faut pas oublier que les problèmes d'alcool ne sont pas le fait des seuls adolescents et peu s'en faut : c'est donc en réfléchissant globalement à la consommation d'alcool dans notre société que l'on pourra limiter les conséquences de la consommation problématique d'alcool chez les jeunes.

### **Usage de cannabis**

*Notre enquête confirme la «popularité» du cannabis, puisqu'à l'âge de 20 ans, entre 60% et 70% des jeunes – selon le sexe et la filière considérés – rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie* (ils étaient 35% à 40% il y a 10 ans). L'accès au cannabis débute relativement tôt, puisqu'à 16 ans, 48% des filles et 53% des garçons y ont déjà goûté. En outre, environ 4% des filles et 13% des garçons admettent une consommation quotidienne ! Près de 10% du collectif déclare par ailleurs rencontrer à l'école ou au travail des difficultés liées à une telle consommation.

Il importe sans aucun doute d'intervenir plus tôt que par le passé avec des activités de sensibilisation et de prévention. Par ailleurs, un nombre grandissant d'adolescents font une consommation quotidienne de cannabis, avec comme conséquence possible des problèmes scolaires ou professionnels. Le discours actuel a trop tendance à se focaliser sur les risques du cannabis en général, alors qu'il est beaucoup plus important de saisir le rapport que certains jeunes entretiennent avec cette substance : d'une part les quantités et fréquences consommées, mais surtout le contexte dans lequel se fait cette consommation et la personnalité des jeunes usagers. Ainsi, toute intervention devrait se centrer non seulement sur le mésusage de substances mais aussi sur la santé mentale des adolescents de même que sur la restauration d'un environnement stimulant leur offrant des perspectives d'avenir.

### **Usage de drogues de synthèse**

Alors que la consommation d'héroïne est restée stable depuis 10 ans, la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne semble avoir augmenté parmi les jeunes. Si la consommation de cannabis touche déjà les jeunes de moins de 15 ou 16 ans, tel n'est pas le cas pour les drogues de synthèse, dont la consommation (au moins une fois au cours de la vie) passe en gros de 5% à l'âge de 16 ans à 15% à l'âge de 20 ans, les taux variant selon le sexe et la filière professionnelle (les taux les plus élevés sont observés chez les apprentis garçons). Il faut tout de même signaler que les taux de consommation de ces drogues durant les 30 jours précédant l'enquête sont beaucoup moins élevés : de l'ordre de 3 à 5%, signant donc avant tout *l'usage plutôt récréatif que la majorité des utilisateurs font des drogues de synthèse*. Les programmes de prévention de l'usage de drogues de synthèse ne se distinguent pas vraiment des interventions ciblant les drogues en général. En revanche, les jeunes consommateurs réguliers de ces substances et surtout de la cocaïne méritent des interventions ciblées, à la fois socio-éducatives, médicales et psychiatriques qui sont le fait de professionnels formés à cet effet.

## **SEXUALITE : LES SUCCES DE LA PREVENTION**

L'éveil de la sexualité constitue l'un des aspects majeurs des processus développementaux de l'adolescence et notamment de la formation de l'identité. Elle comporte des versants psychologiques, affectifs, émotionnels et relationnels qu'une enquête comme SMASH 2002 ne saurait couvrir. Dans

une perspective de santé publique, la présente étude s'est donc surtout centrée sur des comportements mesurables, qui permettent notamment d'apprécier l'évolution de la situation depuis 10 ans. Parmi les jeunes de 16 à 20 ans interrogés, environ un jeune sur deux a déjà eu un rapport sexuel avec pénétration. Les différences entre filles et garçons se sont atténuées au cours des trente dernières années et les pourcentages sont très semblables dans les deux sexes. En revanche, le pourcentage de jeunes sexuellement actifs est plus élevé parmi les apprentis que parmi les élèves. De fait, les apprentis sont plongés dans le monde du travail qui leur propose un rythme de vie et des modèles adultes dont ils vont vite chercher à se rapprocher. ***Depuis 1993, la proportion de jeunes sexuellement actifs paraît avoir augmenté dans toutes les catégories et à tous les âges, mais modérément, retrouvant des taux similaires aux années 80.*** La promotion de l'usage du préservatif au cours des campagnes de prévention STOP SIDA a fait craindre à certains un abaissement de l'âge au premier rapport sexuel, sous l'effet des messages perçus comme une incitation et une légitimation d'une activité sexuelle précoce. Or, l'abaissement de l'âge au premier rapport sexuel qui s'amorçait dans les années 70 ne s'est pas poursuivi. Les résultats d'autres enquêtes en France, en Grande Bretagne ou aux Pays-Bas confirment l'absence d'une évolution de la précocité sexuelle dans les 20 dernières années.

Le taux d'utilisation du préservatif au premier rapport avec un nouveau partenaire est considéré comme une bonne mesure du degré auquel les adolescents se protègent contre l'infection par le virus VIH. Il reste élevé depuis le début des campagnes de prévention du sida. ***Seuls 3% des répondants disent n'avoir utilisé aucune contraception lors de leur première relation sexuelle.*** Alors que le préservatif constitue la méthode de contraception privilégiée lors du premier rapport sexuel, c'est la pilule qui est la plus utilisée au dernier rapport sexuel. Malgré tout, 36% des filles et 46% des garçons ont utilisé un préservatif au dernier rapport.

La généralisation de l'utilisation du préservatif implique une hausse des incidents qui peuvent se produire (déchirure, glissement). De plus, une quantité non négligeable d'adolescents n'utilisent pas de moyen de contraception ou des moyens inefficaces (retrait, méthode des températures) lors de certaines relations sexuelles. Dans ces circonstances, le recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) se justifie. Ainsi, environ 3% des filles et des garçons déclarent avoir utilisé la pilule d'urgence lors de leur dernier rapport sexuel. La question sur la pilule d'urgence n'avait pas été incluse dans l'enquête il y a dix ans, mais l'on sait que l'information et l'accessibilité à ce moyen de contraception se sont beaucoup améliorées depuis dix ans. Nos résultats montrent que les efforts n'ont pas été vains et devraient se poursuivre dans ce domaine. La prévention des grossesses non planifiées est en effet une préoccupation majeure pour les adolescents et l'existence d'une contraception accessible après un rapport sexuel semble répondre aux besoins de certains.

***Un petit nombre d'adolescentes (5% des apprenties et 2% des élèves) disent s'être retrouvées enceintes ; 71% d'entre elles ont pratiqué une interruption de grossesse 18% ont vécu un avortement spontané et 9% ont poursuivi leur grossesse.*** Les déclarations des garçons semblent correspondre à celles des filles. Même si ces chiffres restent parmi les plus bas d'Europe, ils imposent tout de même une réflexion sur la qualité des services de planning familial et d'éducation sexuelle.

L'absence de réduction de l'utilisation du préservatif depuis dix ans montre une stabilité dans la réponse aux messages de prévention parmi les jeunes. Contrairement à des craintes souvent exprimées, l'apparition de traitements efficaces de l'infection VIH ne s'est pas accompagnée d'une réduction des mesures de protection chez les jeunes. Les jeunes s'engageant précocement dans une vie sexuelle active (avant 15 ans) semblent avoir plus de difficultés à adopter des comportements de protection et de traception : il sera utile à l'avenir de mieux analyser les circonstances de ces relations sexuelles précoces pour développer des actions de prévention ciblées. En d'autres termes, les responsables de l'éducation sexuelle et les conseillères en planning familial devraient prendre en compte l'âge de la première relation sexuelle comme facteur de risque et développer des stratégies en direction des jeunes les plus vulnérables.

## VIOLENCES AGIES, VIOLENCES SUBIES

On tend de plus en plus à regrouper sous un même «chapeau» les auteurs et les victimes de comportements violents. En termes épidémiologiques, il est souvent difficile de déterminer dans quelle mesure un décès ou une blessure est purement accidentelle ou liée au souhait de se faire du mal ou de mourir ; la distinction, en cas d'overdose, entre suicide et décès involontaire est difficile à faire. Par ailleurs, on sait que l'acte suicidaire ou d'autres actes auto agressifs sont plus fréquents parmi les victimes de violences et de sévices. Ce chapitre regroupe donc les données de l'enquête relatives aux accidents, aux tentatives de suicide, aux conduites déviantes (vol, déprédation) et enfin à la victimisation (moqueries, bagarres, abus).

### **Traumatismes accidentels**

*Au cours des 12 mois précédant l'enquête, environ 20% des filles et 30% des garçons signalent un accident ayant nécessité les soins d'une infirmière, d'un médecin, voire une hospitalisation.*

Comme il y a 10 ans, les apprentis connaissent un taux plus élevé de traumatismes, lié aux accidents de travail ; cependant, ces taux d'accidents de travail semblent avoir diminué alors que les taux d'accidents de la circulation paraissent stationnaires. Les pourcentages de répondants signalant un accident de sport durant l'année précédant l'enquête semblent avoir fortement diminué pour tous les groupes concernés. Parmi les 10% d'adolescents qui ont été hospitalisés durant l'année précédant l'enquête pour une raison quelconque, près de la moitié signalent que la cause était un accident. Les conséquences des accidents ne sont pas négligeables, puisque environ 10% des filles et 6% des garçons signalent des conséquences physiques (« vous ne pouvez plus faire certaines activités de la vie quotidienne, ou ne pouvez plus les faire sans aide») et/ou des conséquences psychologiques (« changement dans votre manière d'être, peurs, problèmes de concentration, etc. »).

L'étude s'est aussi intéressée à l'utilisation de moyens de protection contre les accidents : recours au casque sur un véhicule à deux roues, recours à la ceinture de sécurité dans une voiture. Les taux d'utilisation sont excellents. La très large majorité (entre 90% et 100% selon le sexe ou le type de véhicule) utilisent systématiquement le casque lorsqu'ils conduisent un scooter ou une moto. La ceinture de sécurité à l'avant des véhicules est utilisée par 85% à 95% des répondants selon le sexe et la filière professionnelle, les pourcentages étant légèrement inférieurs pour l'utilisation de la ceinture à l'arrière du véhicule. Le seul point noir est le très faible usage du casque à bicyclette. Il faudrait un double effort d'éducation et de législation pour améliorer ce taux. Quand les pays introduisent une loi qui rend obligatoire le port du casque, les taux d'utilisation augmentent de manière importante, mais la législation sur l'usage de ces mesures préventives n'est pas suffisante si la loi n'est pas appliquée.

En dépit de l'évolution positive enregistrée depuis 10 ans, le traumatisme accidentel, avec un taux global annuel de 25%, constitue un problème de santé publique majeur qui nécessite des mesures plus énergiques que celles que notre pays a connues jusqu'à présent. En matière d'accidents de la circulation, diverses mesures législatives et environnementales ont fait depuis longtemps leurs preuves dans d'autres pays, comme la Suède qui connaît un taux d'accidents chez les jeunes environ 50% plus bas que celui de la Suisse. Des mesures touchant à la consommation d'alcool, au respect des règles de la circulation, à l'éducation des conducteurs, des mesures visant à augmenter la sécurité des véhicules et des équipements sportifs, des mesures touchant l'encouragement à l'utilisation de protection et enfin une amélioration de l'environnement au travail, autant de pistes d'intervention qui mériteraient d'être plus suivies.

### **Conduites suicidaires**

La présence d'idées suicidaires à un moment ou un autre de l'adolescence ne nécessite pas forcément de mesures particulières. En revanche, une idéation allant jusqu'à l'élaboration d'un plan ou d'une méthode est un signe beaucoup plus grave qui devrait alerter tout adulte confronté à une telle situation. Dans l'enquête, près d'un garçon et d'une fille sur cinq se sont trouvés confrontés à une telle situation.

De plus, un pourcentage important de jeunes (5% des filles et 3% des garçons) disent qu'ils se seraient suicidés « s'ils en avaient eu l'occasion ». **Les pourcentages de répondants admettant une tentative de suicide sont considérables : environ 8% de filles et 3% des garçons rapportent au moins une tentative au cours de leur vie et 3.5% et 2% respectivement durant les 12 mois précédant l'enquête.** Parmi les répondants admettant au moins une tentative, 43% des apprentis contre 30% des élèves disent s'être livrés à un tel geste à plusieurs reprises.

Un peu plus de la moitié des suicidants se sont ouverts de leur geste à leur entourage et une toute petite minorité a été hospitalisée (environ 10%, les filles plus que les garçons). Ainsi, la majorité des jeunes se livrant à un tel geste ne parviennent pas dans un établissement de soins, alors même que beaucoup de spécialistes recommandent une hospitalisation systématique pour toute tentative de suicide. Les pourcentages de répondants ayant pu aborder cette thématique avec un médecin ou avec un psychologue sont également très faibles (environ 1.5% des filles et 0.4% des garçons).

La thématique du suicide reste, notamment dans notre pays, une préoccupation de santé publique prioritaire. Plusieurs pays ont mis sur pied des campagnes de prévention dans ce domaine, soit en direction des jeunes, soit pour l'ensemble de la population. En dehors de quelques initiatives isolées, notamment dans le canton de Genève ou du Tessin, notre pays reste dans ce domaine en retard. Il est urgent que les autorités sanitaires et politiques prennent la mesure de ce phénomène et y apportent des solutions adéquates à travers notamment un repérage plus efficace et un suivi plus systématique des jeunes ayant des idéations suicidaires importantes ou ayant commis une tentative de suicide. On ne peut que se féliciter à cet égard de la création récente dans notre pays de l'association Ipsilon, initiative pour la prévention du suicide en Suisse.

### **Violences verbales et sexuelles, victimisation**

Beaucoup d'adolescents sont victimes de violences verbales, physiques ou sexuelles. Ainsi, **18% des filles et 25% des garçons disent avoir été victimes de vol et/ou de racket et/ou de violence physique durant l'année précédant l'enquête.** Dans des proportions semblables (10% des filles et 14% des garçons) les répondants disent avoir subi des railleries de leur entourage ou autres attaques verbales vexantes à une fréquence élevée (au moins hebdomadaire). En tout, environ 14% des filles et 2% des garçons rapportent avoir été victimes d'une violence ou d'un abus sexuel, défini comme « quelqu'un de votre famille ou quelqu'un d'autre vous touche à un endroit où vous ne voudriez pas qu'on vous touche, ou quand quelqu'un vous fait quelque chose qui s'adresse à votre sexualité mais qu'il ou elle ne devrait pas faire ». Par rapport à l'année 1993, les chiffres sont restés assez semblables et ils se comparent aussi aux statistiques d'autres enquêtes similaires menées en Suisse et à l'étranger. Malheureusement, 28% des filles et 42% des garçons concernés n'ont pas pu parler de l'abus qu'ils avaient subi avec quelqu'un de leur entourage.

Il est important que ces événements ne restent pas ignorés et de nombreuses campagnes ont été menées depuis quelques années pour sensibiliser les enfants et les adolescents à l'importance de divulguer de tels événements : on sait les effets durables que peuvent avoir de tels traumatismes sur la santé mentale des victimes, et l'importance d'identifier, de juger et de traiter les agresseurs.

### **Comportements déviants**

Si l'enquête comportait quelques questions sur les comportements déviants, c'est que ceux-ci traduisent assez souvent des difficultés personnelles et psychosociales ; en d'autres termes, face à un adolescent qui a commis un acte délictueux ou violent, il convient de ne pas s'en tenir aux apparences mais de chercher à comprendre dans quel contexte s'inscrit ce geste. La fréquence d'actes déviants ou de délinquance constitue aussi un repère face à la manière dont l'ensemble des jeunes ont intégré, dans une société donnée, les règles qui la régissent. De ce point de vue, **la situation actuelle se caractérise par une prévalence relativement élevée d'actes contraires à la loi ou traduisant un climat**

*d'insécurité : un jeune sur cinq signale avoir dérobé un objet à au moins une reprise au cours 12 mois précédant l'enquête. Approximativement 19% des garçons et 6% des filles disent porter une arme sur eux à certaines occasions et 6% des garçons admettent en avoir fait usage à au moins une occasion.* Face à ce phénomène, il importe de réfléchir au delà des gestes individuels, à la manière dont notre société pousse les jeunes à de tels actes, en incitant à la possession de gadgets multiples, en les mettant largement à disposition dans des étalages alléchants et en laissant entendre que pour être heureux, il faut pouvoir disposer du dernier portable, d'un appareil CD portable et d'habits à la mode voire griffés. D'autre part il faut veiller à prévenir des carrières de délinquance en soutenant parents et maîtres dans leurs tâches de socialisation des jeunes enfants. Une tâche qui paraît poser des problèmes à un nombre croissant d'adultes.

## LES SERVICES DE SOINS : UN ACCES FACILE, DES PRESTATIONS A AMELIORER

Les études menées en Suisse et ailleurs démontrent qu'une part substantielle des adolescents présentant des problèmes de santé sérieux ne sont pas pris en charge adéquatement, soit parce qu'ils ont de la peine à faire une démarche auprès d'un médecin, soit que les praticiens ont des difficultés à identifier la problématique sous jacente à un motif de consultation apparemment banal. On peut se demander si les jeunes manquent d'occasion de soigner leurs problèmes de santé plutôt en raison d'une sous-utilisation du système de soins ou plutôt en raison d'une inadéquation entre le fonctionnement des praticiens et les besoins propres du jeune consultant. *L'accès aux services de soins dans notre pays semble assez largement ouvert, puisque, durant l'année précédant l'enquête, trois quarts des répondants ont eu l'occasion de rencontrer un médecin généraliste* (pour le quart d'entre eux, plus d'une à deux fois). Le recours au gynécologue est aussi répandu (au moins une fois par an pour 51% des filles). En outre, 8% des filles et 5% des garçons rapportent avoir eu au moins un contact durant l'année avec un psychologue ou un psychiatre : cette tendance semble en nette augmentation puisque les pourcentages ont quasiment doublé en 10 ans.

Une hospitalisation constitue toujours dans la vie d'un adolescent une effraction psychologique et une rupture des rythmes de vie non négligeables. Une hospitalisation était définie comme un séjour d'«au moins une nuit passée à l'hôpital ou aux urgences». *Durant l'année précédant l'enquête, un peu plus de 10% des filles et des garçons rapportent avoir passé au moins une nuit à l'hôpital* : ce chiffre élevé comprend très probablement un large éventail de situations qui vont de la simple surveillance pour des douleurs abdominales, pour coma éthylique ou pour traumatisme crânien simple, à des séjours prolongés pour des pathologies lourdes comme un poly-traumatisme ou le traitement d'une affection chronique grave. Parmi les jeunes hospitalisés plus d'une fois se retrouvent sans doute en majorité les porteurs d'affection chronique. Parmi les causes majeures d'hospitalisation on retiendra, surtout chez les garçons, les traumatismes accidentels qui occupent de très loin la première place. Chez les filles, les accidents sont également une cause nettement plus fréquente de séjour hospitalier que les problèmes gynécologiques. Par rapport à l'année 1993, on relève une diminution globale nette des pourcentages de filles et de garçons ayant été hospitalisés. Cette diminution pourrait être liée à la fois au développement, durant ces dernières années des soins ambulatoires et des hospitalisations de jour, mais il est aussi possible que la proportion de traumatismes nécessitant une hospitalisation ait diminué, notamment chez les garçons.

On retirera de ces résultats que les adolescents en Suisse, du moins ceux qui suivent une filière professionnelle ou scolaire, ont un accès large au système de santé. Si une proportion importante d'entre eux ne parviennent pas à parler des problématiques psychosociales qui les concernent – la plainte corporelle ne représentant à cet âge souvent qu'une porte d'entrée – c'est que beaucoup de praticiens manquent encore actuellement de compétences pour aborder avec ces patients des thèmes comme celui de la consommation abusive d'alcool, de l'usage de cannabis, de la protection contre le virus VIH ou encore une alimentation déficiente ou anarchique. Ceci vaut d'ailleurs autant pour la pratique ambulatoire que pour les services hospitaliers : il importe de réfléchir à une formation accrue de tout le personnel soignant aux aspects spécifiques de l'accueil, de l'anamnèse et du suivi des adolescents, dans la perspective des «adolescent friendly services», un concept récemment développé par l'OMS.

L'usage de médicaments par les adolescents est un thème relativement peu investigué. Pourtant, c'est probablement durant l'adolescence que bien des individus prennent leurs habitudes en matière de consommation de médicaments, qu'il s'agisse d'ailleurs de préparations prescrites par un médecin ou de substances prises sans ordonnance (automédication). Dans notre collectif, en dehors des médicaments adjuvants (tisanes, vitamines, produits homéopathiques), ***ce sont avant tout les analgésiques qui font l'objet d'une consommation importante, puisqu'une fille sur cinq et un garçon sur dix rapporte utiliser de tels produits au moins 2 à 3 fois par mois.*** A part des crèmes et produits contre l'acné, qui sont utilisés à parts égales par les filles et les garçons, on voit apparaître des différences de comportement majeures entre filles et garçons, ces dernières recourant plus souvent aux médicaments contre la fatigue, les troubles du sommeil, et surtout la nervosité. On doit notamment s'interroger sur le fait que plus de 5% des jeunes filles interrogées disent avoir recours à des médicaments prescrits contre la nervosité et l'angoisse.

Ces résultats imposent une réflexion accrue sur l'information des adolescents, de leurs parents et enfin des professionnels de la santé concernant les médicaments. Il importe de se demander notamment si tous ces jeunes utilisateurs sont correctement informés sur les risques potentiels de ces divers médicaments. En effet, une recherche menée récemment en Allemagne démontre que chez beaucoup de jeunes, les informations sur la nature, les effets et les risques des médicaments qu'ils s'administrent sont fort lacunaires.

## CONCLUSION, IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

### *Les résultats de l'étude SMASH 2002 : un triple constat*

- ***La majorité des jeunes interrogés s'estiment en bonne santé*** : en dehors de problèmes de santé physique occasionnels, d'épisodes isolés de prise de risque, ils se disent satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec leur entourage, sont relativement confiants dans leur avenir et n'expriment pas de besoins d'aide massive en matière de santé. C'est l'un des résultats fondamentaux de cette étude : une proportion importante de jeunes se sentent insérés dans un réseau relationnel (famille, amis, maîtres d'école et d'apprentissage) qui leur prodigue le soutien nécessaire tout en leur laissant une autonomie suffisante pour développer leur potentialité et leur personnalité.
- ***Une minorité de jeunes rencontrent des difficultés d'importance variable, qui se manifestent soit dans le champ de l'affectivité (troubles de l'humeur) soit par des comportements dommageables pour la santé.*** Trente pour cent des jeunes interrogés environ présentent de telles difficultés, mais il importe de se souvenir qu'à l'adolescence, la situation peut évoluer rapidement et de tels problèmes peuvent se résoudre sans une aide extérieure massive. Par contre, une partie de ces adolescents en situation difficile (en gros 10%) semblent rencontrer des problèmes sévères qui laissent augurer des complications ultérieures, dans le secteur de la vie sociale, professionnelle ou dans celui de la santé physique et psychique.
- ***Les comparaisons entre les années 1993 et 2002 font apparaître une péjoration de la situation dans différents domaines,*** même si l'amplitude de ces changements méritera d'être confirmée par des analyses détaillées. C'est dans le champ de la santé mentale et des comportements addictifs (usage de drogue, troubles de la conduite alimentaire) que se manifestent les changements les plus nets. Par ailleurs, plusieurs indices laissent croire que certains comportements dommageables à la santé comme l'usage de drogues débutent plus tôt dans l'adolescence qu'il y a 10 ans.

### *Quelques pistes pour expliquer la situation actuelle*

Ce sont surtout des facteurs de nature sociale qui expliquent cette situation. Si les analyses réalisées à ce jour ne permettent pas d'apporter des certitudes quant aux causes de cette évolution, il existe suffisamment de travaux réalisés en Suisse et à l'étranger pour apporter quelques éléments de réflexion et souligner quelques-unes des caractéristiques de nos sociétés qui favorisent l'éclosion de problèmes chez les jeunes.

- Une société atomisée dans laquelle les liens se sont fragilisés : trop d'enfants et d'adolescents souffrent du manque d'attention de parents hypnotisés par la réalisation de leurs propres besoins. Trop de jeunes souffrent d'un manque de liens significatifs avec des adultes responsables qui puissent leur servir de modèles. Et cette réflexion vaut particulièrement pour une catégorie de jeunes non inclus dans notre enquête, exclus du système de formation, dont on sait qu'ils affrontent divers problèmes de santé en beaucoup plus grande proportion que les répondants à l'enquête SMASH.
- Une insécurité par rapport aux perspectives d'avenir, entretenue par un climat économique qui s'est dégradé, et face auquel la génération des années 60 à 80 (les parents actuels des adolescents) qui n'a pas connu un tel climat se sent mal préparée voire démunie. Cette

insécurité est encore magnifiée par le fonctionnement social axé sur la compétition dont les plus démunis se sentent rapidement exclus (cf. commentaire précédent).

- Un envahissement du territoire familial et intime par les médias, notamment les médias électroniques, et dont l'impact (violence, image corporelle) même s'il est difficile à apprécier avec exactitude, se mesure notamment à l'aune des troubles de l'image corporelle dont souffrent filles et garçons.
- L'absence d'un discours public cohérent face à des enjeux de santé comme celui des drogues. Le seul domaine dans lequel un tel discours existe – et a eu un impact réel – est celui de la protection contre le VIH. On rêve de messages aussi consistants dans le domaine des accidents de la route, ou de l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues).
- Une école qui se cherche, face à ces enjeux sociaux qu'elle n'a pas totalement intégrés.

A ces tendances que toutes les sociétés occidentales connaissent s'ajoutent des facteurs propres à la société helvétique :

- Un laxisme dans le domaine de la vente de produits psychotropes illicites et licites : la baisse du prix des alcools forts, la vente dans toutes les grandes surfaces d'alcools, l'absence d'une législation claire favorisant l'abstinence du tabac dans les espaces publics, l'absence d'un discours public clair à l'adresse des jeunes sont autant de caractéristiques de notre pays qui semble ignorer l'impact positif que peut avoir une politique cohérente et énergique de prévention déployée à tous les échelons et dans tous les secteurs concernés (éducatifs, sociaux, économiques et politiques).
- Une méconnaissance identique de l'impact positif que peut avoir une législation restrictive et soutenue par des contrôles efficaces visant à réduire les accidents de la circulation, comme l'exemple de la France en a démontré récemment l'efficacité.

***On comprendra que la majorité des problèmes décrits dans cette conclusion ne sont pas des problèmes de jeunes mais des problèmes de société.*** En d'autres termes, il importe de se souvenir que bien des comportements que les adultes considèrent comme inacceptables ne sont en réalité que les symptômes des difficultés psychologiques que rencontrent ces adolescents : l'usage abusif de drogue, les comportements déviants, une conduite sexuelle désorganisée sont autant de signes de souffrance psychique. Par ailleurs, on ne saurait mésestimer l'impact de facteurs économiques, sociaux et environnementaux sur de telles déviances : pour certains individus vulnérables, le stress scolaire et professionnel, un climat familial tendu, l'absence de perspective professionnelle claire, des soucis financiers ou de logement favorisent l'éclosion d'épisodes anxieux ou dépressifs ou la fuite dans ces comportements. S'il importe de répondre à ces signes de détresse, il serait erroné de vouloir se focaliser uniquement sur les symptômes et d'ignorer l'impact de facteurs environnementaux ou psychologiques qui se situent en amont.

## Quelles solutions ?

*Il faut se souvenir que les jeunes représentent une ressource importante et ont souvent des idées utiles pour le développement de nouvelles stratégies de santé.* Les expériences menées à petite échelle en Suisse ou à l'étranger fournissent des suggestions intéressantes quant aux axes sur lesquels agir. Dans le domaine de la prévention primaire et de la promotion de la santé, diverses approches ont fait leur preuve :

- Un travail avec les familles ; des expériences menées aux Etats-Unis démontrent que des actions impliquant les parents sont plus efficaces que celles qui se limitent au public des jeunes.
- Une activité avec des jeunes pairs, jeunes du même âge, formés à intervenir auprès de leurs camarades. Divers travaux ont démontré la supériorité de programmes impliquant activement des jeunes à des programmes gérés uniquement par des adultes spécialistes.
- Un accent mis sur le lien, la solidarité, le respect des différences, au sein des écoles. Dans ce domaine aussi, on a des preuves manifestes de l'efficacité d'approches centrées sur le bien-être et le lien social et impliquant l'ensemble de l'institution scolaire et non uniquement des élèves et des intervenants extérieurs.
- Une prévention des déviances axée plutôt sur l'acquisition de compétences de vie : expression des émotions, gestion des conflits, résistance à la pression de certains pairs et de la publicité.
- Un énoncé clair des règles régissant le comportement en société, avec des réponses cohérentes à la violence, associant systématiquement une sanction et des mesures de médiation et de remédiation (appui individuel aux sujets violents).

Dans le domaine de la prévention secondaire, il existe également des modèles dont on peut s'inspirer pour le soutien et les soins aux jeunes en difficultés :

- La mise sur pied de réseaux permettant une meilleure collaboration entre intervenants de premier recours (infirmières scolaires, médiateurs, travailleurs sociaux) et les professionnels.
- L'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations des services non spécialisés et spécialisés recevant des adolescents, sur le modèle des «youth friendly services» développé par l'OMS soit des services sympathiques et adaptés aux jeunes.
- Une meilleure sensibilisation et formation des professionnels appelés à intervenir auprès d'adolescents en difficulté, dans tous les milieux de vie fréquentés par les jeunes : centres de loisirs, services sociaux, écoles, services de soins, etc.

Les réponses à tous ces enjeux dépassent largement le cadre d'une enquête comme celle de SMASH 2002. Cependant, les chercheurs impliqués dans l'étude ont souhaité mettre sur pied un processus de **diffusion et de valorisation des résultats**. Cet important travail sera élaboré et assuré en étroite collaboration avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), responsable d'une enquête similaire auprès des écoliers de 11 à 16 ans. Il sera soutenu entre autres par Promotion santé suisse et l'Office fédéral de la santé publique. Il est prévu de présenter les résultats des deux enquêtes puis d'en discuter les implications avec des représentants de trois publics :

- Les politiciens et les décideurs, qui auront à prendre acte des évolutions observées et à réfléchir à l'impact sur la santé des jeunes du cadre législatif et des mesures économiques sociales et éducatives prises à l'avenir.
- Les mass media, dont la responsabilité est de tenir compte d'une part de l'impact de certaines publicités sur les comportements des jeunes, et d'autre part du rôle qu'ils ont à jouer auprès de la population pour éviter de faire endosser aux jeunes seuls – à travers une image parfois stigmatisante – la responsabilité de dérives actuelles.
- Les professionnels oeuvrant auprès des jeunes : animateurs, travailleurs sociaux, éducateurs et enseignants, pourvoyeurs de soins, responsables de programmes de prévention et de promotion de la santé, etc. qui devront développer des approches plus efficaces en matière d'interventions préventives ou d'appui.

Ce travail sera mené en consultant des groupes de jeunes et de jeunes leaders : il est en effet important que les populations à qui sont destinées diverses mesures de santé soient sollicitées, puissent livrer leur propre interprétation des résultats et participent à l'élaboration des mesures qui pourraient se révéler pertinentes, acceptables et efficaces, ceci dans la perspective développée il y a un peu plus de 10 ans dans la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé.

## AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Certaines conventions ont été adoptées dans la rédaction du présent rapport.

- Le terme **élève** a été adopté pour désigner les adolescents en formation dans les établissements du secondaire supérieur autres que les filières d'apprentissage. Le terme **apprenti** est utilisé pour les adolescents en formation dans les filières d'apprentissage.
- Dans la plupart des tableaux, les effectifs ont été arrondis à la dizaine. Pour cette raison, ainsi que du fait que les données sont pondérées, les effectifs pour un même sous-groupe peuvent varier quelque peu d'un tableau à l'autre.
- Pour des raisons de clarté et de lisibilité, les fréquences des non-réponses sont omises des tableaux et des graphiques. Elles sont pourtant prises en compte (elles ne sont pas exclues des analyses) et s'obtiennent généralement par complément à 100%. Leur magnitude les rend généralement négligeables.
- En principe, les différences discutées sont statistiquement significatives au seuil de 5%. Pour la plupart des données présentées, on a effectué des analyses multivariées (régressions multiples, régressions logistiques ou modèles log-linéaires selon le cas) pour apprécier certains facteurs confondants (sexe, âge, filière de formation). Lorsque le rapport signale des différences selon le sexe, selon l'âge ou selon la filière professionnelle, elles ne sont donc pas liées à la composition de l'échantillon mais bien à des différences entre groupes.
- Pour certaines questions, on a effectué des comparaisons entre les données de l'enquête SMASH de 1993 et la présente. La composition différente de ces deux échantillons complique l'analyse et, à ce stade, il n'a pas été possible d'effectuer de tests statistiques. L'interprétation de ces comparaisons doit donc rester très prudente.
- La disposition de base adoptée pour la présentation des résultats est constituée d'un tableau et du graphique associé qui indiquent, pour les garçons et pour les filles par filière de formation (donc pour les filles apprenties puis les filles élèves, puis les garçons apprentis puis les garçons élèves) l'évolution par âge d'une variable d'intérêt.
- En principe, dans les histogrammes, les garçons sont en gris foncé et les filles en gris clair. Dans les graphiques d'évolution, les filles sont représentées par un trait plein, les garçons par un traitillé ; les apprentis sont figurés par un triangle et les élèves par un cercle plein ; et donc, les filles apprenties sont rendues par un trait plein et des triangles, etc.
- Les graphiques et tableaux mentionnent le numéro de la question correspondante. On se référera au libellé exact de celle-ci dans le questionnaire qui figure en annexe.

## 1.1 Historique et mandat

Certaines abréviations sont utilisées dans le présent rapport :

ASS	Association suisse du sport
ESS	Enquête suisse sur la santé de l'OFS
HBSC	Health behaviour in school-aged children
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
OMS	Organisation mondiale de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PSS	Promotion santé suisse
SMASH	Swiss multicenter adolescent survey on health

# 1 INTRODUCTION : CADRE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

## 1.1 HISTORIQUE ET MANDAT

Entre 1992 et 1993, l'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne menait, en collaboration avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Zürich et l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) du canton du Tessin, une large étude sur la santé et les styles de vie des adolescents de 15 à 20 ans en Suisse (Narring & Michaud, 1995; Narring et al., 1994). Cette recherche, menée dans des centres professionnels et des établissements secondaires supérieurs à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré, impliquait 9623 jeunes des trois régions linguistiques de la Suisse. Les résultats ont fait l'objet d'une réflexion entreprise à l'échelon national et régional et portant sur les priorités d'action et les stratégies propres à améliorer l'état de santé des jeunes en Suisse (Narring et al., 1994) et également de multiples analyses et publications dans différents domaines comme celui de l'état de santé perçu par les jeunes, des besoins ressentis et de leur consommation de soins (Narring & Michaud, 2000). L'enquête a permis aussi d'avoir une photographie des comportements de santé des adolescents dans des domaines cruciaux comme celui de l'usage de substances psychoactives (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995), de la sexualité (Koffi-Blanchard, Dubois-Arber, Michaud, Narring, & Paccaud, 1994; Narring, Michaud, & Sharma, 1996), de la santé mentale (Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998), ou encore de l'alimentation et du sport (Devaud, Jeannin, Narring, Ferron, & Michaud, 1998; Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999). Cette recherche s'inscrivait dans la lignée d'autres recherches similaires menées en Suisse (Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) et à l'étranger (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Resnick et al., 1997), et visant à répertorier les besoins et comportements de santé de diverses populations, notamment des adolescents.

L'année 2002 offrait une opportunité particulièrement intéressante, dans la mesure où le hasard du calendrier prévoyait de répéter l'enquête quadriennale HBSC (pour « Health Behaviour in School-aged Children ») menée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) (Janin Jacquat & François, 1997) et l'enquête suisse sur la santé menée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique (Calmonte et al., 2000). Le groupe de recherche sur la santé des adolescents rattaché à l'IUMSP de Lausanne a donc proposé à l'Office fédéral de la santé publique (section dépendance et sida) de répéter, dix ans après une première recherche, une enquête similaire auprès des jeunes de 16 à 20 ans. L'intérêt de la démarche résidait dans le fait qu'il serait possible ainsi de mesurer l'évolution de l'état et des besoins de santé des jeunes sur une décennie, mais également d'offrir un panorama complet de ces comportements entre les âges de 11 et 20 ans en collaboration avec l'ISPA, et enfin, de valider dans une certaine mesure les résultats obtenus en les comparant avec ceux de l'enquête suisse sur la santé, qui suit une méthodologie différente (entretiens téléphoniques).

L'enquête SMASH 2002 (« **S**wiss **M**ulticenter **A**dolescent **S**urvey on **H**ealth ») a été menée conjointement par le groupe de recherche sur la santé des adolescents rattaché à l'IUMSP de Lausanne, l'Institut de psychologie de l'Université de Berne et l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) du canton du Tessin. Le présent rapport est destiné à tous les professionnels intéressés à un titre ou un autre par la santé des adolescents. Il est également disponible sur le site Internet de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne ([www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)).

## 1.2 BREVE REVUE DE LA LITTERATURE

L'adolescence représente une étape décisive de la vie au cours de laquelle l'individu adopte des comportements de santé qui influenceront son avenir, soit à court terme, soit à plus long terme : ainsi en va-t-il de l'alimentation, des pratiques sportives, des comportements protecteurs comme l'utilisation de casques, ou encore du recours à une contraception efficace. C'est aussi au cours de cette période que les conduites dites d'essai<sup>d</sup> peuvent poser de réels problèmes en termes de santé publique, si l'on songe au nombre de jeunes concernés par les accidents, la toxicomanie, le suicide ou les infections sexuellement transmissibles. De nombreuses institutions et organismes cherchent à répondre sur le plan médical, éducatif ou psychosocial à ces problèmes. La planification de tels services et programmes repose sur une évaluation soigneuse des besoins des adolescents dans ce domaine (Michaud, Baudier, Choquet, & Mansour, 1994; Pineault & Daveluy, 1986). Cette évaluation doit porter non seulement sur les indicateurs traditionnels comme celui de la mortalité par exemple mais aussi sur des indicateurs subjectifs rendant compte de l'ampleur et du caractère des besoins ressentis par les adolescents (Friedman, 1989). On voit donc tout l'intérêt de mener des grandes enquêtes sur la manière dont les adolescents eux-mêmes peuvent rendre compte de leur état de santé, de leurs attitudes et comportements, de leurs besoins enfin.

### 1.2.1 Les études sur la perception de la santé et les comportements de santé à visée de santé publique

Les premières études transversales menées auprès des adolescents étaient passablement centrées sur la déviance, le recours aux psychotropes et sur les prises de risques (Choquet & Ledoux, 1994; Jessor, 1991; Jessor & Jessor, 1977; Lloyd, 1998). Durant la dernière décennie, il est rapidement apparu qu'une trop grande focalisation sur les conduites déviantes des jeunes posait problème, d'une part en comportant un risque de stigmatisation non négligeable et d'autre part en négligeant d'examiner les ressources dont disposent les jeunes pour faire face au défi que constitue le maintien de la santé (Michaud, Blum, & Ferron, 1998). Grâce notamment aux publications portant sur la résilience (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001; Michaud, 1999; Rutter, 1993; Vanistendael, 1998), le cadre de compréhension des déterminants de la santé s'est progressivement élargi et implique à l'heure actuelle la prise en compte de nombreuses variables d'ordre individuel et environnemental (Antonovsky, 1986; Blum, 1998; Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995).

Les recherches épidémiologiques, notamment les grandes enquêtes nationales (Arènes et al., 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie et al., 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Narring & Michaud, 1995; Resnick et al., 1997; Wydler et al., 1996), se sont centrées sur la perception que les jeunes ont de leur santé et de leurs problèmes de santé, leurs pratiques et leurs souhaits en matière de soins, leurs comportements de santé et leurs styles de vie dans des domaines comme celui de l'alimentation, de la pratique sportive, de la sexualité ou encore de l'usage de substances psychoactives. Une majorité d'enquêtes, surtout les plus récentes, explorent les aspects psychosociaux des attitudes et comportements de santé, en analysant notamment les facteurs de risque et de protection qui leurs sont reliés – tant au niveau individuel que collectif – tels que le niveau socio-économique, les réseaux relationnels ou encore le sentiment d'efficacité personnelle et les facteurs d'adaptation (Ajzen & Fischbein, 1980; Antonovsky, 1986; Bandura, 1986; Donovan, Jessor, & Costa, 1993; Jessor, 1998; Resnick et al., 1997; Triandis, 1977). Ces études permettent de suivre la situation épidémiologique, mais aussi de fournir des données à visée explicative dans lesquelles les facteurs protecteurs et les conditions environnementales tiennent une plus grande place (Arènes et al., 1998;

---

<sup>d</sup> Dans une optique développementale et positive de la santé des adolescents, nous préférons utiliser le terme de *conduites d'essai* plutôt que celle de conduite à risque. Le terme conduite à risque, abondamment utilisé dans la littérature anglo-saxonne, est stigmatisant et ne rend pas compte du caractère – la plupart du temps exploratoire et limité dans le temps – de comportements tels que, par exemple, la consommation occasionnelle de joints, une relation sexuelle non protégée, ou certains sports extrêmes (Michaud, Blum, & Ferron, 1998).

Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001; Devaud et al., 1998; Ferron et al., 1999; Konings et al., 1995; Narring et al., 1996; Resnick et al., 1997; Rey Gex et al., 1998; Stronski, Ireland, Michaud, Narring, & Resnick, 2000). Enfin, elles fournissent, souvent à intervalles réguliers, une photographie de l'état de santé et des besoins de la population adolescente à partir de laquelle il est possible d'élaborer des politiques de soins et de prévention et de développer un cadre de vie et un environnement macrosocial favorable à la santé, dans une perspective salutogénétique (Antonovsky, 1986).

### 1.2.2 Utilisation des résultats de ces études

L'un des objectifs prioritaires de toute enquête sur la santé est d'améliorer *l'adéquation entre les besoins de santé et les prestations des programmes de santé – curatifs et préventifs – et plus globalement, le cadre de vie qui est offert*. Quels sont les besoins et problèmes présentés et ressentis actuellement par les adolescents de 16 à 20 ans ? Les services mis en place y répondent-ils de façon adéquate ou importe-t-il d'en modifier la structure et le fonctionnement, voire d'en créer de nouveaux ? Les programmes de santé scolaire et de prévention au sens large ciblent-ils de façon adéquate les problèmes tels qu'ils peuvent être appréhendés à travers les informations fournies par les jeunes eux-mêmes ? Comment réfléchir au cadre de vie des jeunes (milieu scolaire, conditions de travail, loisirs) dans une perspective favorisant la santé ? Cette réflexion débouche sur la sélection de priorités en matière de santé publique (Pelletier, 1990) et permet notamment d'identifier de nouveaux segments de la population qui ont des besoins spécifiques ou aussi l'émergence de questions de santé nouvelles, liées à la situation épidémiologique (exemples : le sida, l'hépatite B) ou à de nouvelles modes (exemples : l'utilisation d'écouteurs baladeurs ou la vogue des sports extrêmes).

On l'a vu, les grandes enquêtes permettent de décrire et de suivre dans le temps un certain nombre d'indicateurs pour identifier les besoins de santé des adolescents et informer les personnes chargées de prendre des décisions en santé publique, tant sur le plan de l'organisation des services aux adolescents que sur le plan de la programmation d'activités de prévention et de promotion de la santé (Jessor, 1991; Millstein, Petersen, & Nightingale, 1993; Pineault & Daveluy, 1986). Mais l'évaluation des programmes (services de soins ou d'aide et initiatives de prévention et de promotion de la santé) et surtout la valorisation des résultats de ces grandes enquêtes restent encore peu développées (Michaud et al., 1994). Il est important que les résultats obtenus soit pertinents pour l'organisation des soins aux adolescents (Lapointe & Michaud, 2002; Narring & Michaud, 2000), de même que pour les activités de prévention (Michaud, 2001). Une telle valorisation des résultats des recherches peut être développée selon divers axes : publication et dissémination de rapports et d'articles scientifiques, présentation à de larges publics incluant notamment les parents et divers corps professionnels en contact avec les jeunes, mobilisation du corps politique et des décideurs, réflexions en petits groupes associant professionnels de terrain et adolescents et pouvant déboucher sur des propositions concrètes d'action (Michaud et al., 1994; Narring et al., 1994).

Dans l'éventail des études portant sur la santé des adolescents se dessinent deux approches : la première donne la primauté aux aspects sociologiques des conduites de santé et cherche à mettre en évidence le déterminisme psychosocial et perceptuel de ces conduites ("lifestyle"). La seconde, de nature plus épidémiologique, met plutôt l'accent sur la prévalence des comportements et procède à son analyse dans divers sous-groupes ou dans le temps (ou les deux), en fonction de facteurs plus objectifs (région géographique par exemple). Pour permettre une utilisation optimale des résultats, une enquête de santé à l'échelon national doit pouvoir conjuguer ces deux perspectives, d'où la nécessité de faire appel à des indicateurs fiables et utilisés de façon identique dans le temps d'une part, et d'autre part l'importance d'un cadre conceptuel bien défini.

## 1.3 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE, CADRE CONCEPTUEL

Dans la perspective de ce qui précède, le but global de l'étude SMASH 2002 peut être décliné comme suit :

1. Fournir une photographie de la situation des adolescents et de leur état de santé, à l'aube du troisième millénaire, sous la forme d'indicateurs décrivant les besoins et comportements de santé des adolescents et les principaux facteurs qui y sont associés, et permettre des comparaisons dans le temps ainsi qu'avec d'autres populations de jeunes, en Suisse et à l'étranger.
2. Réfléchir à une utilisation optimale de ces informations en matière de planification des services de soins et des programmes de prévention et de promotion de la santé en faveur des adolescents.

Les **objectifs spécifiques** de l'étude peuvent être résumés de la façon suivante :

- répertorier les besoins de santé perçus (dans une optique bio-psycho-sociale) ainsi que certains déterminants de cette santé : environnement et climat familial, scolaire, professionnel, social, attitudes face à la santé ;
- recenser divers comportements de santé et styles de vie, notamment en termes de comportements préventifs ou de conduites d'essai voire de prises de risque (usage de la ceinture de sécurité, modes d'alimentation, pratiques sportives, usage de substances psychoactives, sexualité, etc.) ;
- examiner de quelle manière et pour quelles raisons divers types de services (du champ médical et psychosocial) sont utilisés.

Cette recherche devra, en outre, permettre :

- d'établir des comparaisons avec d'autres études similaires : l'enquête HBSC réalisée chez de plus jeunes adolescents par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, effectuée aussi en 2002 auprès d'adolescents de 11 à 16 ans. Permettre des comparaisons avec d'autres recherches similaires menées à l'étranger (Québec, France, Minnesota (Arènes et al., 1998; Calmonte et al., 2000; Choquet & Ledoux, 1994; Resnick et al., 1997)) ;
- de faire des comparaisons entre divers sous-groupes d'adolescents : filles et garçons, élèves et apprentis, jeunes de la ville et de la campagne, d'origine suisse ou étrangère, de Suisse romande, de Suisse alémanique et du Tessin ;
- de fournir une base de données pour des analyses plus pointues dans des domaines spécifiques, et visant à élaborer des hypothèses de nature explicative quant aux attitudes et comportements recensés.

Le présent rapport rend compte de la première partie de ces analyses et se centre sur la description des principaux résultats de l'étude. Des articles spécifiques aborderont à l'avenir diverses thématique revêtant une importance clinique et de santé publique particulière.

Pour atteindre ses objectifs, l'enquête SMASH 2002 repose sur une méthodologie précise, décrite dans le chapitre suivant. Et aussi sur un cadre conceptuel cohérent qui permet de choisir des indicateurs pertinents, de même que des variables « explicatives » utilisables par la suite dans les analyses, tant au niveau individuel que comportemental.

Le modèle écologique de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) fournit un premier cadre théorique utile dans l'analyse des résultats (Figure 1.3-1) : il distingue différents niveaux d'analyse que sont le macrosystème, l'exosystème, le mésosystème et le microsystème.

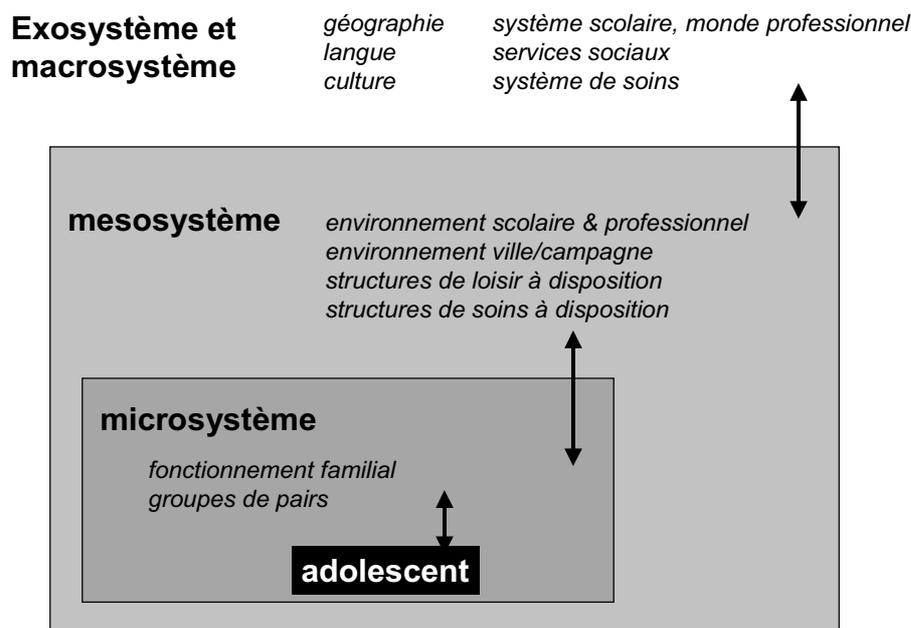


Figure 1.3-1

Une illustration du modèle conceptuel de Bronfenbrenner, avec ses différents niveaux d'analyse (Bronfenbrenner, 1979)

Le microsystème décrit les interactions d'un individu avec son environnement immédiat, qu'il s'agisse de son environnement familial et scolaire ou encore de ses réseaux formels et informels d'amis. Le mésosystème est un ensemble de microsystèmes et en décrit les interactions à un niveau d'organisation qui implique encore la participation active des individus. En revanche, l'exo et le macrosystème se réfèrent aux interactions entre les mésosystèmes et des ensembles plus larges, à l'échelon d'un pays ou d'une grande région et aux structures mises en place, qu'il s'agisse des législations en vigueur, des modes de fonctionnement scolaire, du système de soins ou encore des dispositifs sociaux comme le système des assurances ou les lois de protection de la jeunesse. Dans la perspective de Bronfenbrenner, ces différents niveaux s'emboîtent les uns dans les autres et interagissent de façon dynamique : il existe donc une étroite interdépendance entre ces niveaux d'analyse et l'on ne saurait ignorer l'impact sur la santé des législations en matière de denrées alimentaires, de l'aménagement des routes ou encore des politiques d'accès aux soins des individus de milieux défavorisés (Domenighetti, Quaglia, & Inderwildi Bonivento, 2000). L'enquête SMASH 2002, dans la mesure où elle recueille des données fournies par chaque adolescent, se centre essentiellement sur des variables de type individuel ou concernant l'environnement immédiat du jeune, *tel qu'il est perçu par le répondant*.

Il y a une dizaine d'années, l'étude SMASH 1993 avait été élaborée à partir de diverses recherches similaires (Choquet & Ledoux, 1994; Michaud & Martin, 1983) et surtout sur la base d'une réflexion menée dans le cadre d'un séminaire de plusieurs jours associant des jeunes et des professionnels de la santé de divers horizons. Au fil du temps, le cadre conceptuel de telles études s'est affiné et notamment enrichi d'une réflexion sur l'importance des perceptions de la santé, des ressources individuelles des jeunes, du rôle joué par les liens et les relations interpersonnelles, enfin de l'impact du climat familial, scolaire et professionnel. La Figure 1.3-2 propose un modèle explicatif de la santé, tel qu'il peut être appréhendé à travers diverses publications (Antonovsky, 1986; Compas et al., 1995; Millstein et al., 1993; Pineault & Daveluy, 1986; Prochaska et al., 1994). Par ailleurs, par rapport à l'enquête de 1993, la présente recherche comporte toute une série d'ajouts ou de modifications qui tiennent compte des expériences faites il y a 10 ans, et surtout de l'évolution de la situation épidémiologique : ainsi, un plus fort accent a été mis sur la thématique des accidents, et de nouvelles

### 1.3 Objectifs de l'étude, cadre conceptuel

questions ont été élaborées dans le domaine de la santé mentale, de l'usage des médias électroniques ou encore de l'ouïe et du bruit.

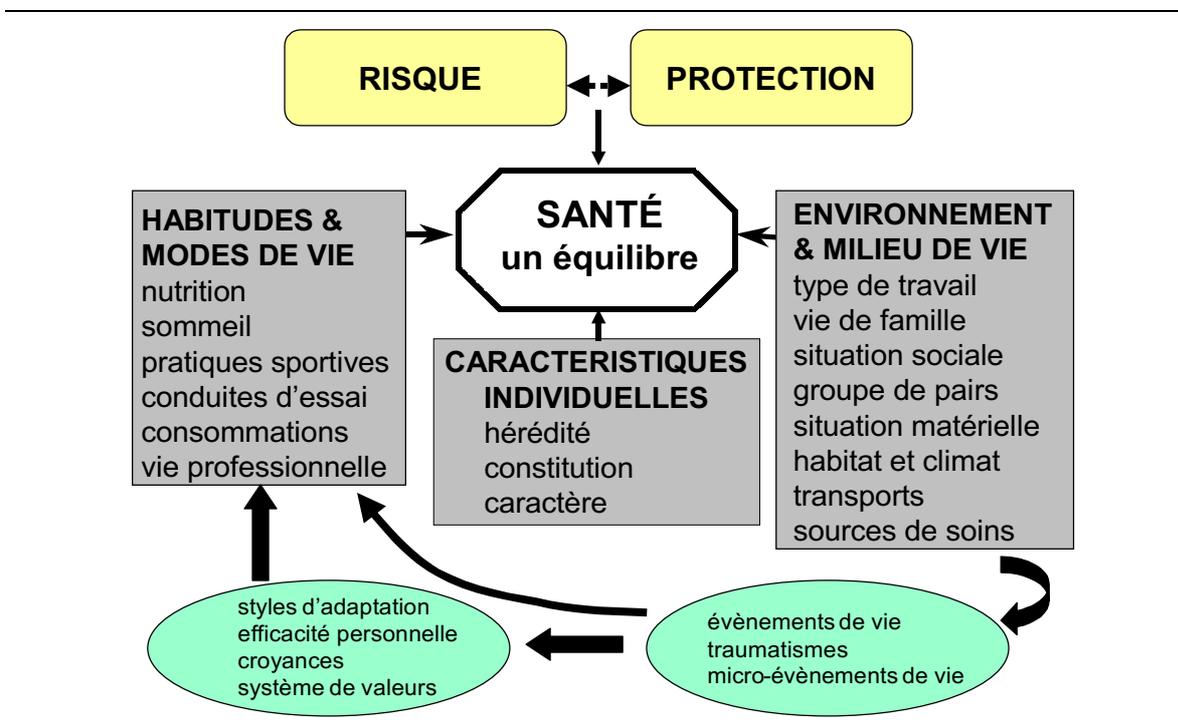


Figure 1.3-2 Un modèle explicatif de la santé (Bronfenbrenner, 1979)

Dans le schéma précédent, la santé est vue comme un état d'équilibre, un processus dynamique constamment influencé par des éléments et comportements personnels de même que par des données environnementales proximales (niveau socio-économique) et distales (climat, moyens de transport, etc.). Il existe, tant au niveau individuel que collectif, des facteurs de risque et de protection provenant du milieu (par exemple divers événements de vie) ou liés plutôt au fonctionnement et à l'état psychologique de l'adolescent (par exemple les stratégies d'adaptation, la confiance en soi). Ce schéma est loin d'être exhaustif mais rend compte de la perspective dans laquelle le questionnaire SMASH 2002 a été élaboré de même que la manière dont les analyses du présent rapport et surtout des publications à venir seront conduites.

## Références bibliographiques

- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
- Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986; 1: 1-18.
- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.
- Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
- Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991; 80:837-843.
- Blum R. Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of Adolescent Health* 1998;22:368-375.
- Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.
- Bronfenbrenner H. The ecology of human development: experiment by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
- Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.
- Compas B, Hinden B, Gerhardt C. Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology* 1995; 46:265-293.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and health behavior among young people. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Devaud C, Jeannin A, Narring F, Ferron C, Michaud P. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998;24:207-216.
- Domenighetti G, Quaglia J, Inderwildi Bonivento L. Determinanti eco-socio-economici della salute: informazioni statistiche. Bellinzona: Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Sezione sanitaria, cantone del Ticino; 2000.
- Donovan J, Jessor R, Costa F. Structure of health-enhancing behavior in adolescence: a latent-variable approach. *Journal of Health & Social Behavior* 1993;34:346-362.
- Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education and Research* 1999;14:225-223.
- Friedman H. The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine* 1989;29:309-315.
- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Ärztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health* 1991;12:597-605.

### 1.3 Objectifs de l'étude, cadre conceptuel

- Jessor R, Jessor S. Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New-York: Academic Press; 1977.
- Jessor, RE. New perspectives on adolescent risk behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1994;124:1047-1055.
- Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying Adolescent Drug Users Results of a National Survey on Adolescent Health in Switzerland. Journal of Adolescent Health 1994; 16:240-247.
- Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? Revue Médicale de la Suisse Romande 2002;122:585-588.
- Lloyd C. Risk factors for problem drug use : identifying vulnerable groups. Drugs education, prevention and policy 1998;5:217-232.
- Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B. La résilience, état des lieux. In M Manciaux (Ed). La résilience, résister et se construire. Genève: Médecine et Hygiène; 2001:13-20.
- Michaud P (Ed). La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. Archives de pédiatrie 1999;6:827-831.
- Michaud P. La recherche rend-elle la prévention efficace ? L'exemple des adolescents. Dépendances 2001;14:8-12.
- Michaud P, Baudier F, Choquet M, Mansour S. La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention ? Paris: Comité français d'éducation pour la santé; 1994.
- Michaud P, Blum R, Ferron C. "Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence? Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1998;152:224-226.
- Michaud P, Martin J. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. Revue Suisse de Médecine 1998;72:1545-1553.
- Millstein S, Petersen A, Nightingale E. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. Archives de pédiatrie 2000;7:25-33.
- Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in switzerland. Family Planning Perspectives 1996;28:232-236.
- Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: the case of the Swiss multicenter adolescent survey on health. Sozial- und Präventivmedizin 1995;40:172-182.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- Pelletier L. Les indicateurs de santé et la planification sanitaire. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1990;38:47-56.
- Pineault D, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Ottawa: Agence de l'Arc Inc; 1986.
- Prochaska J, Velicer W, Rossi J, Goldstein M, Marcus B, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology 1994;13:39-46.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones J. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:823-832.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 1993;14:626-631.

Stronski S, Ireland M, Michaud P, Narring F, Resnick M. Protective correlates of stages in adolescent substance use: A swiss national study. *Journal of Adolescent Health* 2000;26:420-427.

Triandis H. *Interpersonal behaviour*. Monterey: Brook/Cole; 1977.

Vanistendael S. *La résilience ou le réalisme de l'espérance; blessé mais pas vaincu*. Genève: Bureau International Catholique de l'Enfance; 1998.

Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. *Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993*. Aarau: Sauerländer; 1996.

## 2 POPULATION ET METHODES

### 2.1 ORGANISATION DE L'ENQUETE

L'enquête SMASH 2002 (« **S**wiss **M**ulticenter **A**dolescent **S**urvey on **H**ealth») a été menée conjointement par le groupe de recherche sur la santé des adolescents rattaché à l'IUMSP de Lausanne, l'Institut de psychologie de l'Université de Berne et l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) du canton du Tessin.

La Suisse étant un pays à structure fédéraliste, les responsables se sont efforcés d'obtenir l'approbation de chacune des instances cantonales concernées (Services de la santé, Services de l'enseignement), cela dans les différents cantons : la majorité des cantons ont accepté de collaborer à l'étude, soit les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Saint-Gall, Schaffhouse, Tessin, Uri, Valais, Vaud, Zoug et Zürich. Chaque canton a proposé un coordinateur (localisé en général dans un service d'Etat, ou parfois dans une structure associée mandatée par l'Etat), chargé de l'organisation de la collecte des données. Ce coordinateur était notamment chargé de fournir à l'IUMSP une liste des classes accueillant des élèves en scolarité post-obligatoire (cf. échantillonnage). Les différentes phases de la recherche ont été centralisées à l'IUMSP de Lausanne, organisme mandataire de l'étude. La distribution des questionnaires dans les classes a eu lieu de mars à juin 2002.

Un soin tout particulier a été apporté aux modalités de distribution du questionnaire dans les classes. Cette distribution a été organisée localement sur un modèle imposé pour l'ensemble de l'enquête. Les formulaires étaient remplis en classe, en l'absence du professeur. Des infirmières des services de santé scolaire, des médiateurs et des intervenants d'organismes de prévention se sont chargés de la distribution. Ils ont pour cela reçu une information sur la façon de procéder : quels points importants de l'enquête devaient être présentés pour susciter l'intérêt des jeunes sollicités ; dans quelles conditions les jeunes devaient-ils remplir le questionnaire et pourquoi devaient-elles être identiques dans toutes les classes ; comment répondre aux différents types de questions ?

Ces consignes répondaient à deux préoccupations : assurer la qualité des données récoltées (Fink, 1989; Michaud, Blum, & Slap, 2001; Miller, 1991) en plaçant tous les participants dans les mêmes conditions pour répondre au questionnaire et respecter les principes éthiques indispensables dans toute démarche de ce type (cf. infra). Quarante à soixante minutes étaient nécessaires pour répondre, de sorte que deux périodes scolaires successives étaient exigées des écoles pour présenter l'étude, remplir le questionnaire et laisser les jeunes qui le voulaient s'exprimer ou s'informer sur l'étude ou sur les thèmes évoqués. Les jeunes ont volontiers participé et se sont montrés intéressés par le contenu du questionnaire. Les nombreux commentaires figurant en fin de formulaire en témoignent. Ils ont trouvé utile qu'on les consulte sur leur propre santé, estimant que leur voix devait être entendue et s'inquiétant des suites concrètes données à l'étude. Les faibles taux de refus et de non-réponses (moins de dix refus de participation pour l'ensemble de la Suisse, taux de non-réponses variant entre 1 et 6% maximum selon les questions) est d'ailleurs une indication de l'accueil favorable que les adolescents ont réservé à cette enquête.

### 2.2 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Les responsables de l'enquête se sont trouvés devant un dilemme propre aux enquêtes de population répétées périodiquement. D'un côté, ils disposaient de toute une série de questions provenant des

nombreuses études menées ces dix dernières années auprès des adolescents (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Resnick et al., 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996), toutes aussi intéressantes les unes que les autres. D'un autre côté, ils souhaitaient avoir recours à une partie des questions utilisées dans l'enquête SMASH 1993 pour pouvoir mener des comparaisons valides. La solution qui a été choisie est de l'ordre du compromis. Une partie importante du questionnaire se fonde sur le travail mené il y a 10 ans (Narring & Michaud, 1995; Narring et al., 1994), et qui avait notamment impliqué de nombreux jeunes et professionnels ; il en va ainsi des questions touchant aux activités de loisirs et de sport, des thèmes de la sexualité, de l'usage de substances psychoactives (drogues légales et illégales), du domaine des soins. Plusieurs ajouts significatifs ont été apportés au formulaire : des questions touchant certains aspects socio-démographiques (adoption, migration), une batterie de questions sur les accidents et les comportements protecteurs, une question sur l'activité physique quotidienne, une question sur les problèmes de santé liés aux menstruations (dysménorrhée), deux questions sur les conséquences éventuelles de l'usage de substances psychoactives, deux questions sur les répercussions dans la vie courante du handicap ou de la maladie chronique, des questions touchant à l'utilisation d'Internet, de même que l'exposition au bruit, ainsi que trois batteries de questions validées dans le domaine de la santé mentale (dépression, troubles alimentaires et recherche de sensations). En d'autres termes, on a cherché à conserver la formulation des questions figurant dans l'enquête SMASH 1993 et on a, dans toute la mesure du possible, fait appel à des items de questionnaires existants pour la création des questions nouvelles.

Le questionnaire a été prétesté puis discuté dans quelques classes pour s'assurer qu'il ne comportait pas d'ambiguïtés et pour vérifier qu'il pouvait être rempli en 60 minutes environ ou moins. Il comporte 93 questions présentées sous forme d'un document papier de 28 pages. Il a été élaboré en français, traduit ensuite en langues allemande et italienne et également prétesté dans ces deux versions linguistiques. Les cantons bilingues avaient accès aux deux versions.

## 2.3 METHODE D'ECHANTILLONNAGE

Contrairement aux enquêtes dans la scolarité obligatoire, la population de référence des études touchant le post-obligatoire exclut un certain nombre de jeunes sortis du système de formation. Une étude visant la population des 16-20 ans ne permet pas d'atteindre les jeunes exclus du système de formation (probablement 20 % de la population totale). De plus, la diversification des filières de formation après l'école obligatoire (secondaire supérieur, apprentissage) impose des techniques d'échantillonnage complexes (Statistics Canada, 1996).

Le plan d'échantillonnage de la présente étude a été préparé grâce à la collaboration et les conseils éclairés des statisticiens de l'IUMSP de Lausanne, en particulier de Dr. G. van Melle. Il s'agissait d'un échantillonnage probabiliste en grappe permettant de tirer au sort des classes entières dans une base de sondage préparée à partir des listes de classes fournies par chaque canton. L'échantillon a été, en outre, stratifié sur la région et le type de formation.

Les responsables de chaque canton participant ont fourni, grâce à la collaboration des départements concernés, une liste exhaustive des classes d'établissements publics accueillant des élèves (établissements secondaires supérieurs) et des apprentis (centres professionnels). La base de sondage comportait 13'857 classes pour un total de 216'595 élèves. L'échantillon calculé représentait une fraction d'échantillonnage d'environ 3.6% de la population dénombrée dans la base de sondage et prévoyait d'inclure 9740 élèves, nombre estimé à partir des listes de classe.

Pour contrôler l'effet de grappe, qui accroît l'erreur standard sur l'estimation des mesures, puisque les individus d'un même groupe ont certaines caractéristiques en commun (Moser & Kalton, 1979), on a choisi un échantillon de taille assez importante dans chacune des trois régions (ce qui accroît la

précision des estimations) et pour mieux assurer la représentativité de l'échantillon pour différents critères liés aux comportements étudiés, on a opté pour une stratification sur trois critères : le type de formation, le niveau d'étude et la région (Miller, 1991). Cette stratification de la population permet une meilleure répartition de l'échantillon entre les différents sous-groupes.

## 2.4 GESTION DES DONNEES ET ANALYSES

Les questionnaires, auto-administrés, ont fait l'objet d'une lecture optique des données par scanner, permise par la spécification très exacte du positionnement des emplacements de réponses dans les pages. Le procédé sophistiqué utilisé permettait l'intervention d'un opérateur lorsqu'une ambiguïté de lecture était détectée, assurant ainsi un taux d'erreur de saisie extrêmement faible. La phase de nettoyage des données a compris des recodages de questions ouvertes, l'attribution de codes pour les non-réponses et pour les questions non applicables (par exemple aux garçons, pour les questions qui ne concernaient que les filles) ainsi que des contrôles de cohérence. Des discussions au sein de l'équipe de recherche ont contribué à ces opérations. La base de données finalement obtenue compte plus de 500 variables.

Les analyses (essentiellement des tableaux croisés pour ce qui concerne le présent rapport) ont été réalisées avec le logiciel SPSS, version 10. Des analyses multivariées<sup>e</sup> incluant les variables sexe, âge et filière professionnelle ont été réalisées pour s'assurer que certaines des différences constatées entre ces différentes populations n'étaient pas simplement dues à une hétérogénéité de la composition des sous-groupes. Pour la clarté de l'exposé, ces analyses ne sont ni discutées ni publiées dans ce rapport. Lorsque le rapport signale des différences selon le sexe, selon l'âge ou selon la filière professionnelle, elles ne sont donc pas liées à la composition de l'échantillon mais bien à des différences entre groupes.

Durant les années 2004 et 2005, des analyses plus complexes dans différents domaines approfondiront certains thèmes qui ne sont que partiellement exploités dans le présent rapport.

## 2.5 ENJEUX ETHIQUES

Les enjeux éthiques d'une recherche portant sur des informations touchant l'intimité des adolescents ont fait l'objet il y a dix ans d'une large consultation, notamment auprès de plusieurs bio-éthiciens. En 2001, le protocole de SMASH 2002 a été soumis et accepté par la Commission d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne et les règles présidant à la gestion d'une telle recherche ont ainsi été respectées (Coughlin & Beauchamp, 1992). L'anonymat des réponses était garanti par l'absence de toute identification sur le formulaire. Le jeune répondant lui-même remettait directement à l'enquêteur (hors hiérarchie scolaire, alors que le questionnaire était rempli en classe) une enveloppe scellée par ses soins. La confidentialité des informations était ainsi assurée, alors que le questionnaire avait été rempli individuellement. Les participants devaient donner leur consentement de façon éclairée, libre et volontaire. Les répondants étaient avertis par écrit et oralement qu'ils étaient libres de ne pas répondre à tout ou partie du questionnaire. Ceux qui acceptaient de participer à l'enquête avaient à disposition les coordonnées des responsables de l'étude et des informations sur les modalités de restitution des résultats de l'étude aux participants par l'intermédiaire des établissements scolaires.

L'accent mis sur l'anonymat et la confidentialité des résultats n'exclut pas les préoccupations concernant l'impact de questions délicates relatives à des sujets aussi sensibles que la sexualité, les agressions sexuelles, les attitudes suicidaires ou les comportements addictifs ou toxicomaniaques. Ces questions peuvent être perçues comme intrusives par certains jeunes. Et, plus gravement, elles peuvent

---

<sup>e</sup> Régressions multiples, régressions logistiques ou modèles loglinéaires selon le cas.

ranimer chez les plus concernés émotions, anxiétés, douleurs et peurs en rapport avec leur histoire personnelle. Ainsi, les personnes chargées de la distribution du questionnaire proposaient aux jeunes les coordonnées d'un service de référence à consulter (dans leur canton) au cas où le besoin d'un entretien se ferait sentir à propos d'un des sujets abordés dans le questionnaire.

Dans la pratique, l'attention portée aux questions éthiques a été très utile. Les autorités, les parents et les établissements ainsi que les représentants officiels ont été sensibilisés aux buts et à l'intérêt du projet, et certains d'entre eux ont été consultés dès la planification de l'enquête et lors de la conception du questionnaire. Les responsables de la recherche n'ont enregistré à ce stade aucune réaction négative ou violente.

## Références bibliographiques

- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.
- Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.
- Coughlin S, Beauchamp T. Ethics, scientific validity, and the design of epidemiologic studies. *Epidemiology* 1992;3:343-347.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behavior among Young People. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Fink R. Issues and problems in measuring childrens health status in community health research. *Social Science and Medicine* 1989;29:715-719.
- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Michaud P, Blum R, Slap G. Cross-cultural surveys of adolescent health and behaviour: progress and problems. *Social Science and Medicine* 2001;53:1237-1246.
- Miller D. Handbook of research design and social measurement. London: Sage Publication; 1991.
- Moser C, Kalton G. Survey methods in social investigation. New-York: Gower Publishing Company; 1979.
- Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: The case of the Swiss multicenteradolescent survey on health. *Sozial- und Präventivmedizin* 1995;40:172-182.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones JA. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997;278:823-832.
- Statistics Canada. Census Dictionary - Final Edition. Appendix O: Data Quality, Sampling and Weighting, Confidentiality and Random Rounding. Ottawa: Statistics Canada; 1996.
- Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993. Aarau: Sauerländer; 1996.

## 3 RESULTATS

### 3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Dans l'échantillon tiré au hasard, 102 classes indisponibles pour l'enquête ont dû être remplacées et 14 classes n'ont pas participé. Une classe terminale indisponible était remplacée par une classe de même filière de niveau inférieur, tirée au sort dans le même établissement. Dans les autres niveaux, le remplacement se faisait par une classe parallèle (même école, même filière, même année) par tirage au sort.

Les 8740 élèves interrogés (filles : 4041 ; garçons : 4716), âgés de 13 à 50 ans, provenaient des 475 classes finalement incluses dans l'enquête. La différence entre nombre planifié et effectif est essentiellement liée à la surestimation des effectifs figurant sur les listes de classe (surtout dans les classes d'apprentissage), à l'absentéisme et à la présence dans certaines classes de jeunes de plus de 20 ans et d'adultes qui n'appartenaient pas aux tranches d'âge ciblées par l'étude et qui n'ont pas rempli de questionnaire. Il y a eu moins d'une dizaine de refus de participer en tout et pour tout.

Dans la base de données, chaque questionnaire a été pondéré par l'inverse de la probabilité de sélection de la classe à laquelle appartenait l'élève, de façon à permettre des inférences statistiques (intervalles de confiance et tests statistiques). Un total de 1049 questionnaires ont été exclus pour les raisons suivantes : l'information sur le sexe ou l'âge manquait (256 questionnaires) ; les répondants avaient moins de 16 ans (156) ou plus de 20 ans (534) ; la proportion de non réponses était supérieure à 20% du total des questions (102) ; l'information sur la situation scolaire était manquante (1). Le nombre pondéré de questionnaires valides et utilisables concernant les jeunes de 16 à 20 ans se monte à 7428<sup>f</sup> (filles : 3384 ; garçons : 4044). Les principales caractéristiques socio-démographiques de cet échantillon sont décrites dans le Tableau 3.1-1.

---

<sup>f</sup> Selon les variables analysées, ce nombre peut varier quelque peu à cause de la pondération et des arrondis.

Caractéristiques	Apprentis		Elèves		Total		
	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Tous (%)
	n=2131	n=3183	n=1252	n=861	n=3384	n=4044	n=7428
<b>Age</b>							
16 ans	9.3	11.2	12.9	15.8	10.7	12.2	11.5
17 ans	28.0	24.1	33.1	30.1	29.8	25.4	27.4
18 ans	34.7	29.4	28.4	28.1	32.4	29.1	30.6
19 ans	17.5	20.7	18.8	18.4	18.0	20.2	19.2
20 ans	10.5	14.6	6.8	7.7	9.1	13.1	11.3
<b>Nationalité</b>							
Suisse	83.4	82.3	89.6	89.9	85.7	83.9	84.7
Autre	16.6	17.7	10.4	10.1	14.3	16.1	15.3
<b>Résidence</b>							
Ville ou banlieue	39.3	40.4	46.0	53.0	41.8	42.8	42.3
Campagne	59.5	58.4	53.6	45.8	57.3	55.8	56.5
Non-réponse	1.2	1.6	0.4	1.2	0.9	1.5	1.2
<b>Statut des parents</b>							
Vivent ensemble	73.7	76.6	77.6	80.8	75.1	77.5	76.4
Séparés ou divorcés	21.2	18.9	16.5	15.3	19.4	18.2	18.8
Père ou mère décédé(e), autre	4.6	4.1	5.8	3.6	5.1	4.0	4.5
Non-réponse	0.6	0.3	0.1	0.2	0.4	0.3	0.3

Tableau 3.1-1 Echantillon analysé (pondéré) de l'enquête SMASH 2002

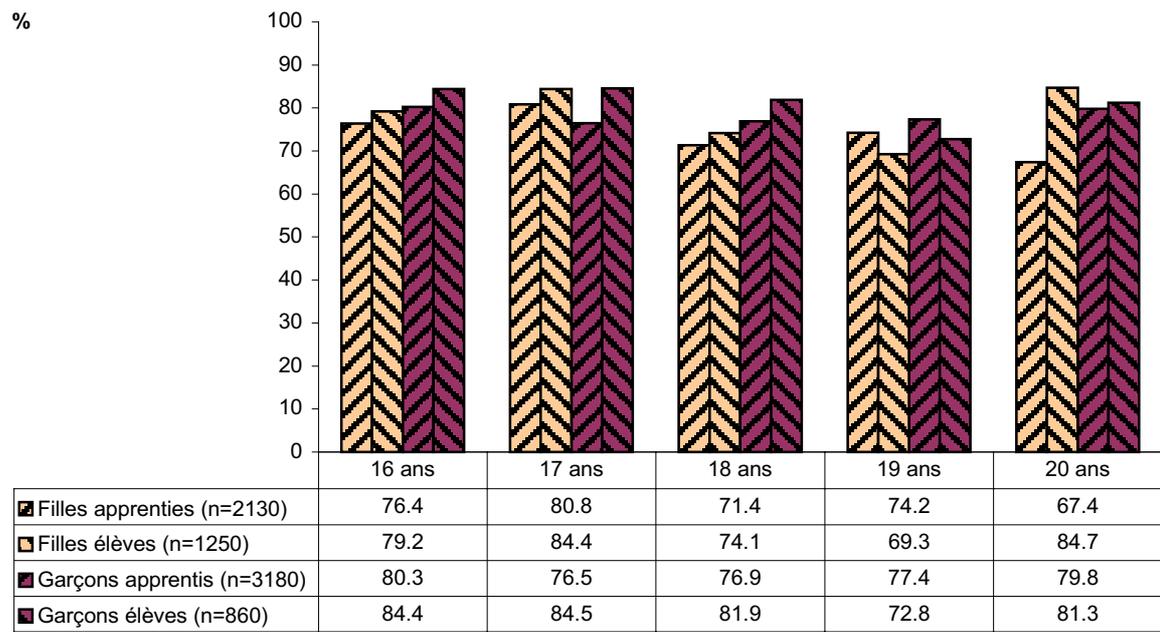
### 3.2 MILIEUX DE VIE ET RELATIONS AVEC L'ENTOURAGE

Les paragraphes suivants traitent de l'environnement psychosocial des jeunes interrogés. Dans un premier temps, celui-ci peut être compris comme l'ensemble des possibilités socio-structurelles à disposition des intéressés pour la satisfaction de leurs besoins en matière de bien-être, de productivité et de prise de conscience positive (Siegrist & Marmot, 2003). Il s'agit dans un second temps de considérer la famille, les relations avec les camarades du même âge, l'école et le monde professionnel des apprentis.

#### 3.2.1 Relations à la famille

La famille a d'abord une fonction de socialisation. Elle joue aussi un rôle important dans l'apprentissage et l'exercice de la communication comme de l'échange de sentiments. Et c'est finalement un lieu de sécurité primaire. Même si l'importance des relations avec les camarades du même âge augmente durant l'adolescence, cela ne signifie pas que le lien avec les parents s'étiolle (Flammer & Alsaker, 2002). La qualité des relations avec les parents se répercute sur des aspects du bien-être subjectif des jeunes aussi importants que le locus of control internalisé et l'optimisme (Benzur, 2003), mais aussi sur la qualité des relations avec les camarades du même âge (Dekovic & Meeus, 1997). Ces dernières années, on a à nouveau admis que les parents et leur style d'éducation ont un impact important sur la santé et le bien-être de leurs enfants adolescents (Litt, 2003). Il semble que les comportements à risque diminuent quand les parents exercent un certain contrôle sur les faits et gestes de leurs enfants, tout en leur faisant confiance (Resnick et al., 1997), (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen, & Trapl, 2003). Les structures familiales sont devenues complexes. Beaucoup d'enfants et de jeunes se voient confrontés à des changements touchant aussi bien leur rôle au sein de la famille que la composition de celle-ci. Cet état de faits ne doit pas porter préjudice à leur santé. Mais certains signes indiquent que les facteurs de stress tels que l'éclatement de la famille ou de mauvaises relations familiales sont associés à des comportements à risque des jeunes concernés (Butters, 2002). L'expérience de la violence domestique représente sans aucun doute une menace particulière pour la santé (Council of Scientific Affairs & Association, 1993; Dube et al., 2003).

En ce qui concerne la structure familiale, les jeunes interrogés ont indiqué à une grande majorité que leurs parents biologiques vivent ensemble (Graphique 3.2-1). Ils sont 18.8% à avoir rapporté que leurs parents étaient séparés ou divorcés. Le père était décédé dans 2.5% des cas, la mère dans 1.1% des cas et les deux parents dans 0.1% des cas. Quelques jeunes ont signalé que leurs parents vivaient certes ensemble, mais se querellaient beaucoup.



Graphique 3.2-1 Proportions de jeunes ayant rapporté que leurs parents vivent ensemble, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q21)

Personnes avec qui les jeunes ont déclaré vivre la plupart du temps en semaine	Filles (%)		Garçons (%)	
	apprenties n = 2130	élèves n = 1250	apprentis n = 3180	élèves n = 860
Avec la mère et le père	65.7	72.2	69.3	74.1
Seulement avec la mère	12.1	12.8	11.5	13.8
Seulement avec le père	2.3	1.2	3.5	1.2
Avec la mère et le beau-père	5.8	4.2	4.0	3.3
Avec le père et la belle-mère	.6	.5	1.2	1.0
Alternativement avec la mère et le père (+/- son conjoint)	1.0	1.1	2.0	1.7
Avec d'autres adultes	.7	.5	.7	.1
Seuls	2.2	.8	1.9	.7
Avec leur partenaire	3.5	.2	1.6	-
Avec d'autres jeunes (y compris internat)	3.0	5.2	1.2	2.9
Autres formes	2.4	.8	2.3	1.0

Tableau 3.2-1 Répartition des jeunes selon la situation de logement en semaine qu'ils mentionnent (plusieurs réponses possibles), par sexe et filière de formation (SMASH 2002, Q19)

### 3.2 Milieux de vie et relations avec l'entourage

Le Tableau 3.2-1 montre que la répartition dans les catégories susmentionnées ne reflète pas suffisamment la diversité des situations de vie des jeunes.

Il s'avère que la majorité des jeunes de cette tranche d'âges habitent encore avec leurs deux parents. La proportion est un peu plus faible chez les apprentis que chez les élèves. Les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à vivre sans personne de référence adulte.

La proportion de jeunes qui affirment avoir été adoptés est de 1.3% chez les filles et de 1.4% chez les garçons. Si 0.7% des jeunes ont été adoptés par leur père ou leur mère, 0.8% l'ont été par les deux parents. En moyenne, les filles situent cette adoption autour des 5 ans et les garçons autour de 2.4 ans.

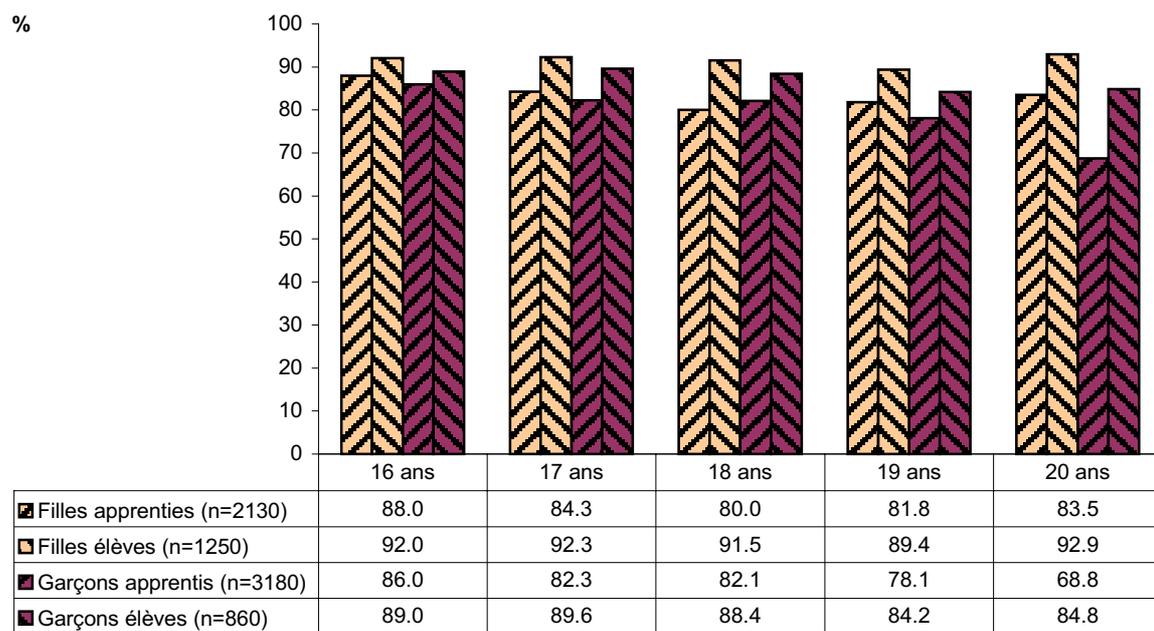
À côté des structures familiales, le sondage s'est aussi intéressé à la qualité des relations avec les parents. Les réponses à quelques questions sont rassemblées au Tableau 3.2-2.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
Mes parents m'acceptent comme je suis.	90.5	91.6
Je raconte souvent mes difficultés et mes problèmes à mes parents.	63.6	53.7
Mes parents me comprennent.	77.8	81.6
Mes parents remarquent quand je suis triste.	83.0	80.0
J'ai confiance en mes parents.	90.5	92.5
Mes parents me font confiance.	89.7	90.3

**Tableau 3.2-2 Proportions de jeunes d'accord avec diverses affirmations concernant la relation avec leurs parents, selon le sexe (SMASH 2002, Q84)**

Les répondants donnent un écho particulièrement positif de leurs relations avec leurs parents, notamment en ce qui concerne la confiance réciproque et le sentiment d'être acceptés comme ils sont. La majorité se sentent compris. Environ un sixième des jeunes interrogés ont toutefois répondu le contraire et précisé que leurs parents ne remarquaient pas quand ils étaient tristes. On observe que les garçons ont un peu moins tendance que les filles à aborder leurs problèmes avec leurs parents. Sinon, il n'y a de ce point de vue pas de différences concernant le sexe, l'âge et le type de formation.

Même si une bonne moitié seulement des répondants ont reconnu qu'ils abordent souvent leurs problèmes avec leurs parents, la famille (et notamment les parents) reste un interlocuteur important durant cette phase de la vie, en particulier pour les problèmes de santé (Graphique 3.2-2).



**Graphique 3.2-2** Proportions de jeunes qui ont déclaré s'ouvrir de leurs problèmes de santé à leurs parents, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q38)

Comme le montre le graphique, la proportion de jeunes qui parlent de leurs problèmes de santé en famille est assez constante dans tous les groupes d'âge. C'est uniquement chez les garçons apprentis que cette proportion tend à baisser avec les années (chez les 19-20 ans).

Selon leurs propres dires, 69.5% des filles et 64.4% des garçons parlent en famille des problèmes qu'ils rencontrent à l'école ou au travail. Une plus faible proportion de jeunes ont déclaré parler de leurs problèmes psychiques en famille (40.1% des filles, 36.7% des garçons).

Par ailleurs, les relations avec les parents sont aussi source de craintes et de soucis pour quelques jeunes : alors que 11.4% des filles et 8.4% des garçons redoutaient clairement, au moment de l'enquête, de voir leurs parents divorcer ou se séparer, 24.8% des filles et 18% des garçons ont avoué avoir „un peu“ cette crainte. La proportion d'élèves qui craignent une telle éventualité est un peu plus forte que la proportion d'apprentis. Les élèves ont par ailleurs été plus nombreux que les apprentis à affirmer vivre encore avec leurs deux parents, ce qui pourrait expliquer qu'ils s'inquiètent davantage à ce sujet. Les répondants plus jeunes et les filles se disent en outre plus préoccupés par une éventuelle séparation de leurs parents que leurs camarades plus âgés ou que les garçons. Le fait que ce souci tend plutôt à diminuer avec l'âge doit probablement être considéré dans le cadre du processus de détachement progressif qui rend les jeunes un peu moins concernés par un tel cas de figure. La différence entre les sexes est intéressante. Est-elle due au fait que les querelles sont vécues différemment ou y a-t-il des attentes particulièrement lourdes concernant le rôle des filles dans les disputes parentales (p. ex. de jouer les médiatrices entre les deux parents)?

Le thème de la violence au sein de la famille a également été abordé à travers la question de savoir si les jeunes ont parfois peur d'être battus par leurs parents. D'après les réponses fournies, c'est le cas de 4.8% des filles et de 2.7% des garçons. Par ailleurs, 8.6% des filles et 5.0% des garçons nourrissent „un peu“ cette crainte. Des données tirées de l'Army Family Advocacy Central Registry de l'armée américaine confirment que les filles pourraient effectivement être plus souvent concernées, durant leur adolescence, par le recours à la violence corporelle au sein de la famille (Raiha & Soma, 1997).

Beaucoup de commentaires spontanés au questionnaire, ainsi que quelques réactions des jeunes aux premiers résultats parus en mai 2003, montrent à quel point les disputes des parents et l'expérience de la violence au sein de la famille accablent les jeunes concernés. Plusieurs d'entre eux nous ont demandé

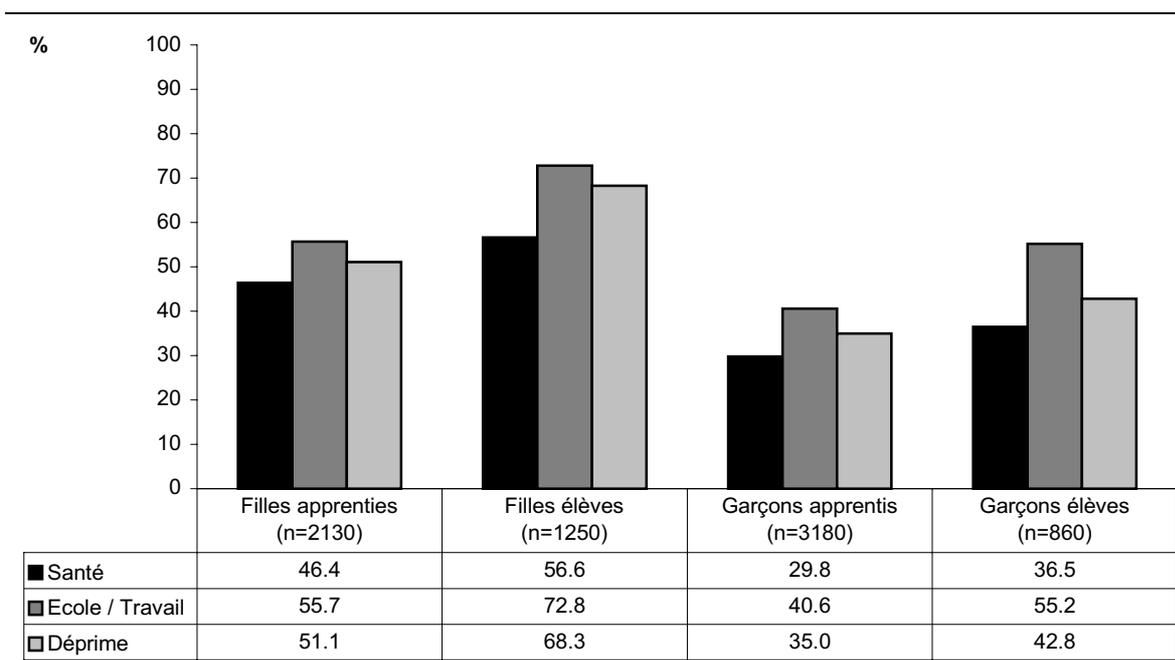
### 3.2 Milieux de vie et relations avec l'entourage

de mentionner cette souffrance dans le rapport. On dénombre plus de filles que de garçons (17% contre 12%) parmi les jeunes qui auraient eu besoin de soutien, au moment de l'étude, pour surmonter des problèmes avec la famille.

#### 3.2.2 Relations avec les camarades du même âge

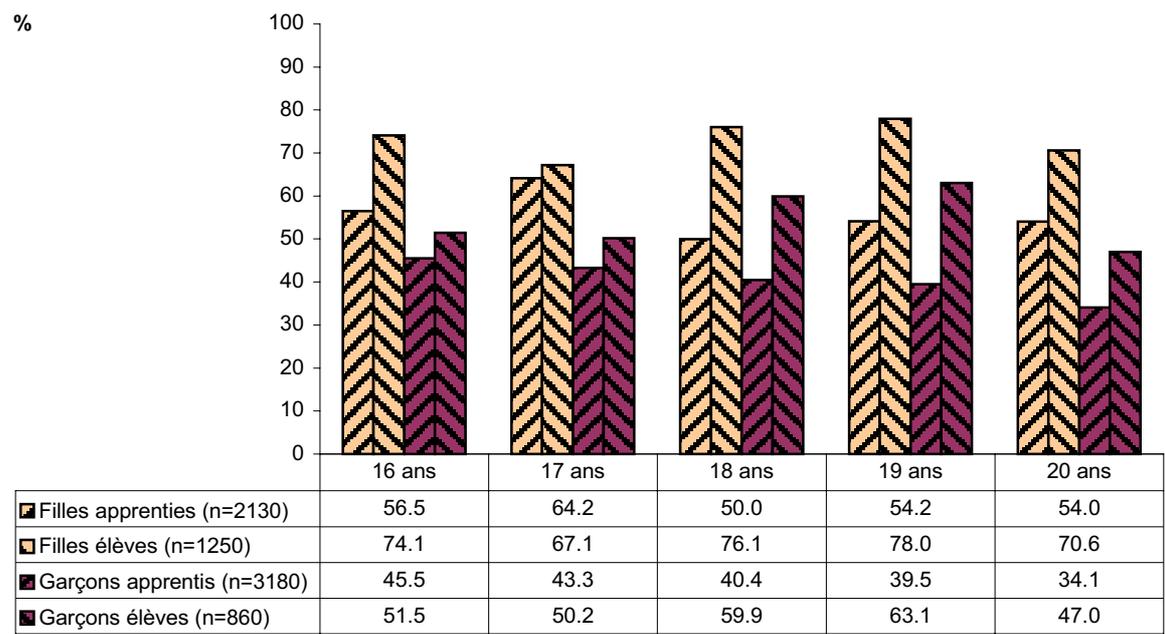
Les relations avec les camarades du même âge aident à se découvrir et à se définir. Construire et maintenir des relations heureuses avec des amis est un élément essentiel du bien-être des jeunes. Les jeunes de 16 à 20 ans sans meilleur(e) ami(e) se sentent ainsi moins bien dans leur peau et sombrent plus facilement dans des états dépressifs. Ils ont une image plus négative d'eux-mêmes et l'impression d'être „différents“ (Alsaker, 2000). L'appartenance, ainsi que le sentiment d'être accepté(e) et apprécié(e), jouent un rôle primordial dans le développement de l'identité personnelle (Rokach, Bauer, & Orzeck, 2003). Parallèlement, on observe aussi un rapport significatif entre les amitiés et le comportement. D'une part, les amis sont choisis en fonction d'intérêts et de comportements communs. D'autre part leur style de vie influence aussi le comportement individuel du jeune en question (Dishion & Owen, 2002).

Parmi les répondants, 93.4% ont indiqué avoir un(e) ami(e) avec qui ils peuvent discuter de temps en temps. Comme mentionné plus haut, l'absence d'une telle personne de référence peut représenter un préjudice pour la santé. Chez les filles, 4.4% des apprenties et 2.2% des élèves étaient dans cette situation. Chez les garçons, le cas de figure concernait 9.7% des apprentis et 7.9% des élèves. Les amis sont des interlocuteurs importants dans plusieurs domaines (Graphique 3.2-3).



**Graphique 3.2-3** Proportions de jeunes ayant affirmé qu'ils discutent de différents problèmes avec leurs amis, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q38)

Le plus souvent, les jeunes discutent avec leurs amis des problèmes qu'ils rencontrent à l'école et au travail (Graphique 3.2-3).



**Graphique 3.2-4** Proportions de jeunes qui ont affirmé discuter avec leurs amis des problèmes qui se posent à l'école et au travail, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q38)

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les élèves sont plus nombreux que les apprentis à parler de leurs problèmes à des amis. Le constat ne s'applique pas seulement aux problèmes rencontrés à l'école et au travail, un cadre où les élèves, contrairement aux apprentis, partagent leur quotidien et donc beaucoup de problèmes avec un certain nombre de camarades du même âge (Graphique 3.2-4). Pour tous les types de problèmes, les garçons ont été moins nombreux que les filles à reconnaître qu'ils en discutent avec des amis. En revanche, il n'y a pas de différence notable entre les sexes concernant les discussions en famille.

Dans l'ensemble, les réponses des jeunes étaient aussi positives concernant la qualité des relations avec les amis. La grande majorité des jeunes se sentent ainsi en confiance (96% des filles et 93.4% des garçons) et acceptés comme ils sont (97.6% des filles et 96.7% des garçons). Alors que la plupart pouvaient aussi confier leurs problèmes à leurs amis, une petite partie des jeunes étaient plutôt réticents à le faire (9.8% des filles et 20.5% des garçons), ou avaient l'impression que leurs amis ne remarquent généralement pas quand ils sont tristes (8.7% des filles, 18.4% des garçons). Les garçons se sentent apparemment un peu moins bien soutenus que les filles par le cercle d'amis. Au moment du sondage, 9.1% des filles et 8.2% des garçons estimaient qu'ils auraient eu besoin d'aide, car ils avaient de la peine à nouer des amitiés.

### 3.2.3 Ecole et apprentissage

L'école joue un rôle fondamental dans le développement de l'identité. Les facteurs d'influence semblent être ici le sens de la communication des enseignants, la cohésion de la classe et l'effet normalisateur de l'école sur les relations sociales (Neuenschwander, Herzog, & Holder, 2001). A l'adolescence, l'ambiance de l'école (ambiance de la classe, relations avec les enseignants, participation des élèves, absence de mobbing et sentiment de bien-être à l'école) paraît ainsi être en corrélation avec plusieurs indices de santé (problèmes de santé, douleurs psychosomatiques, stratégies de coping actives, sensation de grande efficacité) comme avec des comportements touchant la santé (consommation de stupéfiants ou alimentation équilibrée) (Alsaker & Dick, in press; Flammer & Alsaker, 2002; Vuille & Schenkel, 2001; Vuille & Schenkel, 2002).

En entrant dans le monde professionnel, les jeunes se trouvent immergés dans un nouveau milieu psychosocial avec les exigences et charges inhabituelles (charge corporelle, responsabilité, stress, etc.) que ce changement entraîne, mais aussi de nouvelles ressources (renforcement de l'estime de soi et de l'efficacité personnelle, soutien social) (Flammer & Alsaker, 2002). Les relations avec les collègues et les supérieurs, la collaboration technique, ainsi que la possibilité d'apprendre et d'assumer une responsabilité semblent ainsi être perçues de façon particulièrement positive par les jeunes en apprentissage. Le fait que le temps libre est fortement réduit par rapport à celui des élèves est par contre assez mal vécu (Galais, 2001). Les expériences réalisées en cours de formation professionnelle sont d'une importance primordiale pour le développement de la personnalité. Une bonne situation d'apprentissage et de travail (travail intéressant et motivant, collègues et supérieurs compétents, relations d'égal à égal, apprentissage axé sur la formation) entraîne ainsi un changement positif de la vision de soi-même et de l'attitude professionnelle. Un surmenage général (quantitatif ou qualitatif) a par contre des répercussions plutôt négatives sur des aspects de la personnalité tels que l'estime de soi (Häfeli, Kraft, & Schallberger, 1988). Le stress psychosocial vécu est à peu près le même que chez les travailleurs plus âgés (Kälin et al., 2000). Alors que l'équilibre entre les exigences et les possibilités de contrôle individuelles (Karasek & Theorell, 1990) se répercute sur l'efficacité, l'équilibre entre la fatigue et la récompense influence l'estime de soi (Siegrist & Marmot, 2003).

Le Tableau 3.2-3 montre comment les jeunes jugent différents aspects de l'ambiance sur leur lieu de formation. La grande majorité parmi eux semblent à l'aise dans leur classe. Les différences entre apprentis et élèves à plein temps sont étonnamment ténues, et ce, bien qu'ils ne fréquentent l'école professionnelle qu'un à deux jours par semaine.

	Filles (%)		Garçons (%)	
	apprenties n = 2130	élèves n = 1250	apprentis n = 3180	élèves n = 860
La plupart d'entre nous se sentent bien dans notre classe.	87.8	83.0	89.2	83.2
Les professeurs s'occupent des problèmes des élèves.	58.3	43.8	59.0	45.8
Les professeurs ont confiance en moi.	78.2	78.4	73.5	73.3
Je reçois de mes professeurs la reconnaissance que je mérite.	76.0	70.4	71.2	69.6

Tableau 3.2-3 Pourcentages de jeunes d'accord avec différentes affirmations relatives à l'ambiance qui règne sur leur lieu de formation, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q8)

Pour les apprentis, l'ambiance de l'entreprise où ils travaillent revêt probablement encore plus d'importance, car ils y passent le gros de la semaine (Tableau 3.2-4).

	Apprenti(e)s	
	Filles (%) n = 2130	Garçons (%) n = 3180
La plupart d'entre nous se sentent bien dans notre équipe de travail.	79.7	83.2
Notre chef(fe) / maître(sse) d'apprentissage s'occupe des problèmes des apprenti(e)s.	71.3	71.1
Mon/ma chef(fe) / maître(sse) d'apprentissage a confiance en moi.	86.0	84.0
Je reçois de mon/ma chef(fe) / maître(sse) d'apprentissage la reconnaissance que je mérite.	77.8	76.6

**Tableau 3.2-4** Proportions d'apprentis d'accord avec différentes affirmations relatives à l'ambiance qui règne au travail, selon le sexe (SMASH 2002, Q9)

La plupart des apprentis interrogés semblent à l'aise à leur poste. Une grande majorité ont le sentiment que le maître d'apprentissage leur fait confiance et les trois quarts obtiennent aussi la reconnaissance qu'ils jugent appropriée. Étant donné qu'une collaboration quotidienne amène à nouer des contacts plus étroits, il n'est pas surprenant que les apprentis soient plus nombreux à se sentir soutenus par leurs maîtres d'apprentissage que par leurs enseignants en cas de problèmes. C'est toutefois réjouissant. Alors qu'une majorité d'apprentis semblent recevoir un bon appui de la part de leurs formateurs, dans le cadre des cours aussi bien que du travail, ce n'est le cas chez les élèves que de la moitié à peine de l'effectif.

Au travail, il y a divers types de facteurs de stress. Pour jauger le bien-être, il est donc déterminant de savoir si cette charge de travail est perçue comme conséquente. Le Tableau 3.2-5 indique quelle proportion d'apprentis se trouvent perturbés par différents facteurs de stress, comparée à la proportion de ceux qui ont indiqué que ces facteurs existent mais ne les perturbent pas (*valeurs en italique et entre parenthèses*).

Le Tableau 3.2-5 révèle clairement combien les facteurs de stress peuvent être perçus et vécus de façon différente. La plupart des apprentis disent travailler sous la pression du temps et être souvent dérangés. Beaucoup se sentent par ailleurs investis d'une grande responsabilité et ont le sentiment que leur travail devient de plus en plus exigeant. Mais apparemment, la plupart ont assez de ressources (stratégies de coping, formation en conséquence, soutien de l'entreprise) pour bien gérer cette charge de travail et ne pas s'en trouver trop perturbés.

### 3.2 Milieux de vie et relations avec l'entourage

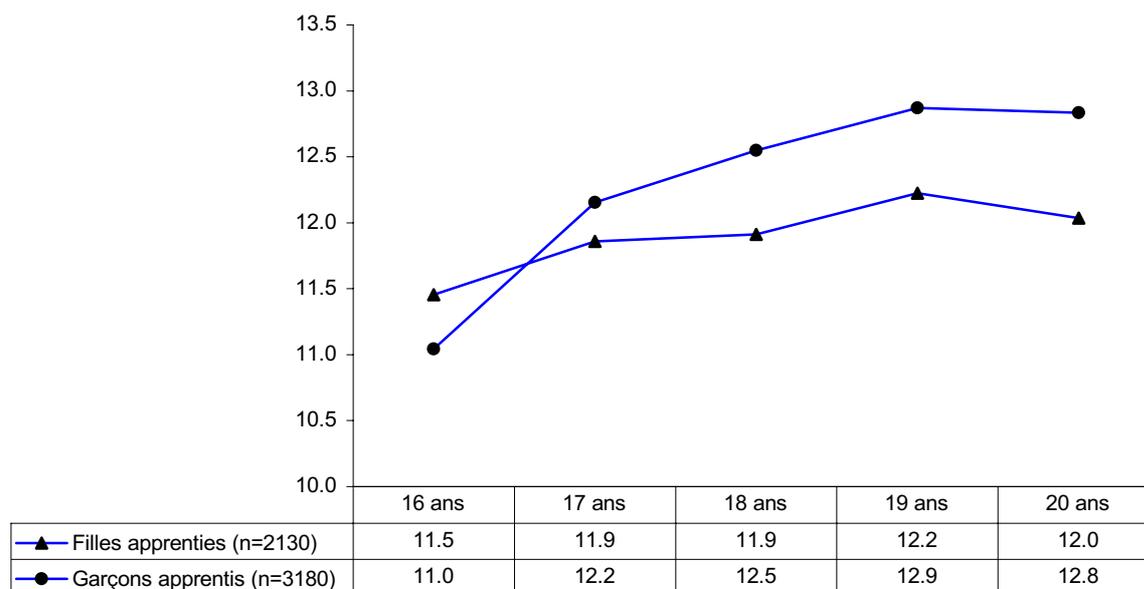
	Apprenti(e)s	
	Filles (%) n = 2130	Garçons (%) n = 3180
Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.	21.7 (55.1)	19.7 (54.2)
Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail.	12.9 (45.9)	16.1 (46.4)
J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail.	9.8 (76.7)	10.9 (74.0)
Je suis souvent obligé(e) de faire des heures supplémentaires.	9.8 (23.8)	8.3 (25.5)
Mon travail exige des efforts physiques.	8.5 (44.3)	8.3 (60.9)
Au cours de mon apprentissage, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.	7.5 (75.8)	9.6 (81.6)

\* Entre parenthèses et en italique : proportion d'apprentis qui ont indiqué être confrontés à un facteur de stress .

**Tableau 3.2-5 Proportions d'apprentis qui se trouvent perturbés par différents facteurs de stress, par sexe (SMASH 2002, Q10)**

A côté de l'analyse de chaque facteur de stress, leur somme joue un rôle pour la santé. Le Graphique 3.2-5 indique les valeurs moyennes de la somme de toutes les réponses aux questions touchant les 6 points susmentionnés pour les filles et les garçons en fonction des tranches d'âges. Pour chaque question, la réponse oscille entre 1 (pas de stress) et 5 (le stress est présent et préoccupe beaucoup les intéressés). Pour la somme de toutes les réponses, on obtient donc une valeur comprise entre 6 et 30.

**Score total moyen de stress**



**Graphique 3.2-5 Score total moyen de stress rapporté par les apprentis, selon le sexe et l'âge (SMASH 2002, Q10)**

Dans l'ensemble, les apprentis plus âgés font état d'une charge de travail plus importante que les plus jeunes. Les garçons se sentent apparemment un peu plus sollicités que les filles. Mais les écarts sont faibles. Alors que 44% des apprentis ne sont préoccupés par aucun de ces facteurs de stress, ou seulement par un seul, 34% sont préoccupés par 2 ou 3 facteurs. Parmi les apprentis interrogés, il y en a tout de même 22% qui cochent 4 à 6 facteurs de stress préoccupants. À côté des facteurs de stress mentionnés, la formation est aussi une source de reconnaissance ; les trois quarts des jeunes reçoivent de la part de leurs enseignants et maîtres d'apprentissage la reconnaissance qu'ils méritent. A l'école, 77.8% des filles et 76.2% des garçons ont certifié faire de bonnes notes. Pas moins de 90.3% des filles et 91.5% des garçons étaient sûrs de pouvoir terminer leur formation. Quant à trouver plus tard du travail, 91.5% des filles et 92.2% des garçons n'avaient aucun doute à ce sujet. Mais 53.9% des filles et 50% des garçons ne savaient pas encore quelle profession ils exerceraient.

Ici, il est possible d'établir une comparaison avec SMASH 1993. A l'époque, seuls 70% des filles et 75% des garçons en apprentissage et 65% des garçons élèves étaient sûrs de trouver un emploi par la suite. Cette différence reflète la situation sur le marché du travail. En 1992/93, le taux de chômage était particulièrement élevé en Suisse romande et c'était alors un phénomène inhabituel pour notre pays après de longues années de plein-emploi. Concernant le diplôme de formation et l'incertitude relative à la future profession, les résultats sont semblables.

Au moment de l'enquête, 27% des filles et 23% des garçons ont admis avoir besoin d'aide pour résoudre des problèmes à l'école ou au travail. La moitié des filles et 29% des garçons avaient par ailleurs besoin d'aide pour gérer des problèmes de stress.

Pour résumer, voici ce qu'on peut retenir à propos du contexte psychosocial des jeunes interrogés :

La famille et les parents représentent encore des personnes de référence importantes pour les 16-20 ans. Ils restent des interlocuteurs utiles pour toutes sortes de problèmes. Il est notamment intéressant de relever qu'à ce propos, on ne constate pas de différence majeure entre les sexes. En conséquence, les jeunes sont aussi particulièrement sensibles aux problèmes relationnels, voire à la violence, au sein de la famille. La promotion de la santé doit reprendre davantage conscience du rôle majeur de la famille, même pour les adolescents plus âgés. Elle se voit en outre chargée de renforcer les parents dans leur rôle et leurs tâches éducatives, même durant l'adolescence de leurs enfants.

Les amitiés sont une ressource cardinale pour la grande majorité des jeunes qui y rencontrent acceptation et confiance. Les filles parviennent mieux que les garçons à discuter avec leurs amis des problèmes qui se posent dans différents domaines de la vie. Il faut tenir compte de cette différence entre les sexes dans les projets de prévention qui travaillent avec le groupe de pairs.

La situation vécue à l'école et en apprentissage est positive pour une majorité des jeunes qui rencontrent de la reconnaissance, voient s'ouvrir des perspectives et savent venir à bout des tâches qui leur incombent. Une minorité significative se sentent pourtant surchargés et signalent des difficultés à résoudre les problèmes qui se posent en cours de formation ou à venir à bout des tâches qui leur incombent.

L'ambiance, ainsi que les conditions qui règnent en classe comme en apprentissage, ont une grande incidence sur l'état de santé et le comportement des jeunes qui y évoluent. L'école, l'apprentissage et les institutions de loisirs sont en même temps des lieux où les jeunes peuvent être atteints par les mesures de promotion de la santé. Les jeunes ont aussi des possibilités d'influencer l'organisation de ces milieux et de participer à des mesures de promotion de la santé. Les responsables de ces lieux, ainsi que les services spécialisés dans la promotion de la santé, sont appelés à leur aménager davantage de responsabilités et de participation et à leur transmettre ainsi des expériences susceptibles de renforcer leur efficacité personnelle. Les «écoles en santé» et la promotion de la santé en entreprise ont amassé à ce sujet de précieuses expériences et découvertes que l'on peut encore développer, diffuser et utiliser (voir les implications en fin de rapport).

## Références bibliographiques

- Alsaker FD. The development of a depressive personality orientation: The role of the individual. In WJ Perrig & A Grob (Eds). *Control of human behaviour, mental processes and consciousness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 2000: 345-359.
- Alsaker FD, Dick A. (in press). Depression and suicide. In L Goossens & S Jackson (Eds), *Handbook of adolescent development: European perspectives*. HOVE, UK: Psychology Press.
- Ben-Zur H. Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence* 2003;32:67-79.
- Borawski EA, Ievers-Landis CE, Lovegreen LD, Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:60-70.
- Butters JE. Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescent* 2002; 25:645-654.
- Council of Scientific Affairs, American Medical Association. Adolescents as victims of family violence. *Journal of American Medical Association* 1993;270:1850-1856.
- Dekovic M, Meeus W. Peer relations in adolescents: effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescent* 1997;20:163-176.
- Dishion TJ, Owen LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 2002;38:480-491.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction, and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111:564-572.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Verlag Hans Huber; 2002.
- Galais NMK. Eintritt in die Arbeitswelt - enttäuschte, erfüllte und übertroffene Erwartungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 2001;55:179-186.
- Häfeli K, Kraft U, Schallberger U. *Berufsbildung und Persönlichkeitsentwicklung. Eine Längsschnittstudie*. Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie; 1988.
- Kälin W, Semmer NK, Elfering A, Tschan F, Dauwalder J-P, Heunert S, Crettaz von Roten F. Work characteristics and well-being of Swiss apprentices entering the labor market. *Swiss Journal of Psychology* 2000;59:272-290.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- Litt IF. Parents are "in" again. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:59.
- Neuenschwander MP, Herzog W, Holder M. *Schulkontext und Identitätsentwicklung im Jugendalter*. Forschungsbericht Nr. 22, Institut für Pädagogik der Universität Bern; 2001.
- Raiha NK., Soma DJ. Victims of child abuse and neglect in the US army. *Child Abuse & Neglect* 1997;21:759-768.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Ireland M, Bearinger LH, Udry RJ. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association* 1997;278:823-832.
- Rokach A, Bauer N, Orzeck T. The experience of loneliness of Canadian and Czech youth. *Journal of Adolescence* 2003;26 :267-282.

Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science and Medicine* 2004;58:1461.

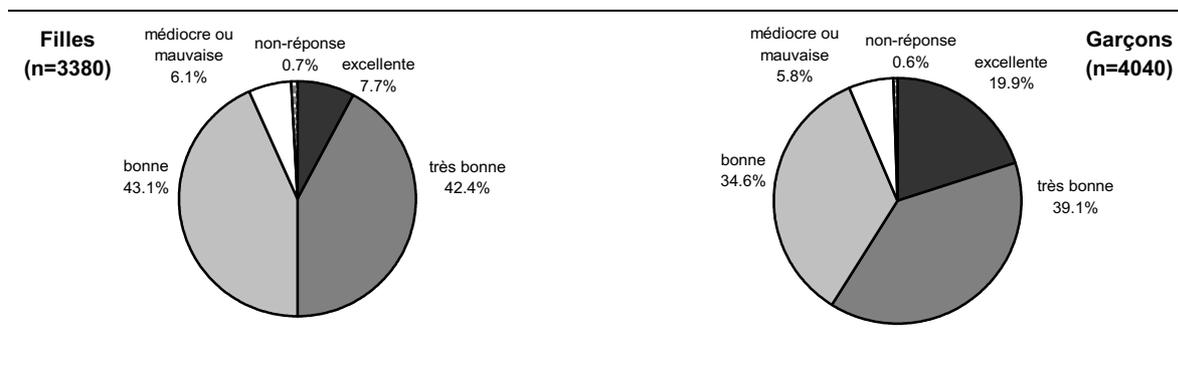
Vuille J-C, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health* 2001;11:287-293.

Vuille J-C, Schenkel M. Psychosocial determinants of smoking in Swiss adolescents with special reference to school stress and social capital in schools. *Sozial- und Präventivmedizin* 2002;47:240-250.

### 3.3 SANTE GENERALE ET SANTE MENTALE

#### 3.3.1 Santé somatique et besoins de santé

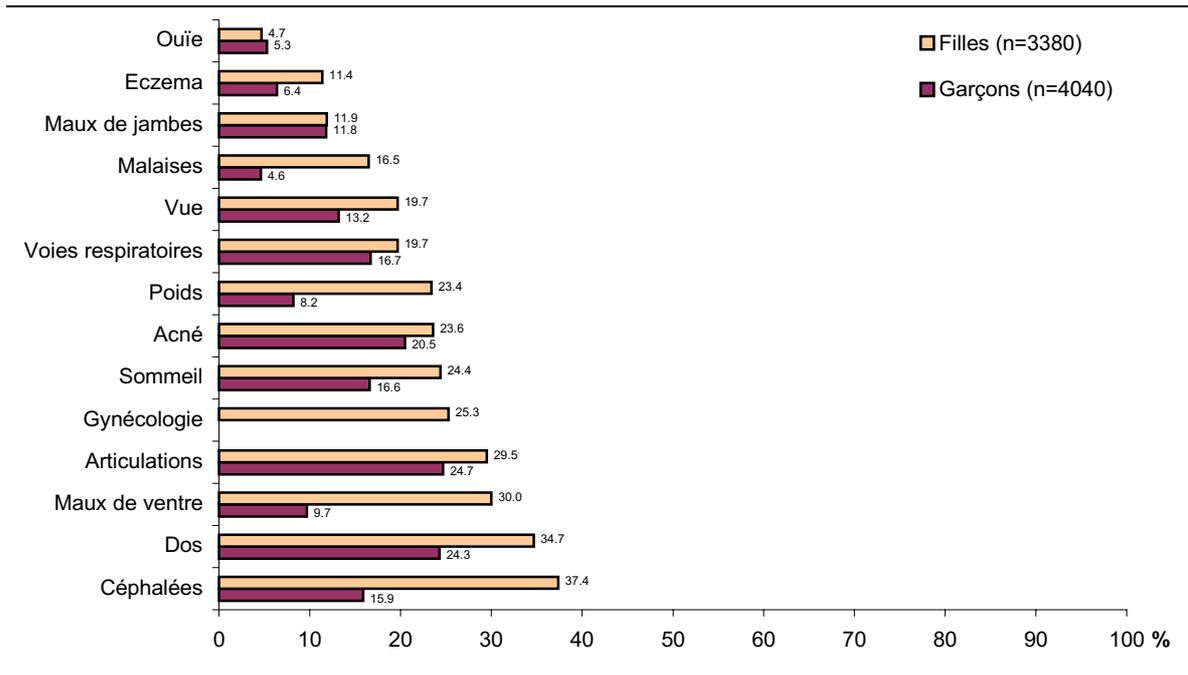
Au delà des visions stéréotypées souvent diffusées par les médias, les adolescents n'ont pas tous le même profil de santé (Deschamps, 1987) : beaucoup se sentent en bonne santé et laissent paraître leur joie de vivre et les espoirs qu'ils incarnent. Une partie non négligeable d'entre eux vivent cependant, de façon transitoire ou durable, des maux, des soucis, des passages difficiles pour lesquels ils vont devoir trouver des ressources et des remèdes, en eux-mêmes ou grâce à leurs proches. Le présent chapitre apporte une première analyse de la manière dont les jeunes eux-mêmes perçoivent leur santé, des questions ou problèmes pour lesquels ils souhaitent trouver des réponses ainsi que les personnes auprès desquelles ils trouvent le plus facilement du soutien pour résoudre leurs difficultés de santé. De fait, les résultats de la question qui ouvrait le questionnaire (voir annexe) pourraient laisser penser que les adolescents se sentent essentiellement en bonne santé (Graphique 3.3-1).



**Graphique 3.3-1** Proportions de jeunes qui se déclarent en bonne ou mauvaise santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q1)

On le voit, seule une minorité (environ 6%) des répondants pensent que leur santé est médiocre ou mauvaise. Comme c'est le cas dans d'autres enquêtes similaires, les garçons ont tendance à estimer leur santé ainsi dans une moindre proportion que les filles ( $p < .001$ ). Il existe aussi des différences marquées entre filles et garçons selon l'âge : ainsi, alors que l'appréciation de la santé n'évolue pas avec l'âge chez les garçons, les filles plus âgées sont proportionnellement plus nombreuses à se considérer en médiocre santé que les filles plus jeunes (filles 16 ans : 3.5% ; filles 20 ans : 7.5%).

On pourrait donc déduire de ce graphique que les adolescents ne ressentent guère de problèmes et se trouvent pour la plupart bien dans leur peau. L'examen du Graphique 3.3-2 nuance cette impression. Alors que la majorité des adolescents se disent globalement en bonne santé, une proportion significative d'entre eux déclarent rencontrer assez souvent, ou très souvent, des problèmes dans différents domaines.

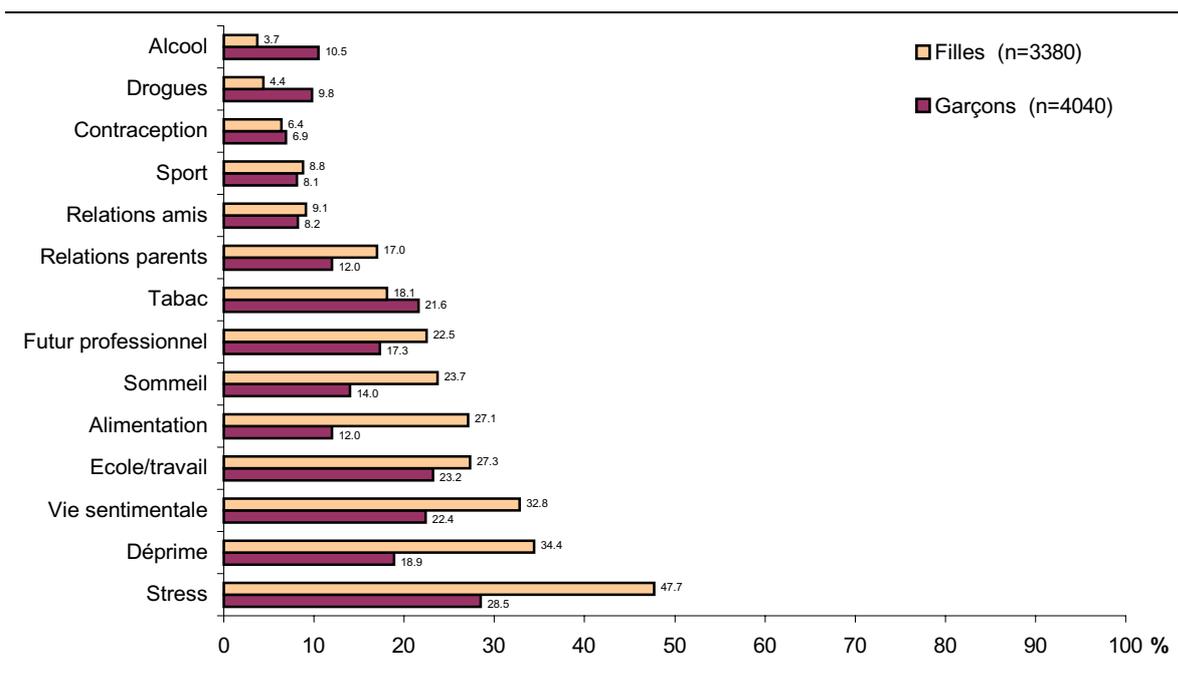


**Graphique 3.3-2** Proportions de jeunes qui disent rencontrer souvent ou très souvent divers problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q36, Q37)

D'une façon générale, les filles rapportent plus de problèmes que les garçons, dans des proportions qui sont souvent statistiquement significatives. Les maux de dos, de jambes, les malaises sont plus fréquents chez les apprentis que chez les élèves. On peut faire l'hypothèse que les contraintes physiques liées à diverses professions, notamment durant la première année d'apprentissage, expliquent un tel décalage : longues stations debout chez les vendeuses, positions accroupies et port de charges importantes dans certains métiers du bâtiment. Les symptômes que l'on pourrait qualifier de fonctionnels, tels que malaises, maux de ventre, céphalées, sont également fréquents, surtout chez les répondantes de sexe féminin : ainsi presque une fille sur deux se plaint de ressentir souvent ou très souvent des céphalées, des maux de dos ou des maux de ventre. L'acné, de même que les symptômes respiratoires (principalement de type allergique) touchent un jeune sur cinq, filles et garçons dans des proportions grossièrement similaires. Les problèmes de vue (myopie, astigmatisme, etc.) sont aussi relativement fréquemment signalés puisqu'ils touchent une fille sur cinq et un garçon sur huit. Enfin, un quart des répondantes signalent des problèmes gynécologiques survenant souvent à très souvent.

Signaler des problèmes de santé ne signifie pas nécessairement en souffrir réellement dans la vie de tous les jours. Des troubles modérés de la vue, une acné peu sévère, une fatigue des jambes peut faire partie du lot de modestes tourments avec lesquels chaque individu compose. Afin de pouvoir cerner de façon plus précise l'impact de certains tracas de santé dans la vie quotidienne, une autre question proposait aux répondants une liste d'items pour lesquels ils estimaient avoir besoin d'une aide personnelle. Cette liste comprenait intentionnellement non seulement des gênes d'ordre physique mais aussi des aspects relevant du bien-être, de la santé mentale et relationnelle. Le Graphique 3.3-3 démontre qu'une proportion importante des répondants identifient des secteurs de leur santé au sens global du terme pour lesquels *ils auraient besoin d'un appui*.

### 3.3 Santé générale et santé mentale



**Graphique 3.3-3** Proportions de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre divers problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q45)

Ces résultats incitent à nuancer l'image positive donnée par le Graphique 3.3-1 et appellent plusieurs commentaires :

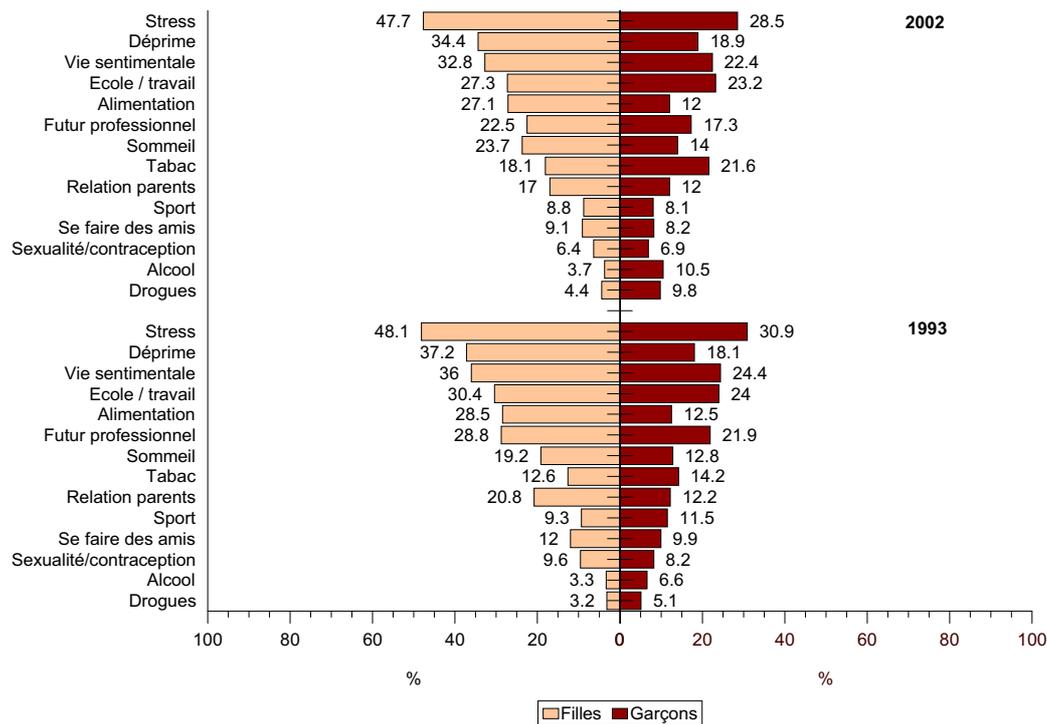
- Ils soulignent l'importance des problèmes de nature psychosociale et relationnelle, puisque viennent en tête des thèmes comme celui du stress et de la déprime. On pourra objecter que le terme de «stress» est sujet à des interprétations variées selon les individus ; il faut retenir de ces chiffres (une fille sur deux et un garçon sur trois qui répondent positivement à cet item) que les adolescents se trouvent démunis quant à la manière de faire face aux exigences que leur impose la vie courante et que, si le niveau «objectif» de stress auquel il font face pourrait être considéré comme acceptable, il n'empêche que beaucoup de jeunes ne savent pas vraiment comment y réagir. La proportion importante de jeunes qui se sentent par moment suffisamment déprimés pour avoir besoin d'un soutien est elle aussi impressionnante. Comme nous l'avons relevé précédemment, cette aide ne doit pas nécessairement prendre la forme d'un traitement médical, une partie de ces jeunes faisant probablement allusion dans leur réponse à l'absence d'un soutien de la part de leur entourage. On verra plus loin l'appui que les adolescents recherchent auprès de diverses personnes de leur entourage.
- Le Graphique 3.3-3 met en lumière à nouveau des différences marquées de perception entre filles et garçons : il n'y a guère que dans le domaine de l'abus de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illégales) que les pourcentages de jeunes souhaitant une aide sont plus importants chez les garçons. Pour le reste, les filles sont systématiquement plus nombreuses à ressentir un besoin d'aide personnelle. Tout se passe comme si les jeunes de sexe féminin étaient plus capables de prendre conscience et d'exprimer leurs besoins de santé et leurs questionnements dans le domaine psychologique. Dans le domaine de l'alimentation (chapitre 3.3.4), les différences entre filles et garçons sont particulièrement marquées.

- Alors que bien des adultes identifient le recours aux substances psychoactives comme un problème majeur chez les adolescents, on peut s'interroger sur le fait que les thèmes de l'abus d'alcool et de drogues viennent en fin de liste tant chez les filles que les garçons. Les chiffres de ce graphique nous signalent opportunément que les jeunes identifient comme problèmes le stress et la déprime, la consommation de substances n'étant en définitive qu'un symptôme de malaise. En d'autres termes, c'est aux racines des comportements déviants qu'il faut s'attaquer et non à leurs conséquences.

Les analyses de besoins d'aide par tranches d'âge démontrent quelques tendances significatives. Ainsi, les problèmes relationnels avec les parents tendent à diminuer légèrement avec le temps, ce qui paraît assez logique : les jeunes de 19 ans, déjà largement émancipés, entrent moins en conflit avec leurs géniteurs qu'à l'âge de 15 ou 16 ans. Les problèmes de stress et les interrogations par rapport au futur, eux, tendent à être plus fréquents parmi les répondants plus âgés. Il y a également quelques différences significatives entre apprentis et élèves, notamment le fait qu'une proportion plus importante d'apprentis demandent de l'aide dans le domaine des consommations : tabac, alcool et drogue. Cela peut être lié au fait qu'une proportion plus élevée d'entre eux (tant chez les filles que les garçons) consomment de telles substances (chapitre 3.4). En revanche, les élèves sont proportionnellement plus nombreux que les apprentis à se faire du souci pour leur avenir professionnel, ce que l'on peut comprendre en partie du fait que le choix de leur métier est encore devant eux.

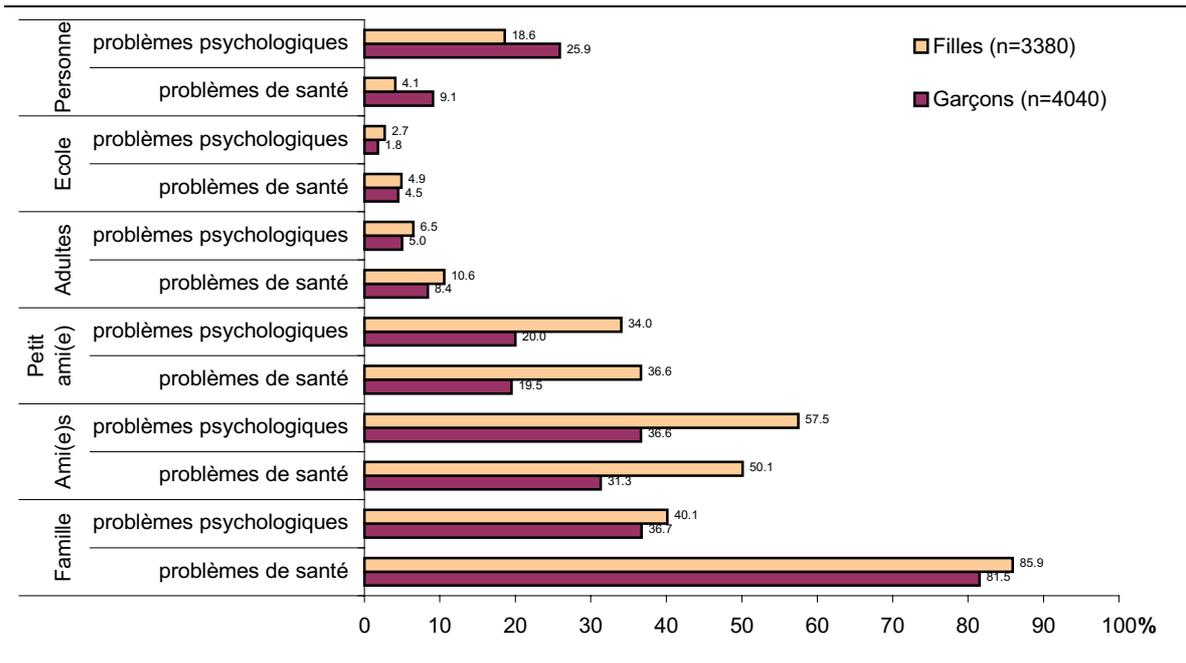
Dans quelle mesure la situation a-t-elle changé depuis une dizaine d'années ? Le Graphique 3.3-4 propose une ébauche de réponse à cette interrogation et montre que les domaines dans lesquels on observe une évolution sont essentiellement celui de l'avenir professionnel (paradoxalement une diminution de demande d'aide), mais aussi ceux de la consommation de tabac et de l'usage de drogue pour lesquels un pourcentage nettement plus important de jeunes, surtout de garçons, demandent une aide personnelle. D'une façon générale, les différences entre les résultats de l'étude SMASH 1993 et ceux de l'étude actuelle sont étonnamment ténues. L'importance respective des thèmes reste sensiblement la même.

### 3.3 Santé générale et santé mentale



**Graphique 3.3-4** Proportions de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre divers problèmes de santé, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q45)

Auprès de qui les jeunes cherchent-ils une aide en cas de problème ? Le Graphique 3.3-5 donne un aperçu des personnes vers qui se tournent le plus volontiers les adolescents lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé, soit de nature physique, soit de nature psychologique. Comme on le voit, même entre 16 et 20 ans, la famille représente de loin la ressource la plus importante, tant pour les filles que pour les garçons, surtout en ce qui concerne les questions de santé en général, d'ordre somatique avant tout. Pour les difficultés de nature psychologique, les garçons et surtout les filles se tournent volontiers vers le groupe des pairs ou vers la/le petit(e) ami(e). Enfin, une proportion substantielle de jeunes, surtout des garçons, n'identifient aucune personne de leur entourage avec qui aborder leurs tourments personnels : une fille sur cinq et un garçon sur quatre ne parlent avec personne de leurs problèmes psychologiques. C'est souligner la solitude dans laquelle certains répondants se trouvent. Ce point est abordé en détail au chapitre 3.2.



Graphique 3.3-5 Proportions de jeunes qui disent avoir recours à différents partenaires pour les aider à résoudre leurs problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q38)

En résumé, le regard que les jeunes portent sur leur santé est marqué d'un paradoxe : alors que la majorité s'estime globalement en bonne santé, une analyse plus fine par champ thématique fait apparaître des besoins importants, notamment dans le champ de la santé mentale et relationnelle. Par ailleurs, les résultats rappellent une différence majeure entre filles et garçons : ainsi, nouveau paradoxe, si la proportion de répondants identifiant des problèmes psychologiques est plus importante parmi les filles (Graphique 3.3-3), la proportion de jeunes qui n'en parlent à personne est, elle, plus importante chez les garçons (Graphique 3.3-5). Les filles semblent avoir davantage conscience de leurs besoins de santé et poser plus facilement les questions qui les préoccupent. Les études effectuées auparavant (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Narring et al., 1994; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) démontrent avec régularité ces mêmes différences et ces mêmes paradoxes : une proportion importante de jeunes s'estimant en bonne santé (entre 90% et 95% en règle générale) mais une minorité de jeunes de l'ordre de 20% à 30% faisant part de difficultés non négligeables dans toutes sortes de domaines. En outre, beaucoup d'études soulignent que certains jeunes tendent à cumuler les difficultés de divers ordres (Jessor, 1991; Jessor & Jessor, 1977).

Les implications de ces résultats sont multiples :

- Tout d'abord, même si la proportion de répondants signalant des problèmes est importante, il ne faut pas surestimer les difficultés auxquelles ils font face dans le domaine de leur santé : la majorité d'entre eux passent ce cap de leur existence sans rencontrer d'obstacle majeur et il faut éviter de faire de l'adolescence une maladie.
- Une proportion significative de jeunes identifient dans leur entourage des personnes (adultes, jeunes du même âge) sur lesquelles ils peuvent compter en cas de problème. C'est insister sur l'extrême valeur du lien, des relations dans le maintien de la santé, comme le soulignent d'ailleurs les travaux consacrés à la résilience (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Michaud, 1999; Resnick, 2000; Resnick, Bearman, & Blum, 1997).

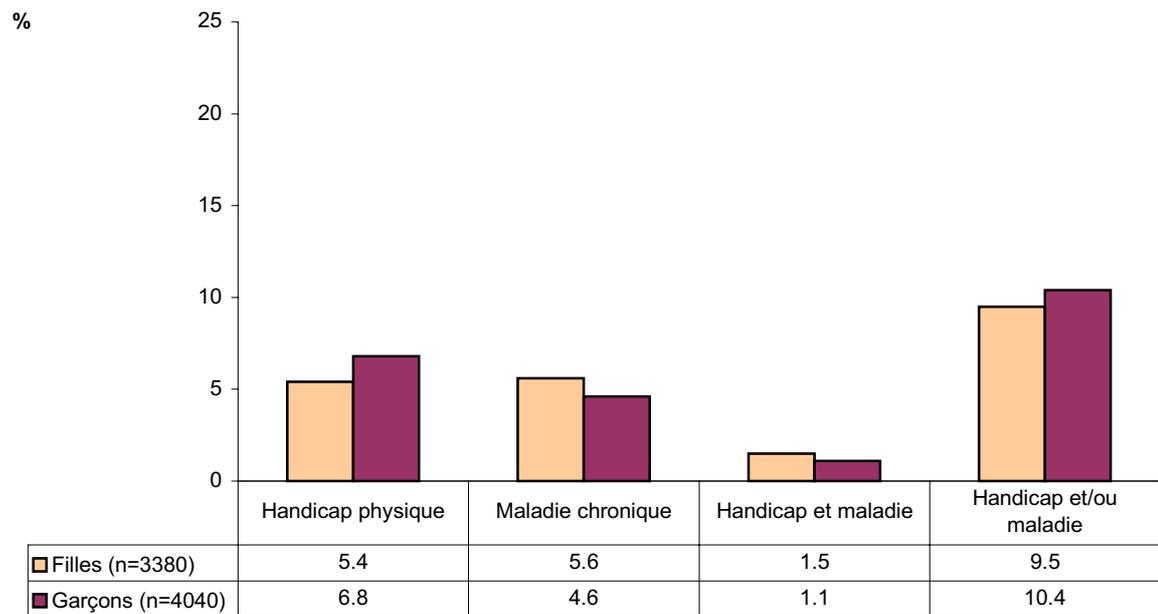
### 3.3 Santé générale et santé mentale

- Les différences de perception de la santé et des problèmes de santé entre filles et garçons soulignent l'importance d'une approche différenciée selon le sexe, comme de plus en plus de responsables de santé publique le proposent dans la perspective des «gender issues» (Kolip, 1997; Meier, 2003). Tant l'abord individuel de certaines problématiques que la conception des programmes de prévention pourraient utilement prendre en compte les spécificités des filles et des garçons.

#### 3.3.2 Affection chronique et handicap

Il est difficile de connaître la prévalence des maladies chroniques parce que celle-ci varie selon la définition utilisée. Il faut donc tenir compte aussi du fait que les réponses peuvent être soumises à un biais de déclaration ou de perception de la part des répondants. Dans le questionnaire, on définissait le terme handicap physique (question 39) comme « une lésion qui atteint l'intégrité de votre corps et limite son fonctionnement » et maladie chronique (question 40) comme « une maladie qui dure au moins 6 mois et qui peut nécessiter des soins réguliers ». Plusieurs études ont été menées au moyen de questionnaires auto-administrés auprès de diverses populations d'adolescents scolarisés et utilisant grossièrement le même type de définition. Dans ces études, près du 10% des adolescents déclarent souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap (Choquet & Ledoux, 1994; The McCreary Centre Society, 1994; Miauton, Narring, & Michaud, 2003). Il faut tout de même tenir compte du fait que ces enquêtes n'incluent pas les adolescents dont la sévérité de la maladie ne leur permet pas de poursuivre leurs études ni ceux qui sont dans des institutions spécialisées. De fait, il est fort probable que la prévalence des maladies chroniques soit sous-estimée dans les enquêtes menées en population scolaire (Suris, 2003).

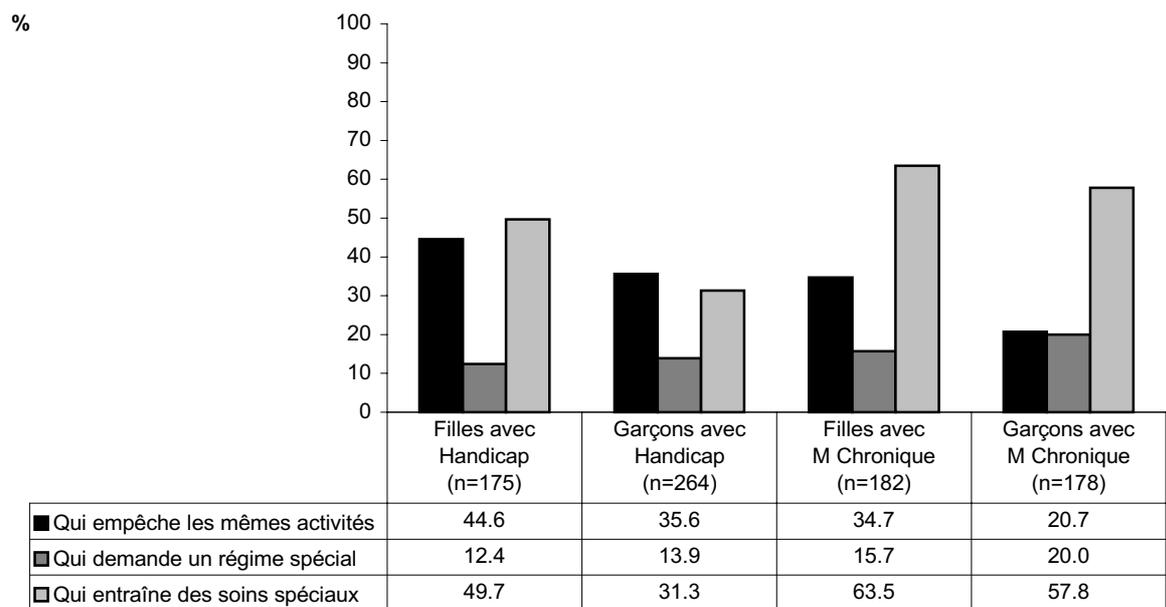
Le Graphique 3.3-6 montre que globalement, 9.5% des filles et 10.4% des garçons disent souffrir d'une maladie chronique et/ou d'un handicap, taux semblables à ceux décrits en France (Choquet & Ledoux, 1994) et au Canada (The McCreary Centre Society, 1994), et dans l'étude de 1993 (Miauton et al., 2003). Il semble bien que le taux d'affections chroniques parmi les adolescents suisses reste stable. On trouve significativement plus de garçons (6.8%) que de filles (5.4%) qui disent avoir un handicap physique, tandis qu'il y a plus de filles (5.6%) que de garçons (4.6%) qui disent souffrir d'une maladie chronique, bien que cette différence ne soit pas significative. La proportion de filles et de garçons qui déclarent souffrir à la fois d'un handicap physique et d'une maladie chronique est de 1.5% et 1.1%, respectivement.



**Graphique 3.3-6 Proportions des jeunes qui déclarent avoir un handicap physique et/ou une maladie chronique, selon le sexe (SMASH 2002, Q39, Q40)**

Dans près de 40% des cas, tant chez les filles que chez les garçons, le handicap est dû à un problème de naissance, dans un tiers des cas à un accident et chez un quart des filles et un cinquième des garçons à une maladie.

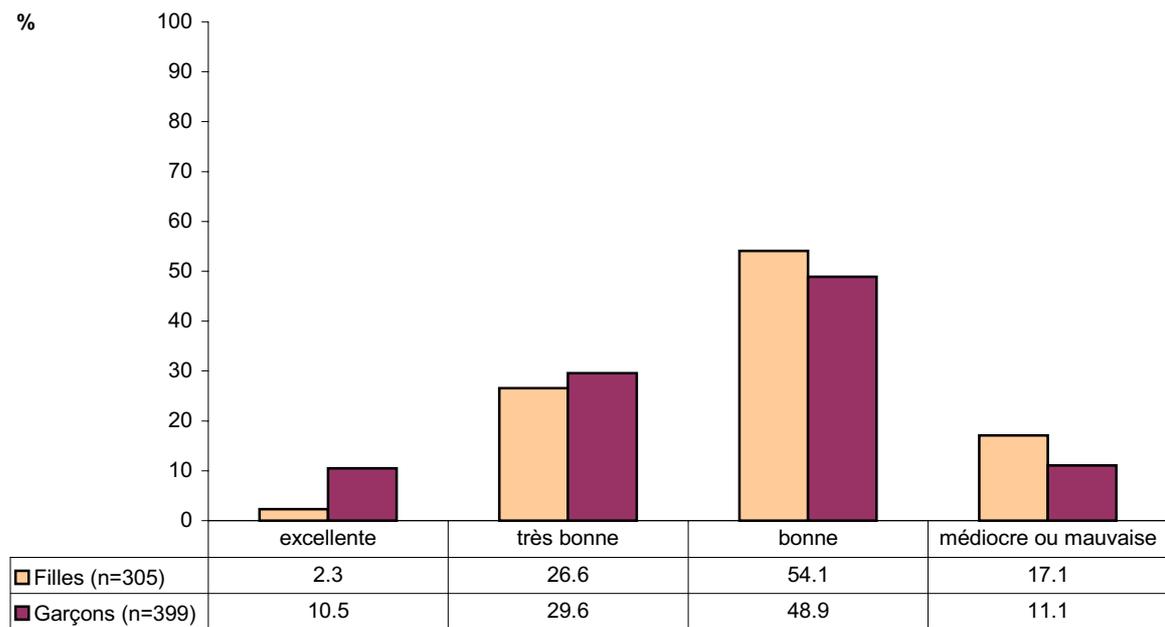
Une proportion non négligeable (entre 10% et 20% selon le cas) des jeunes souffrant d'un handicap physique ou d'une maladie chronique ont besoin d'un régime spécial, un appareillage ou de l'aide d'autres personnes pour accomplir leurs activités quotidiennes. Près des deux tiers de ceux qui présentent une maladie chronique plus un tiers des garçons et la moitié des filles ayant un handicap ont besoin de soins spéciaux. Plus important encore à leur âge, entre 20% et 45% de ces adolescents indiquent qu'ils ne peuvent pas participer au même type et/ou la même quantité d'activités que les autres jeunes (Graphique 3.3-7).



**Graphique 3.3-7** Proportions de jeunes indiquant les limitations imposées par leur handicap physique ou leur maladie chronique, selon le sexe (SMASH 2002, Q39, Q40)

Ainsi, au cours de la dernière année écoulée presque la moitié des filles et un tiers des garçons souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap ne sont pas allés à l'école une fois par mois ou plus souvent à cause de leur affection. Ces proportions sont significativement plus élevées que chez les adolescents sains (filles : 26.9% ; garçons : 23.6%). Certains auteurs (The McCreary Center Society, 1994 ; Charlton & Meller, 1991) ont indiqué que les adolescents souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap manquent plus de jours d'école que leurs camarades sains, compte tenu des complications somatiques et des traitements liés à leur affection de base. On pourrait faire l'hypothèse que cet excès d'absentéisme est également dû à des problèmes psychologiques et sociaux liés à leur maladie ou handicap (Miauton & all, 2003).

Le Graphique 3.3-8 montre que si la plupart des jeunes souffrant d'une affection chronique se déclarent en bonne ou excellente santé, la proportion de ceux qui disent avoir une santé médiocre ou mauvaise (17% des filles et 11% des garçons) est beaucoup plus élevée que parmi les adolescents sains (6% d'entre eux seulement déclarent avoir une santé médiocre ou mauvaise ; voir chapitre 3.3.1). Près de neuf adolescents sur dix souffrant d'une affection chronique ont été en consultation auprès d'un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois contre trois quarts seulement de leurs pairs sains. Comme on pouvait s'y attendre, ces jeunes sont également plus nombreux (filles : 71.5% ; garçons : 55.2%) à avoir été en consultation auprès d'un médecin spécialiste que les adolescents sains (filles : 33.6% ; garçons : 30.4%). De plus, près d'un quart de ces jeunes ont été hospitalisés au cours des 12 derniers mois (contre 10% des adolescents sains), et parmi ceux-ci, 40% plusieurs fois (contre 17.1% des filles et 21.7% des garçons sains).



**Graphique 3.3-8** Proportions de jeunes souffrant d'une maladie chronique et/ou d'un handicap physique qui se déclarent en bonne ou mauvaise santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q1)

En résumé, un adolescent sur dix environ déclare souffrir d'une maladie chronique et/ou d'un handicap physique. Cette proportion est d'autant plus importante qu'elle ne reflète que celle des adolescents qui peuvent aller à l'école et constitue donc une sous estimation de la situation dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, on peut imaginer qu'à l'avenir, cette proportion soit appelée à augmenter encore étant donné que de plus en plus de jeunes survivent à des affections autrefois fatales. Cette situation évolutive appelle deux types de réponses, l'une de la part des professionnels de la santé, l'autre de la part de l'école :

- Ces jeunes déclarent plus souvent être en mauvaise santé, sont plus fréquemment hospitalisés, et manquent plus de jours d'école ou de travail que les sujets sains du même âge. Il importe que les structures éducatives trouvent des moyens de minimiser l'impact des soins sur les apprentissages scolaires. Par ailleurs, l'intégration de ces adolescents dans le milieu de l'école mérite d'être poursuivie en améliorant l'information du corps enseignant et des élèves en matière d'affection chronique (McCarthy A & al, 1996).
- Plusieurs études indiquent en outre que le fait de souffrir d'une affection chronique ne constitue pas un facteur de protection par rapport aux conduites exploratoires ou aux prises de risque (The McCreary Centre Society, 1994 ; Suris et al., 1996; Alderman et al., 1995 ; Choquet et al., 1997 ; Forero et al., 1996 ; Miauton & al, 2003). Il est donc important de ne pas oublier que, quelle que soit leur affection chronique, ils sont des adolescents comme les autres qui ont besoin de la même guidance anticipatoire et préventive que leurs pairs. Cela implique une meilleure formation des spécialistes en matière de prise en charge globale et une collaboration renforcée entre les équipes de soins des spécialités et les médecins de premier recours, y compris, au besoin, les pédo-psychiatres.

### 3.3.3 Syndrome menstruel

Les médecins et surtout les infirmières scolaires soulignent le nombre de consultations motivées par des difficultés pendant la période des règles parmi les adolescentes. Ces maux seraient à l'origine d'un

### 3.3 Santé générale et santé mentale

nombre important d'heures et de jours d'absentéisme scolaire pour ces jeunes filles, comme en témoigne une étude britannique qui fait état de 42% des jeunes filles manquant l'école, le travail ou une autre activité en raison de dysménorrhée (Harlow, 1996). La fréquence de ces plaintes et la gêne occasionnée pour les adolescentes nous a incités à poser des questions dans l'étude de 2003 qui ne figuraient pas dans l'étude précédente.

La dysménorrhée consiste en une douleur abdominale à type de crampe basse ou lombaire qui survient pendant les 3 premiers jours des menstruations. Elle peut débuter un ou deux jours avant le début des règles et s'accompagner d'un syndrome prémenstruel avec nausée, céphalée, prise de poids, diarrhée, chaleur, malaise etc. Elle est liée à la production d'hormones (les prostaglandines) durant les menstruations. Ces hormones provoquent des contractions de l'utérus et se retrouvent à des taux plus élevés parmi les jeunes filles souffrant de dysménorrhée, sans qu'il y ait d'anomalie organique. Les symptômes de la dysménorrhée apparaissent en général au cours de l'année suivant les premières règles et ont tendance à augmenter pendant les 5 années suivantes.

Seules 4.9% des filles [n=3385] ne signalent aucun symptôme de dysménorrhée au cours des 12 derniers mois : 6% des apprenties et 3.1% des élèves. La fréquence et le cumul des symptômes paraissent relativement élevés puisque 45% des filles signalent entre 1 et 5 symptômes et que plus de la moitié (54.8%) signalent plus de 3 symptômes (4 et plus) [n=3385]. Une jeune fille sur 6 (17.0%) déclare de 7 à 12 symptômes. Les symptômes les plus fréquemment associés aux douleurs sont la fatigue, la mauvaise humeur ou la dépression. Le Tableau 3.3-1 donne les fréquences de symptômes déclarés par les jeunes filles. On ne note que peu de différences entre apprenties et élèves et pas de différences significatives selon l'âge, en particulier parmi les jeunes filles qui signalent plus de 6 symptômes.

Ces troubles ne sont pas sans conséquence sur la vie quotidienne de ces jeunes filles. Le Tableau 3.3-2 montre que environ une fille sur cinq se sent limitée à un moment ou à un autre dans ses activités scolaires et professionnelles ou dans ses activités sociales. L'impact le plus important se porte sur la pratique sportive : plus d'une fille sur trois est amenée à renoncer parfois ou presque toujours aux activités sportives. Ces conséquences entravent visiblement la pratique régulière d'un sport et on peut penser que cette gêne décourage la pratique sportive parmi les jeunes filles de 16 à 20 ans.

Pour calmer la dysménorrhée ou tenter d'atténuer la gêne, une fille sur deux prend des médicaments : au cours des 12 derniers mois, 32% des filles ont parfois pris des médicaments pour cette dysménorrhée et 12.9% en ont pris souvent ou toujours (pas de différence selon la filière de formation). Au cours de cette même période, 11.9% des apprenties et 8.2% des élèves ont consulté un médecin pour ces problèmes.

	Jamais		Parfois		Presque toujours	
	apprenties (%)	élèves (%)	apprenties (%)	élèves (%)	apprenties (%)	élèves (%)
Vous vous sentez bien et vous avez des activités normales	12.6	8.0	39.7	36.9	45.6	53.8
Vous avez mal au ventre ou au dos	14.2	11.6	47.8	51.9	36.8	35.6
Vos seins sont douloureux	58.3	64.4	29.1	24.9	11.0	9.8
Vous vomissez ou vous avez des problèmes intestinaux	89.1	89.9	6.5	6.9	2.5	2.2
Vous vous sentez faible ou fatiguée	36.0	37.0	48.6	50.0	13.8	12.2
Vous vous évanouissez	89.7	92.8	6.6	5.0	1.5	1.1
Vous vous sentez de mauvaise humeur ou vous avez des sautes d'humeur	29.2	28.5	48.6	52.6	20.7	17.9
Vous vous sentez déprimée	57.7	55.8	31.8	35.6	9.1	7.6

\* apprenties : n = 2133 ; élèves : n = 1252

**Tableau 3.3-1** Pourcentages de filles signalant divers symptômes de dysménorrhée selon leur fréquence au cours des 12 derniers mois, par filière de formation (SMASH 2002, Q64)

	Jamais		Parfois		Presque toujours	
	apprenties (%)	élèves (%)	apprenties (%)	élèves (%)	apprenties (%)	élèves (%)
Vous devez rester à la maison	82.6	82.6	13.6	14.3	2.3	2.0
Vous limitez vos activités sportives	63.5	63.7	26.0	28.4	7.9	6.5
Vous vous sentez limitée dans vos activités sociales	78.8	77.4	15.3	19.3	3.0	2.2
Vous vous sentez limitée dans vos activités scolaires et/ou professionnelles	76.3	79.9	18.8	16.8	2.8	2.2

\* apprenties : n = 2133 ; élèves : n = 1252

**Tableau 3.3-2** Pourcentages de filles signalant diverses conséquences de la dysménorrhée sur les activités quotidiennes selon leur fréquence au cours des 12 derniers mois, par filière de formation (SMASH 2002, Q64)

La dysménorrhée est peu étudiée dans les enquêtes de population auprès des adolescents en Europe ; on trouve cependant quelques études qui rapportent des prévalences similaires à nos résultats, de 45 à 70 % parmi les jeunes filles de moins de 20 ans (Neinstein 2002 ; Klein, 1981 ; Robinson, 1989).

Devant ce constat : que faire ? L'information des jeunes et des personnes qui les entourent semble primordiale pour permettre l'acceptation de troubles parfois difficiles à dévoiler. On peut penser que, pour les jeunes filles, la dysménorrhée est une occasion d'apprentissage de la gestion de la douleur. La panoplie des solutions existantes est loin d'être idéale : une bonne gestion du sommeil et du rythme de vie, des méthodes de relaxation et une activité sportive régulière pourraient diminuer les inconvénients de la dysménorrhée. Le traitement médicamenteux n'est pas la seule solution, mais peut être très utile

### 3.3 Santé générale et santé mentale

s'il est dosé de façon adéquate. La formation des médecins est, en la matière, indispensable puisque de nombreuses jeunes filles les consultent. La sensibilisation des enseignants pourraient permettre d'améliorer l'accueil de ces jeunes filles à l'école et au travail et l'acceptation de leurs troubles pour qu'elles puissent mieux gérer leurs difficultés.

#### 3.3.4 Image corporelle et conduites alimentaires

##### 3.3.4.1 Image du corps

L'image du corps est une facette particulièrement importante de la perception de soi (Harter, 1990), surtout à l'adolescence. De nouvelles expériences liées au développement corporel, aux sentiments amoureux et aux idées qu'on se fait de l'attraction physique placent le corps au centre de l'attention. Les jeunes sont aussi le public cible favori de l'industrie de la mode et différentes sources les renseignent sur l'aspect qu'ils devraient avoir (Flammer & Alsaker, 2002).

Dans les pays industrialisés occidentaux, un idéal de minceur exerce clairement son dictat sur les femmes. Or, la plupart des intéressées ne peuvent l'atteindre en se nourrissant normalement, ce qui se reflète dans l'insatisfaction très répandue des jeunes femmes au sujet de leur corps (Alsaker, 1995; Devaud, Michaud, & Narring, 1994; Fombonne, 1995).

Dans notre étude, nous avons demandé aux jeunes s'ils étaient satisfaits de leur apparence et s'ils auraient aimé la changer peu ou prou. Un index de satisfaction a été constitué sur la base de ces deux questions (Alsaker, 1992). Les réponses des filles étaient nettement moins positives que celles des garçons. En valeurs relatives, 40% des filles et 17.5% des garçons étaient insatisfaits de leur aspect et de leur corps et ce, indépendamment de l'âge et de la formation.

##### 3.3.4.2 Le poids et le souci de la ligne

La recherche nous a appris que les filles sont spécialement insatisfaites de leur poids, comme le prouvent déjà des études datant des années septante (par ex., Nylander, 1971). Nous avons en outre pu déduire d'études plus récentes qu'environ un tiers des jeunes filles de plusieurs pays se préoccupent beaucoup de leur poids, contre environ 10% des garçons (Huon, 1994; Wichstrøm, 1995). Près de 15% des filles de 13 à 18 ans et 2% à 5% des garçons ont même peur de prendre du poids (Steinhausen, Winkler & Meier, 1997). Mais aujourd'hui, il y a aussi des résultats indiquant que les enfants et les jeunes souffrent davantage d'excès pondéral ou même d'obésité (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002; Woringe, & Schütz, 2003).

Pour des raisons pratiques, les participants à cette étude n'ont pas pu être mesurés et pesés. Nous les avons donc priés d'indiquer eux-mêmes leur taille et leur poids, tout en sachant que les chiffres ainsi obtenus ne donnent qu'une approximation des valeurs objectives. Même si elles sont influencées par les attentes et les souhaits, les valeurs indiquées par les jeunes sont généralement proches des mesures objectives (corrélation de .97 dans l'étude de Brooks-Gunn et al., 1989). Ces données ont été converties en un indice de masse corporelle (IMC: poids / [taille en m]<sup>2</sup>).

D'après les données fournies par les jeunes, l'obésité (IMC  $\geq$  30) n'était pas encore un grand problème dans notre échantillon (1.3%). La proportion de jeunes présentant clairement un excès pondéral (sans pour autant être obèses : IMC= 25 - 29) oscillait entre 4% et 11% selon le sexe et la formation. Il apparaît à l'évidence que les apprentis des deux sexes ont donné nettement plus souvent que les élèves du même âge des indications de taille et de poids correspondant à un IMC supérieur à 25. Une raison possible de ce déséquilibre pourrait être que les apprentis doivent plus souvent manger dehors (cantine, restaurant, en cas sur le pouce ou repas tout prêts et sandwiches) parce que leur lieu de travail est en général plus éloigné de la maison ou que leur temps de pause est plus court. Même si nos données se fondent uniquement sur les affirmations des intéressés, il faudrait s'intéresser à cette différence.

Le poids insuffisant déclaré par certaines filles pose également problème. Environ 20% des filles ont mentionné des valeurs de taille et de poids correspondant à un IMC inférieur à 18.5. Nous devons toutefois traiter ces chiffres avec la plus grande prudence, car les filles ont plutôt tendance à indiquer un poids trop faible (Paxton et al., 1991).

Une autre question importante que nous avons posée aux jeunes concernait leur satisfaction à propos de leur poids. Nous voulions savoir s'ils se trouvaient trop minces, bien ou trop gros.

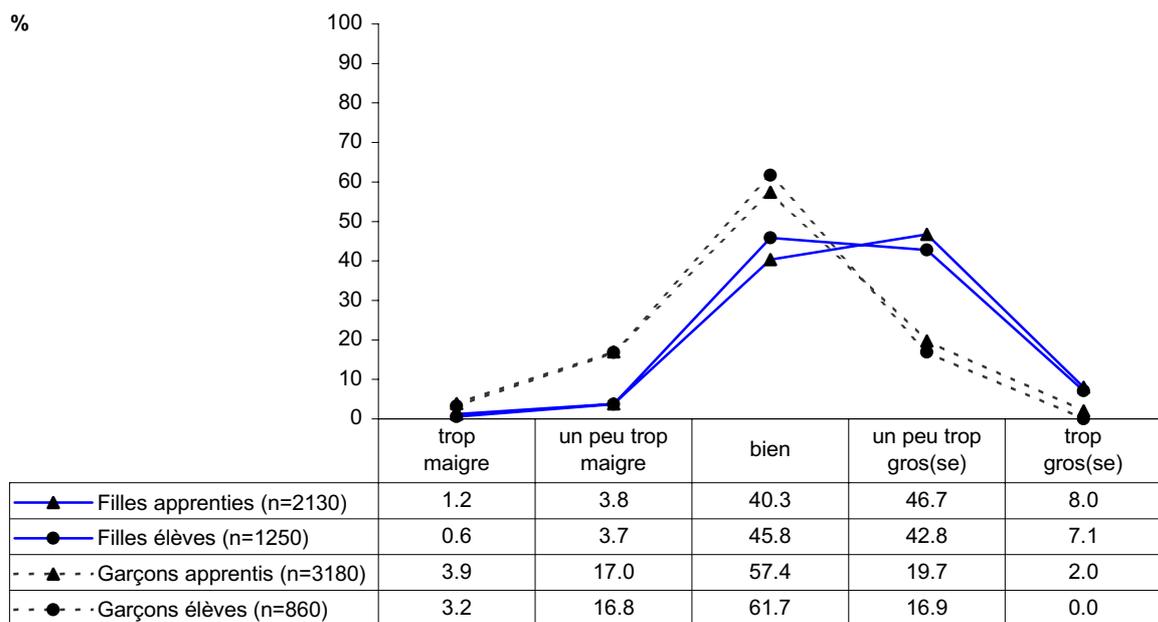
Alors que près de 60% des garçons considèrent leur poids comme convenable, ce n'est le cas que d'environ 40% des filles (Graphique 3.3-9). Comme on pouvait s'y attendre, les filles (un peu plus de la moitié) se trouvent généralement trop grosses. Ce taux correspond aux résultats de la littérature internationale. Dans de nombreuses études, on a en effet découvert qu'entre 50% et 80% des jeunes filles se trouvent trop grosses. Cette proportion a augmenté par rapport à l'étude SMASH d'il y a dix ans. À l'époque, 37% des filles affirmaient en effet qu'elles se sentaient trop grosses (Devaud et al., 1994).

Dans l'étude actuelle, la proportion de garçons qui se trouvent trop gros se situe à 20% et correspond à la recherche internationale (entre 13% et 26% ; Flammer & Alsaker, 2002). Pour les garçons aussi, la proportion est un peu plus haute que voici dix ans, puisqu'en Suisse, les garçons étaient alors 12% à déclarer se sentir trop gros.

Toujours conformément aux attentes, très peu de filles se trouvaient trop minces (5% exactement comme en 1993). Cette impression concernait par contre 21% des garçons, soit nettement plus qu'il y a dix ans, époque où les garçons n'étaient que 8% de cet avis (Devaud et al., 1994).

On peut provisoirement en conclure que les garçons sont moins nombreux qu'il y a dix ans à trouver leur poids convenable. Une très large frange des filles se sentent trop grosses, alors que chez les garçons, nous constatons une insatisfaction croissante dans les deux directions (trop minces et trop gros). Il se pourrait que les jeunes hommes soient aussi plus influencés aujourd'hui par les images idéales de l'homme véhiculées par les médias. En ce sens, ce résultat s'insère à une série d'autres récents démontrant qu'à la puberté, les garçons ont par exemple aussi plus de peine à accepter leurs poils qu'auparavant (Flammer & Alsaker, 2002). Ces tendances correspondent au modèle actuel du torse masculin musclé, mais glabre, des spots publicitaires.

### 3.3 Santé générale et santé mentale



**Graphique 3.3-9** Pourcentages de jeunes qui se sentent trop minces, convenables ou trop gros, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q56)

On a demandé à ces jeunes s'ils ont aussi le souhait de changer quelque chose à leur poids. Alors que la moitié des garçons ont répondu par la négative, 70% des filles ont exprimé le souhait de maigrir (contre 55% en 1993 ; Devaud et al., 1994) et 20% ont même reconnu que cette idée les préoccupe en permanence. Comme on pouvait s'y attendre sur la base d'études antérieures, environ 25% des garçons aimeraient pouvoir prendre un peu de poids, sans toutefois en faire leur souci premier. Il en va de même pour le souhait de perdre du poids (voir Tableau 3.3-3).

Aimeriez-vous modifier votre poids?	Filles (%)		Garçons (%)	
	apprenties n = 2130	élèves n = 1250	apprentis n = 3180	élèves n = 860
Aimerait maigrir sans en faire un souci majeur	48.1	53.4	24.2	20.7
Aimerait maigrir et y pense sans arrêt	23.8	14.0	4.8	2.6
Aimerait prendre du poids sans en faire un souci majeur	5.0	3.8	20.5	22.0
Aimerait prendre du poids et y pense sans arrêt	.9	.8	2.1	1.6
N'aimerait pas modifier son poids	22.2	28.0	48.3	53.2

**Tableau 3.3-3** Pourcentages de jeunes qui aimeraient ou qui n'aimeraient pas modifier leur poids, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q57)

Que font les jeunes qui souhaitent modifier leur poids? Ils ont pu citer plusieurs méthodes. Environ un quart ont affirmé ne rien faire. La majorité des filles et des garçons désireux de perdre du poids ont

déclaré s'y employer par le biais du sport (63.6% et 70%). En 1993, c'était déjà la méthode préférée des filles soucieuses de garder la ligne. Le pourcentage de garçons qui font du sport dans le but de perdre du poids a toutefois explosé (en 1993, ils étaient 38% ; Narring et al., 1994). Il faut saluer le fait que le sport est la méthode préférée des deux sexes. Il est en outre intéressant de relever qu'à peu près 20% des filles et 45% des garçons désireux de prendre du poids font aussi du sport dans ce but. Mais parmi les filles qui ont dit vouloir maigrir, une plus forte proportion (30.6%) ont aussi indiqué suivre un régime, alors que les garçons n'étaient que 20% dans ce cas. Rares étaient ceux qui faisaient un régime spécial dans ce but (4% et 1.4%). Seuls quelques-uns ont aussi mentionné l'usage de médicaments (2% des filles) ou de remèdes naturels. Dans l'ensemble, les filles apprenties ont été nettement plus nombreuses (36.4%) que les élèves (27.3%) à signaler qu'elles avaient déjà fait un régime une fois dans leur vie (y compris celui suivi au moment de l'enquête). Ce n'était le cas que de 9% des garçons.

Le nombre de filles affirmant avoir déjà fait un régime était un peu plus faible que dans des études internationales, européennes aussi bien qu'américaines. Celles-ci rapportent qu'environ 40% des jeunes filles (env. 14 à 17 ans) suivaient un régime le jour de l'enquête. Si on demande à ces filles si elles ont fait un régime au cours de l'année précédente, le chiffre grimpe à 60% (voir par ex. Paxton et al., 1991). Ces hauts taux de prévalence ont même incité quelques auteurs à qualifier de normatif le fait de suivre un régime pour les filles des cultures occidentales (Polivy & Herman, 1987; Strigel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). Dans une étude réalisée voici dix ans sur le stress des élèves en Norvège et en Suisse, 40% des filles des classes de 7<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> ont aussi signalé qu'elles étaient justement en train de perdre du poids (Alsaker, 1997; Lau & Alsaker, 2001). Il se peut toutefois qu'elles l'aient fait par le biais d'autres moyens que les régimes. Les chiffres relatifs au contrôle du poids et à la perte de poids sont généralement très difficiles à comparer, car les méthodes et comportements en la matière sont saisis de façon très hétérogène. Plusieurs études ont déjà révélé que si les régimes n'entraînent pas de problèmes particuliers pour la majorité des filles, les comportements induits par des régimes chroniques peuvent malgré tout être un très fort prédicteur de troubles alimentaires, quand ils se combinent à d'autres facteurs (Huon, 1994; Patton, 1988; Sundgot-Borgen, 1994). L'étude prospective de Patton et de ses collaborateurs (1990) a par exemple démontré que les filles qui ont fait un régime (mais n'avaient aucun trouble alimentaire) ont développé huit fois plus souvent que les autres un tel trouble au cours de l'année qui a suivi.

### 3.3.4.3 Préoccupation relative au poids et à l'alimentation

Il n'est pas réaliste de prétendre diagnostiquer les troubles alimentaires à l'aide d'un bref questionnaire (Devaud, Michaud, & Narring, 1995). A travers quelques questions éprouvées sur certaines idées et expériences en lien avec la nourriture, on peut toutefois déterminer assez précisément dans quelle mesure une personne se meut pour ainsi dire dans une zone à risque. En ce sens, quelques auteurs soulignent le rôle central des idées en question (Garner & Bemis, 1982) et affirment qu'une vision inappropriée des dimensions du corps, de la silhouette, du poids, de l'alimentation et du contrôle de l'alimentation peut conduire à des troubles alimentaires si elle est combinée à un régime. Lau et Alsaker (2001) ont en outre pu démontrer que la combinaison entre une cure d'amaigrissement et une grande quantité d'idées relatives au poids et à la nourriture peut constituer un indice de début de trouble alimentaire.

Dans la présente étude, on a utilisé à cet effet quatre questions qui se sont révélées être de bons indices de comportement alimentaire problématique dans des enquêtes précédentes (Lau & Alsaker, 2000; 2001; Richards, Casper, & Larson, 1990).

Ces questions couvrent les domaines suivants : la peur de prendre du poids, une sensation de laideur quand on a trop mangé, le fait de penser sans cesse à la nourriture et la joie de se sentir l'estomac vide. Des analyses portant sur une combinaison de ces quatre questions révèlent clairement que les filles sont beaucoup plus souvent hantées par ce genre d'idées que les garçons.

Si l'on considère le fait de nourrir toutes ces pensées en même temps plusieurs fois par semaine comme un indice que les jeunes sont très préoccupés par leur poids et leur comportement alimentaire, on constate que c'est le cas chez 13.9% des filles et 1.6% des garçons. Les données montrent en outre

### 3.3 Santé générale et santé mentale

que 2.3% des filles connaissent même tous les jours chacun des quatre soucis mentionnés. Sur la base de recherche antérieure (Lau & Alsaker, 2001), nous pouvons émettre l'hypothèse que ces filles ont un comportement alimentaire et un rapport à leur corps tellement perturbés qu'elles auraient besoin d'aide pour se sortir de ce cercle négatif.

Sur le plan diagnostique, on distingue deux catégories principales de troubles alimentaires: l'anorexia nervosa (anorexie) et la bulimia nervosa (boulimie). Si l'anorexia nervosa se définit surtout par un apport réduit de nourriture, une pulsion à engloutir de grandes quantités de nourriture (crises de boulimie) et des formes extrêmes de régulation du poids caractérisent la bulimia nervosa (Flammer & Alsaker, 2002; Hoffmann-Müller & Amstad, 1995).

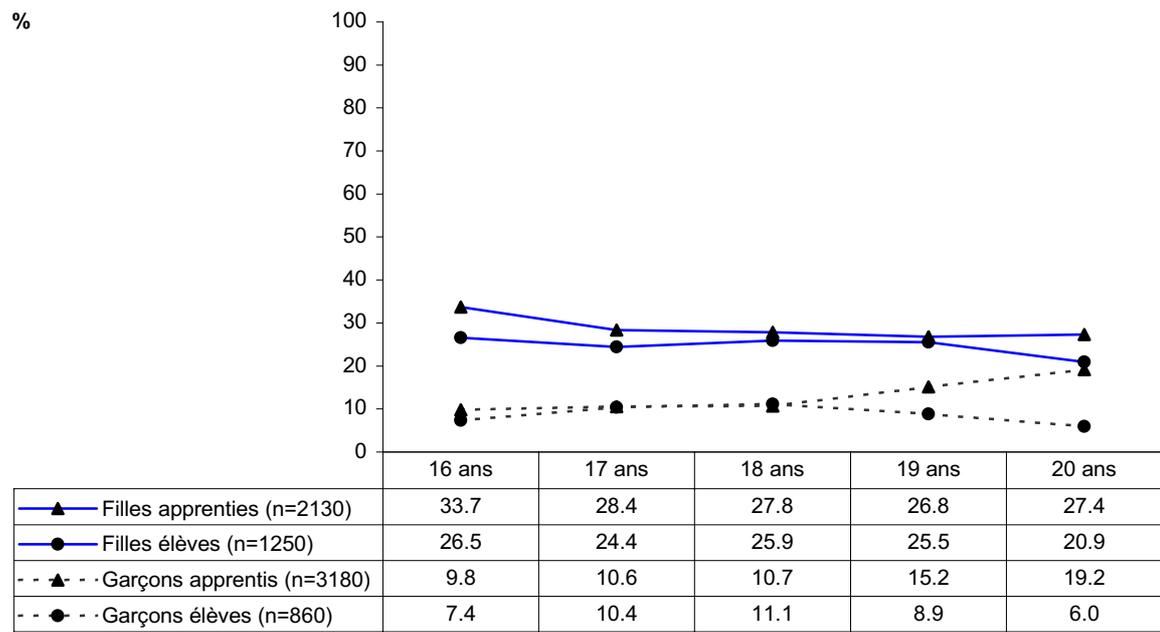
Nous avons posé aux jeunes deux questions (Devaud et al., 1994) susceptibles de déceler le second trouble. Résultat, 16% des filles et 9% des garçons ont reconnu qu'ils mangeaient énormément plusieurs fois par semaine, sans vraiment pouvoir s'arrêter et 2.7% des filles et 0.7% des garçons ont avoué qu'ils se font volontairement vomir plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement. Chez les filles, ces pourcentages sont nettement plus hauts que ceux saisis en 1993. À l'époque, 11% des filles avaient déclaré qu'elles avaient des fringales plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement, et 1% qu'elles se faisaient volontairement vomir à la même fréquence. Les résultats actuels peuvent être à la fois un indice du fait que les troubles alimentaires augmentent et un signe que beaucoup de filles mangent moins que ce dont elles auraient besoin. Lau et Alsaker (2001) montrent par exemple que les crises de boulimie surviennent plus fréquemment chez les filles en train de perdre du poids. Cette découverte corrobore d'autres résultats selon lesquels un comportement de régime chronique peut conduire à des crises de boulimie (Hill, Rogers & Blundell, 1989).

#### 3.3.4.4 L'alimentation en tant que problème

À la question de savoir pour quels problèmes elles auraient eu besoin d'aide au moment de l'enquête, entre un quart et un tiers des filles ont répondu que c'était le cas dans le domaine de l'alimentation (voir chapitre 3.3.1). Les garçons n'étaient en revanche que quelque 10% (voir Graphique 3.3-10) à estimer avoir besoin d'une aide en la matière. Les apprentis (des deux sexes) ont plus fréquemment mentionné ce point que les élèves.

Étant donné que nous décelons parallèlement une augmentation des problèmes alimentaires, qu'une grande partie des jeunes filles ne sont pas satisfaites de leur corps (40%) et que beaucoup souhaitent perdre du poids (70%), les chiffres exposés ici sont à prendre très au sérieux. Beaucoup de jeunes semblent avoir oublié ce qu'est une alimentation saine et normale et perdu tout contrôle en la matière.

Le fait que près d'un tiers des filles qui aimeraient perdre du poids ne font rien pour cela dénote aussi l'insatisfaction générale et la relative impuissance des filles par rapport à leur corps. Dans une volonté de prévention, il nous paraît aussi important de souligner les différences relevées entre les élèves et les apprentis, afin de les examiner de plus près. Il se pourrait que, du fait de leur situation professionnelle, les apprentis aient accès à une alimentation moins équilibrée, alors qu'ils sont en même temps plus exposés à l'influence des images idéales de la publicité. Ils sont par ailleurs beaucoup plus souvent confrontés à des gens de tout âge. L'apparence est peut-être plus valorisée dans le cadre de leur travail qu'à l'école et ils s'en préoccupent donc davantage (car ils ne sont pas moins satisfaits que les élèves). Ce sont là autant d'hypothèses qu'il faudra vérifier ultérieurement.



**Graphique 3.3-10** Proportions de jeunes ayant signalé des problèmes alimentaires au moment de l'enquête en précisant qu'ils auraient besoin d'aide, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q45)

La publicité et les idéaux qu'elle répand jouent un rôle important dans la vision du corps et la problématique de la nourriture. Elle présente des délices riches en calories et des produits diététiques comme indispensables. Les magazines pour femmes encouragent à l'acceptation de soi tout en insinuant clairement qu'on ne peut pas être attirante sans suivre divers régimes. Les jeunes filles ne sont pas seulement directement confrontées à ces stimuli, mais aussi exposées aux regards, remarques et bons conseils des adultes et des camarades, elles-mêmes sous l'influence de ces normes et de ces offres.

À quel niveau la prévention doit-elle agir ? Il importe que les jeunes aient envie de cultiver de saines habitudes en matière de mouvement et d'alimentation. Cela pourrait aider à prévenir aussi bien la surcharge pondérale que l'insatisfaction chronique par rapport au corps et les graves troubles alimentaires.

Si les jeunes sont à ce point focalisés sur l'apparence extérieure et le poids, nous nous trouvons en tant que prestataires dans une situation beaucoup plus propice que dans d'autres domaines de la prévention: beaucoup de jeunes filles aimeraient en effet savoir comment elles peuvent rester minces et beaucoup de garçons aimeraient savoir comment augmenter leur masse musculaire. En d'autres termes, les intéressés ressentent une insatisfaction et cherchent à s'informer. Aujourd'hui, ils sont livrés aux intérêts des compagnies privées de l'industrie alimentaire et cosmétique. Ces jeunes ont besoin de services d'assistance professionnels qui leur concoctent des offres véritables et intéressantes. Le mouvement et le sport peuvent revêtir plusieurs formes passionnantes. L'expérience de sa propre performance physique (mesurable) peut être une source de satisfaction. Il faut aussi créer des offres pour les jeunes qui ne peuvent ou ne veulent pas faire du sport de compétition, mais qui aiment l'exercice physique et en tirent un grand bien-être. Il s'agit ici de trouver de nouvelles formes et de tester leur efficacité pas seulement par rapport à la condition physique ou à la composition du corps, mais aussi par rapport au bien-être et à l'adhérence à un programme.

À cet égard, il est aussi extrêmement important d'armer les jeunes contre la publicité, c'est-à-dire contre les idéaux inatteignables et les produits malsains, mais aussi contre les régimes qui promettent monts et merveilles. Il faut les amener à comprendre précocement les mécanismes de la publicité et à

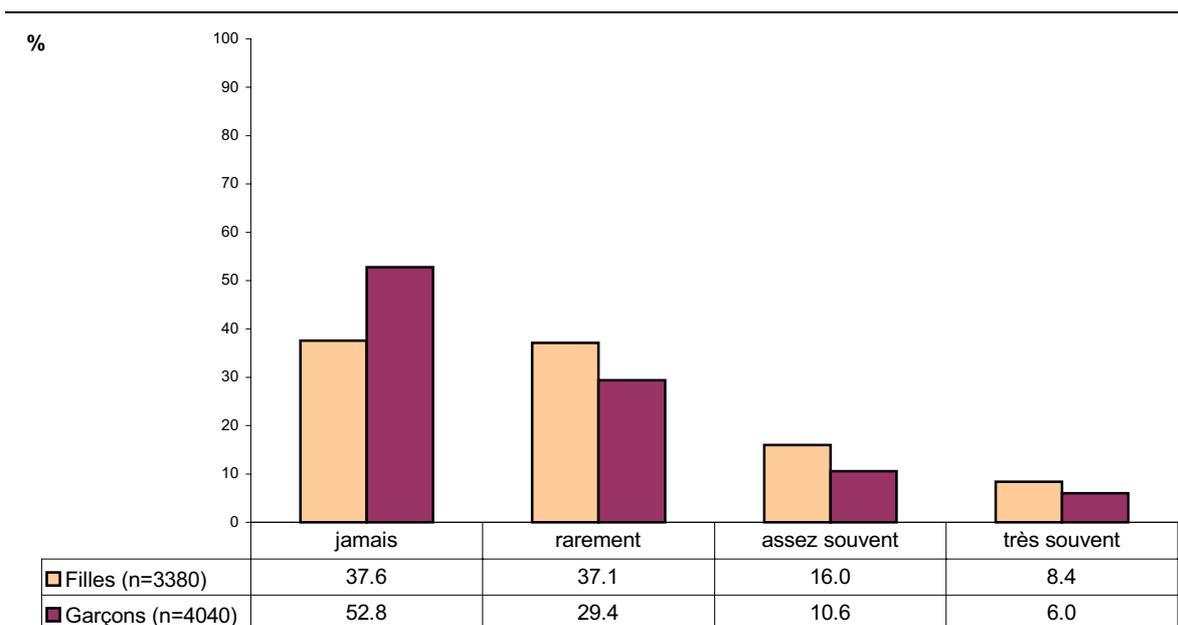
### 3.3 Santé générale et santé mentale

s'interroger sur les intérêts de ceux qui proposent de nouveaux produits et de nouvelles normes. Parallèlement, il s'agit aussi dans toute la mesure du possible de défendre les enfants et les jeunes contre les excès de la publicité et de l'offre les concernant.

#### 3.3.5 Sommeil

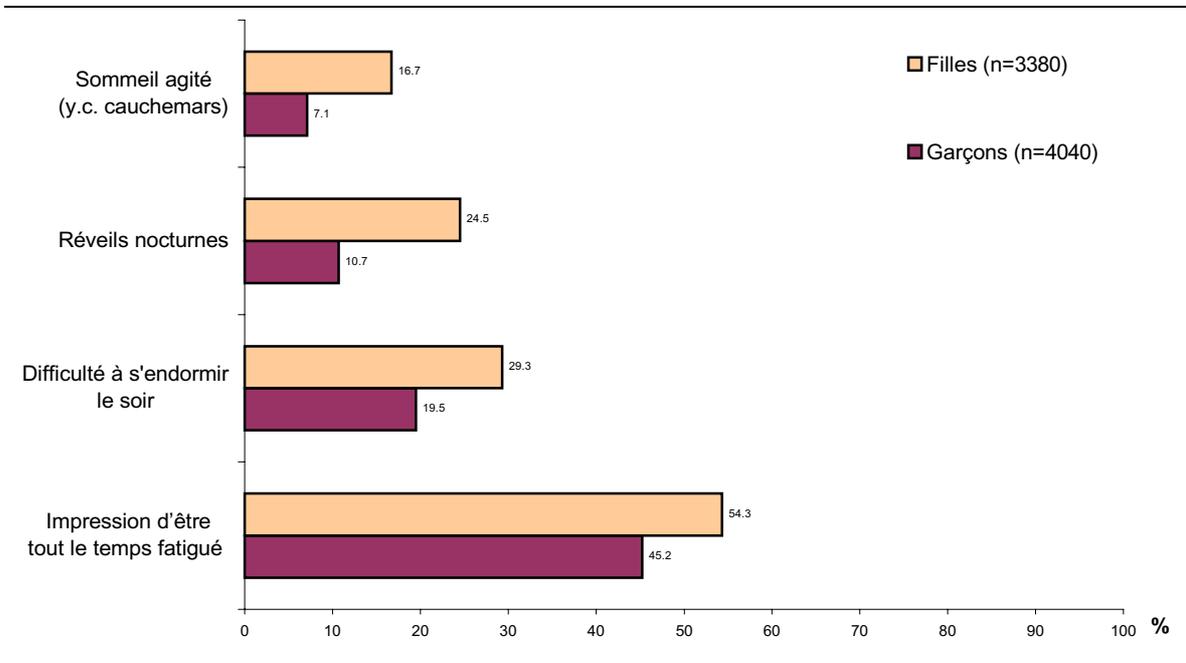
Le sommeil et les troubles du sommeil occupent à l'adolescence une place considérable et parfois mésestimée (Alvin et al. 1997). Alors que les besoins théoriques en heures de sommeil croissent plutôt à cette période de la vie, la majorité des adolescents tendent à diminuer le nombre d'heures qu'ils passent à dormir (Iglowstein et al. 2003). Les troubles du sommeil sont ainsi souvent liés à la fois à de simples décalages du rythme nyctéméral et à l'absence d'une compensation suffisante suite à des veilles prolongées, mais ils peuvent aussi être le signe de problèmes psychosociaux non négligeables, comme un état anxieux ou une dépression (Dahl 1998, Rosen 1997, Schuen & Millard 2000). Enfin, un nombre non négligeable de jeunes tendent à utiliser des médicaments pour lutter contre les troubles du sommeil, avec ou sans prescription médicale (Jaquier et al. 1998), avec les risques de dépendance que cela implique à moyen ou long terme. Diverses questions permettent de se faire une bonne idée des comportements de santé dans ce domaine.

Le Graphique 3.3-11 exprime les pourcentages de filles et de garçons se plaignant de troubles du sommeil. Ces pourcentages sont élevés puisqu'une fille sur cinq et un garçon sur sept rapportent un trouble du sommeil fréquent à très fréquent. Il n'y a pas de différence entre apprentis et élèves.



**Graphique 3.3-11** Pourcentages de filles et de garçons se plaignant de troubles du sommeil assez souvent ou très souvent (SMASH 2002, Q37)

La manière dont ces troubles se manifestent varie d'un individu à l'autre : le Graphique 3.3-12 permet de se faire une idée du type de troubles présentés par les répondants. Les troubles de l'endormissement sont plutôt plus fréquents que les insomnies en cours de nuit, mais surtout, un pourcentage important de répondants rapportent une fatigue diurne : 16% des filles et 12% des garçons disent se sentir "très souvent" fatigués la journée. A nouveau, il n'existe pas de différence nette entre apprentis et élèves.



Graphique 3.3-12 Pourcentages de filles et de garçons se plaignant de divers troubles du sommeil ou de fatigue diurne assez souvent ou très souvent (SMASH 2002, Q41)

En fait, comme le montre le Graphique 3.3-3 du chapitre consacré aux besoins en matière de santé, une fille sur quatre et un garçon sur sept environ disent avoir besoin d'un appui ou d'une aide pour surmonter des problèmes de sommeil, et environ 60% d'entre eux disent ne pas avoir suffisamment d'heures de sommeil. Il est vraisemblable que bien des répondants rapportant des problèmes de sommeil soient en réalité conscients de ne pas dormir suffisamment, non seulement parce qu'ils souffrent de troubles du sommeil, mais aussi parce qu'ils ne prennent pas le temps de rester au lit un nombre d'heures adéquat : ainsi, un tiers des filles et des garçons interrogés disent avoir conscience de ne pas dormir suffisamment (Crouter & Larson, 1998). Il reste que ce problème fait rarement l'objet d'une demande formelle d'aide puisque seuls 3% des filles et 1.5% des garçons disent avoir consulté un médecin, un psychologue ou une infirmière scolaire pour ce type de difficulté. Un pour cent des filles et 0.5% des garçons disent prendre des somnifères plusieurs fois par semaine et 2% des filles et 1% des garçons environ en prennent plusieurs fois par mois, la moitié d'entre eux sur prescription médicale, l'autre moitié sans prescription (voir chapitre 3.7.1). Enfin, les troubles du sommeil, les besoins exprimés dans ce domaine de même que la consommation de somnifères ne semblent pas avoir augmenté depuis 1993.

En conclusion, les chiffres de l'enquête SMASH font clairement apparaître l'importance de la problématique du sommeil à l'adolescence. S'il est difficile d'évaluer les conséquences pratiques de ces troubles, en termes d'accidents dus à la fatigue ou de chute du rendement scolaire, on peut tout de même se demander s'il ne serait pas opportun d'adapter dans une certaine mesure les horaires d'école aux rythmes nycthémeraux des adolescents, en repoussant par exemple d'une heure le démarrage du travail scolaire en matinée (Crouter & Larson, 1998). Par ailleurs, l'activité clinique avec les adolescents suggère que ceux-ci sont peu au fait du fonctionnement de leur organisme et de l'importance du

### 3.3 Santé générale et santé mentale

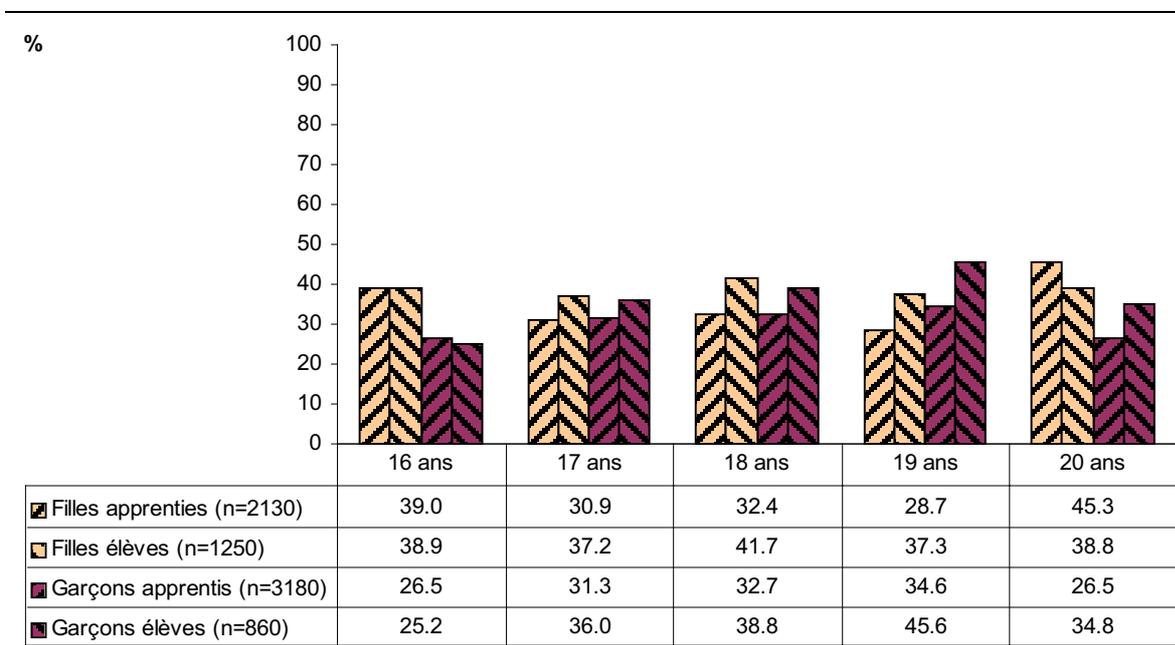
respect de quelques règles simples comme celle d'éviter deux nuits blanches d'affilée ou de respecter une heure de coucher relativement fixe durant la semaine (Alvin et al. 1997).

#### 3.3.6 Exposition au bruit et troubles de l'audition

Le bruit et la musique à haut volume peuvent endommager l'oreille interne par la destruction mécanique des cellules ciliées qui transforment l'énergie sonore en une impulsion nerveuse dans l'oreille interne et par une surcharge du métabolisme de l'oreille interne. L'action du bruit et de la musique à haut volume peut entraîner un déplacement du seuil auditif (traumatisme acoustique) avec un sentiment de surdité dans l'oreille concernée ou avec des acouphènes tels que sifflements ou bourdonnements. Ce déplacement peut être passager. En cas d'action du bruit violente ou répétée ou de sensibilité particulière de l'oreille, la perte de l'ouïe et les acouphènes peuvent aussi être définitifs. Une perte de l'ouïe due au bruit concerne en premier les fréquences avoisinant les 4000 hertz pour s'étendre plus tard à des sons un peu plus hauts ou plus bas (2000-6000 hertz) (Duan et al., 2002; May, 2000).

Les jeunes sont exposés à des niveaux sonores élevés en diverses circonstances et souffrent fréquemment de pertes d'audition dues au bruit. Dans une étude américaine qui soumettait les 12-19 ans à des tests de l'ouïe, 15.5% des personnes de l'échantillon étaient concernées (Niskar et al., 2001). Une autre étude menée auprès de recrues françaises a décelé une perte d'audition typiquement due au bruit chez 38% des fans de rock assistant régulièrement à des concerts, chez 18% des travailleurs exposés au bruit et chez 17% des utilisateurs de walkman (Job, Raynal, & Rondet, 1999). Les personnes ayant souffert d'otites précoces et récurrentes étaient particulièrement touchées.

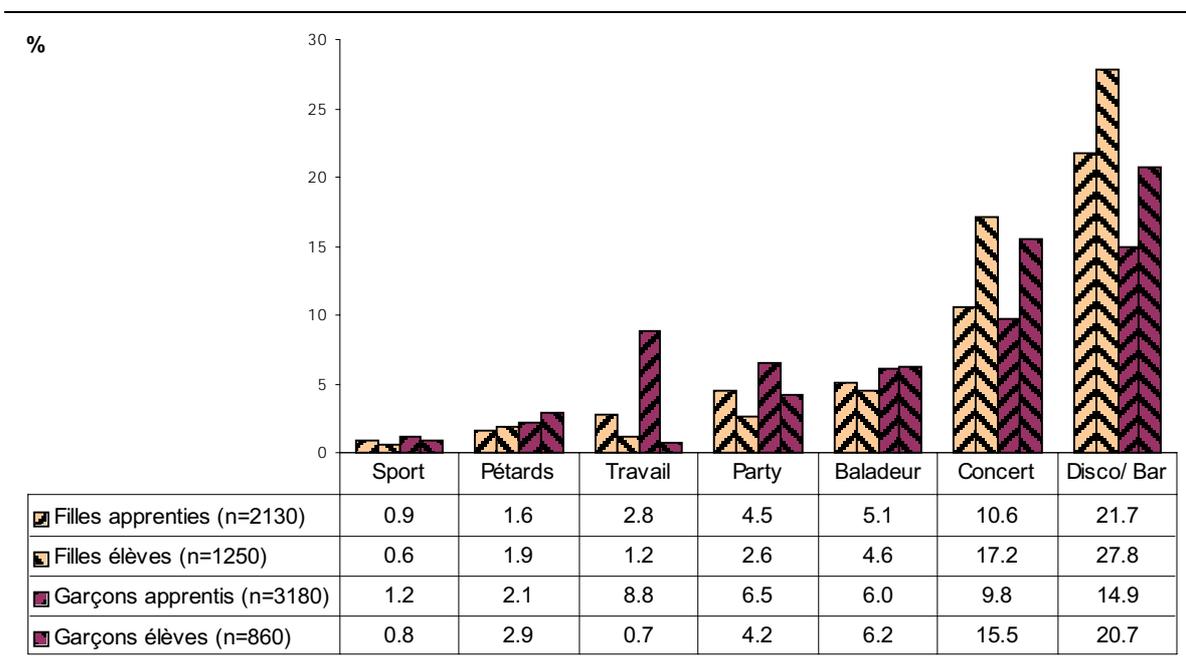
Le Graphique 3.3-13 indique la proportion de jeunes qui ont affirmé dans le présent sondage avoir subi un traumatisme acoustique au cours des 12 derniers mois.



**Graphique 3.3-13** Proportions de répondants qui ont affirmé avoir subi un traumatisme acoustique (sentiment de surdité ou acouphène suite à une exposition au bruit) au cours des 12 derniers mois, par sexe, filière de formation et âge (SMASH 2002, Q86)

Pas moins d'un tiers de l'ensemble des répondants ont indiqué avoir subi un traumatisme acoustique au cours des 12 mois précédents. Pour 90% d'entre eux, les acouphènes ou le sentiment de surdité ont disparu dans les 24 heures. Pour 3,8%, ces sensations persistaient encore au moment du sondage. Dans un questionnaire soumis au public du festival de Nyon, 36% des personnes interrogées ont par ailleurs reconnu avoir eu un acouphène suite à un concert et 1% avouaient souffrir de bourdonnements permanents (Mercier, Hohmann, & Luy, 2001). Les résultats des deux études se situent donc à peu près dans la même fourchette. Enfin, une enquête révèle que 5% des apprentis Lucernois ont déjà eu des bourdonnements dus au bruit pendant au moins une semaine (Mercier & Hohmann, 2000).

Quelques jeunes ont indiqué avoir subi au cours des 12 derniers mois un traumatisme acoustique dans plus d'une situation. Le Graphique 3.3-14 montre quelle proportion de jeunes parmi *tous* les sondés ont ressenti des acouphènes ou un sentiment de surdité dans un contexte donné.



**Graphique 3.3-14** Proportions de répondants qui ont fait état d'un traumatisme acoustique subi dans des situations spécifiques (plusieurs mentions possibles), par sexe et filière de formation (SMASH 2002, Q86)

La proportion considérable de personnes interrogées qui font état d'acouphènes et/ou d'un sentiment de surdité survenus suite à une exposition au bruit au cours des 12 derniers mois montre qu'il faut renforcer les efforts de prévention. Le Graphique 3.3-14 indique que les discos et les concerts figurent au premier plan par rapport à la mise en danger et que d'autres efforts de prévention sont particulièrement nécessaires à cet égard.

En termes de prévention primaire, il faut limiter de façon plus conséquente le volume sonore dans les concerts et les discothèques. Les jeunes qui aiment aller danser avec des amis ou qui assistent à un concert pop n'ont aucun choix en ce qui concerne le volume sonore. Des sondages effectués en Suisse et en Autriche ont révélé que près de 60% des jeunes concernés jugent le volume sonore de ces manifestations trop élevé (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002).

Les mesures de *prévention individuelle* jouent également un rôle important. La motivation des jeunes à porter systématiquement des tampons auriculaires quand la musique est forte passe ici au premier plan. Mais dans les bars et les discothèques, il faut justement compter avec des seuils d'acceptation imposés

par la fonction sociale que ces sorties revêtent pour les jeunes. Sous l'influence prolongée de la musique, les gens perçoivent de moins en moins le volume sonore. Cette adaptation réduit l'évaluation du risque et donc probablement aussi la motivation à se protéger. Pour le moment, les tampons auriculaires sont par conséquent peu utilisés (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002). Il s'agit en outre de sensibiliser de façon ciblée les jeunes particulièrement menacés (par ex. ceux ayant précédemment souffert d'inflammations récurrentes de l'oreille moyenne) dans le cadre de consultations préventives. Enfin, des efforts accrus pour une utilisation conséquente des tampons auriculaires sont nécessaires du côté des entreprises qui exposent les jeunes à des niveaux sonores élevés.

#### 3.3.7 Dépressivité

Entre l'enfance et l'adolescence, les phases d'humeurs dépressive ont tendance à augmenter. Harrington (1993) part du principe que cette hausse est davantage liée à une diminution des facteurs de protection qu'à une augmentation des facteurs de risque. De par le fait qu'ils passent moins de temps avec leurs parents, les jeunes reçoivent probablement aussi moins de soutien de leur part, ce qui pourrait les rendre plus sensibles au stress. A cause de leurs capacités cognitives encore peu développées et de leur tendance à se surestimer, les enfants plus jeunes semblent par ailleurs à l'abri des perceptions négatives d'eux-mêmes. Durant l'adolescence, la réflexion sur soi se développe, au même titre qu'une évaluation (adéquate) de soi et d'éventuelles perceptions négatives. De nombreux théoriciens y voient l'une des raisons à l'origine des dépressions (Flammer, & Alsaker, 2002).

Plusieurs facteurs semblent en lien avec la dépressivité des jeunes : la personnalité, les événements de la vie et l'environnement psychosocial des intéressés (Flammer, & Alsaker, 2002 ; Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000). Les résultats d'une étude longitudinale récemment publiée en Suisse sous le titre ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) indiquent que la dépressivité est liée à un déséquilibre entre les facteurs de risque potentiels et les facteurs protecteurs. Alors que l'amour-propre et l'acceptation manifestée par les parents peuvent revêtir une fonction d'amortisseur et atténuer le risque de voir se développer des symptômes dépressifs, l'influence des événements de la vie, un rejet de la part des parents, la pression de réussir à l'école (en particulier chez les filles) et la conscience de soi (self-awareness) sont clairement associés à un accroissement des symptômes dépressifs (Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000).

D'après quelques auteurs, la prévalence des dépressions pendant l'adolescence aurait augmenté ces derniers temps (Fleming, & Offord, 1990 ; Rutter, 1986). Le présent rapport ne peut pas se prononcer sur la tendance à long terme, mais l'importance du problème apparaît aussi dans le présent échantillon représentatif : au moment du sondage, 34.4% des filles et 18.9% des garçons ont affirmé avoir besoin d'aide en raison d'un état de « tristesse, cafard ». Il s'agit toutefois de bien préciser la différence entre humeur dépressive, dépressivité/cafard et dépression clinique. La dépression n'est pas synonyme de tristesse. Elle ne se résume pas au sentiment d'être malheureux, bien que l'état d'esprit des personnes dépressives puisse parfois être décrit en ces termes.

Il est utile de distinguer *la dépression en tant que symptôme isolé* faisant partie de l'éventail normal des réactions émotionnelles humaines et *la dépression en tant que syndrome*, généralement définie comme la combinaison d'une humeur dépressive et de certains autres symptômes (Harrington, 1993). Ce syndrome dépressif est diagnostiqué en tant que dépression clinique, quand certains critères relatifs au nombre et à la fréquence des symptômes sont remplis. Les sentiments de solitude, de nullité, de tension, d'angoisse, de culpabilité, de manque de confiance en soi, de méfiance, de tristesse font partie des symptômes de dépression typiques, de même que la perte d'intérêt, les problèmes de concentration, le manque de motivation, les idées de suicide, l'irritabilité, les insomnies, les problèmes d'appétit et de poids.

Beaucoup d'auteurs considèrent aujourd'hui la dépression comme un continuum de réactions normales à des événements négatifs de la vie pouvant aller jusqu'à des états émotionnels extrêmes. La question de savoir si un état dépressif doit ou non être considéré comme une dépression clinique dépend du nombre et de la gravité des symptômes (Angold, 1988).

Flammer et Alsaker (2002) déduisent de plusieurs études de prévalence que les jeunes semblent assez fréquemment sujets à des humeurs dépressives. Environ un quart des garçons et un tiers des filles ont affirmé être passés par une phase dépressive au cours des six mois précédents. Les taux de prévalence des dépressions pendant l'adolescence sont toutefois difficiles à établir, car les valeurs limites et les méthodes utilisées varient fortement. Ils semblent toutefois comparables à ceux relevés pour l'ensemble de la vie (env. 5% à 7%) (Merikangas & Angst, 1995; Petersen, Compas et al., 1993). Les parents paraissent sous-estimer l'humeur dépressive de leurs enfants. Quand on les interroge à ce sujet, ils signalent en effet nettement moins de symptômes que les jeunes eux-mêmes. D'où l'importance de s'adresser directement aux intéressés. La présente étude s'y est employée de la façon suivante : les jeunes ont été priés d'évaluer si les affirmations citées au Tableau 3.3-4 les concernaient en ce moment et si oui, dans quelle mesure. Les affirmations en question correspondent aux symptômes de dépression typiques de l'adolescence. Nous les savions en relation étroite avec d'autres instruments utilisés pour la mesure d'un syndrome de dépression (Alsaker, 1992; Holsen, Kraft, & Vittersø, 2000). Dans ce rapport, nous choisissons la notion de dépressivité, pour ne pas éveiller l'impression que nous parlons de dépression clinique.

<i>Il arrive dans la vie que l'on passe par des moments difficiles. Est-ce le cas pour vous actuellement ? (tout à fait d'accord / assez d'accord)</i>	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Je me sens souvent déprimé(e), sans savoir pourquoi.	12.3 / 25.4	7.3 / 15.1	9.6 / 19.8
Par moments, je pense que tout est tellement désespérant que je n'ai envie de rien.	12.6 / 24.0	8.2 / 17.4	10.2 / 20.4
Par moments, je pense que je n'ai rien dont je puisse me réjouir.	5.5 / 13.8	4.2 / 10.3	4.8 / 11.9
Par moments, je suis tellement déprimé(e) que je resterais bien au lit toute la journée.	11.9 / 16.3	5.3 / 11.7	8.3 / 13.8
Je suis souvent triste, sans pouvoir trouver de raison à cela.	9.1 / 20.5	4.6 / 9.7	6.7 / 14.6
Je trouve ma vie assez triste.	3.9 / 7.8	3.6 / 6.8	3.8 / 7.2
Ces derniers temps, j'ai beaucoup pensé à la mort.	6.4 / 10.2	5.2 / 7.5	5.8 / 8.7
Par moments, je pense que ma vie ne vaut pas le coup d'être vécue.	4.8 / 8.2	3.8 / 6.0	4.2 / 7.0

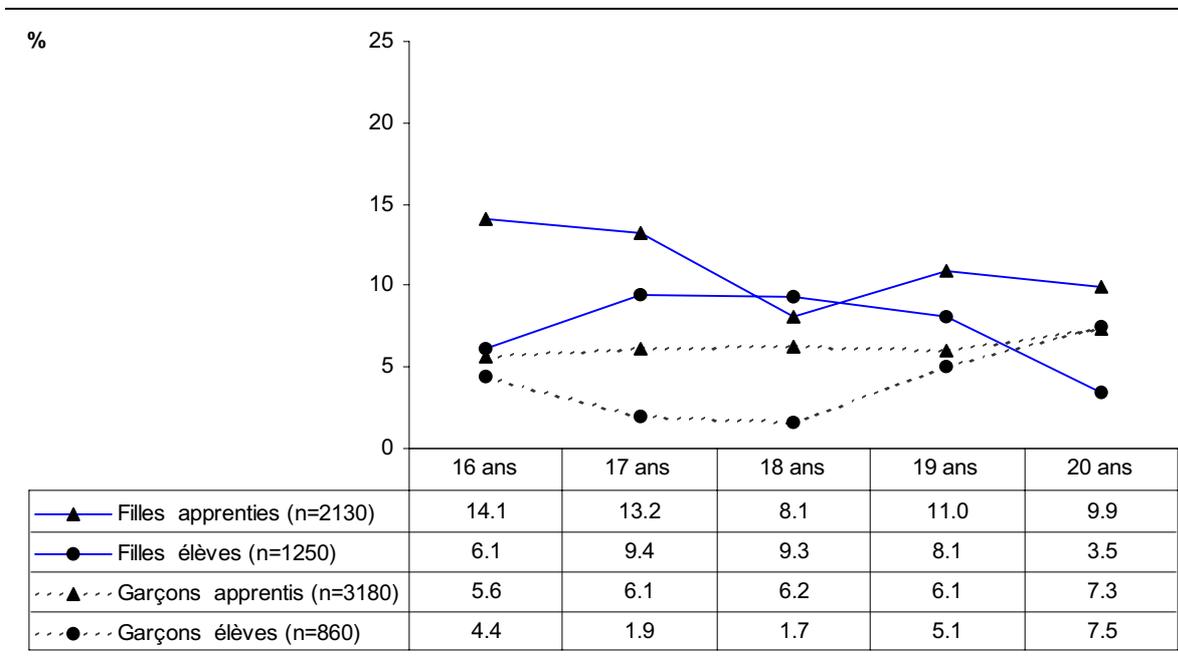
**Tableau 3.3-4** Pourcentages de jeunes qui se sont reconnus partiellement ou tout à fait dans certains items de l'échelle de dépressivité, selon le sexe (SMASH 2002, Q35)

Il apparaît au fil des questions que les filles font nettement plus souvent état de symptômes dépressifs que les garçons. Les jeunes filles sont ainsi plus nombreuses à indiquer qu'elles sont assez souvent déprimées ou tristes sans vraiment savoir pourquoi. Cette différence spécifique au sexe n'est pas aussi fortement marquée pour tous les items, mais va toujours dans la même direction.

Comme ce n'est pas un symptôme spécifique, mais la somme de tous les symptômes qui nous renseignent sur la dépressivité, la valeur moyenne des réponses à toutes les questions (Tableau 3.3-4) a été calculée pour chaque personne. Il s'est avéré que 10% des filles et 5.6% des garçons ont obtenu des scores moyens entre 3 et 4, ce qui correspond à être "assez d'accord" ou "tout à fait d'accord" avec la plupart des questions posées. D'après nos critères, ces jeunes devaient donc être considérés comme dépressifs. Chez les filles, les pourcentages (de valeurs moyennes supérieures ou égales à 3) sont un peu plus hauts que ceux de la littérature que nous avons cités ci-dessus, mais l'écart est ténu.

### 3.3 Santé générale et santé mentale

A côté de cette différence flagrante entre les sexes, des analyses statistiques révèlent aussi des écarts significatifs entre les apprentis et les élèves. Des différences sont aussi apparues entre les tranches d'âges, mais sans indiquer de tendance claire, ni se prêter à une interprétation univoque. Les valeurs moyennes de dépressivité se situent du côté positif du continuum. Le Graphique 3.3-15 indique les pourcentages de jeunes qui présentent des valeurs comprises entre 3 et 4.



**Graphique 3.3-15** Pourcentages de jeunes qui signalent des valeurs de dépressivité comprises entre 3 et 4, en fonction du sexe, du type de formation et de l'âge (SMASH 2002, Q35)

À la question de savoir s'ils avaient sollicité une aide professionnelle au cours des 12 derniers mois pour cause de nervosité ou de dépression, 7.4% des filles et 2.5% des garçons ont répondu qu'ils avaient consulté un médecin, un psychologue ou un autre spécialiste. Parmi les jeunes souffrant de dépression, seuls une fille sur quatre et un garçon sur dix ont sollicité une aide de ce type.

Pour résumer, on constate que, dans la présente étude, les filles font plus souvent état de dépressivité que les garçons et les apprentis plus souvent que les élèves. La différence entre les sexes corrobore les résultats d'autres études, dont des études longitudinales de différents milieux culturels (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994 ; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993 ; Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000).

Il y a plusieurs ébauches d'explication à cette tendance. La dépressivité plus fréquente des filles est notamment mise en lien avec leur plus faible estime d'elles-mêmes et l'image plus négative qu'elles ont de leur corps (Allgood-Merton, Lewinsohn, & Hops, 1990). Les filles au développement corporel précoce semblent particulièrement sujettes aux troubles dépressifs et autres troubles intériorisés. D'après Alsaker (1992, 1995), cette forte prévalence pourrait être rapportée au fait que les filles en question sont moins satisfaites de leur apparence. Au cours de l'adolescence, les filles peuvent en outre être confrontées à un plus grand nombre de défis : il n'est pas rare que le début de la puberté coïncide chez elles avec un changement d'école (passage en secondaire) (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Cela signifie que les filles doivent plus souvent maîtriser simultanément plusieurs facettes importantes de leur développement, ce qui en soi peut être vu comme un facteur de stress (Alsaker, 1996).

Sur la base des maigres connaissances empiriques et théoriques au sujet du lien entre le type de formation et la dépressivité (à l'adolescence), la présente étude ne peut pas apporter de réponse claire à

la question de savoir pourquoi les apprentis disent plus souvent que les élèves souffrir de dépressivité. Il se peut que les apprentis (des deux sexes) se voient, comme les filles, plus souvent confrontés à la résolution de plusieurs facettes de leur développement ou de défis supplémentaires découlant par exemple de leur entrée dans la vie professionnelle et de leur autonomie financière (partielle) par rapport aux parents. Ce début d'explication pourrait notamment éclairer la raison pour laquelle une proportion particulièrement forte de jeunes filles (16-17 ans) présente des signes de dépressivité parmi les apprentis. Chez les élèves, beaucoup de ces étapes du développement ne se manifestent généralement qu'au début de l'âge adulte.

### 3.3.8 Recherche de sensations fortes

L'être humain aspire en général à contrôler les conditions naturelles et sociales de ses actions, afin de minimiser les risques qui peuvent être liés à la poursuite de ses objectifs. Le bénéfice potentiel qu'il y a à minimiser le risque est comparé au coût à fournir pour se procurer l'information et exercer le contrôle. Une personne qui agit rationnellement s'efforce d'atteindre un rapport optimal entre le coût et le bénéfice. On peut toutefois observer que les sujets agissants ne se comportent pas toujours selon ces règles rationnelles et préfèrent parfois des actes risqués, bien qu'ils disposent de solutions de rechange laissant très probablement augurer un plus grand bénéfice à coût égal (Schneider, & Rheinberg, 1996). Ce goût du risque ne dépend pas seulement de l'époque, mais aussi de la culture. Il semble connoté de façon particulièrement positive par les sociétés industrielles occidentales (Finney, 1978).

D'après Schneider et Rheinberg (1996), la recherche de nouvelles expériences et impressions, de sensations fortes (en anglais *sensation seeking*) est une caractéristique typique de l'espèce humaine, un fondement de son évolution. La curiosité correspond à une fonction d'adaptation dans la mesure où le système nerveux central reçoit des informations qui le mettent pleinement à contribution.

Le besoin d'impressions variées, nouvelles et complexes et la disponibilité qui en découle à s'exposer à des risques physiques et sociaux peuvent toutefois être plus ou moins marqués selon les individus. Quelques études empiriques montrent que les jeunes dénotant de hautes valeurs sur l'échelle de la « recherche de sensations fortes » (*Sensation Seeking* d'après Zuckerman, 1979a) sont aussi plus enclins aux comportements à problèmes. Zuckerman (1994) trouve ainsi dans une série d'études sur la recherche de sensations fortes et la consommation de drogues une corrélation positive entre ce dernier point et de hautes valeurs sur l'échelle de la « recherche de sensations fortes ». Les résultats d'une étude plus récente de Hansen et Breivik (2001) n'établissent pas seulement un rapport étroit entre la recherche de sensations fortes et les comportements à risque négatifs (par ex. la délinquance et les comportements sociaux indésirables tels que vol et consommation de drogues), mais aussi entre la recherche de sensations fortes et les comportements à risque *positifs* (par ex. grimpe, kayak, rafting, etc.). Les auteurs partent du principe que les jeunes avides de sensations se rabattent plus souvent sur un comportement à risque négatif quand ils sont confrontés à peu de défis et disposent de ressources sociales et matérielles plutôt restreintes.

Une étude récemment parue de Lin et Tsai (2002) explique en outre pourquoi la variable « recherche de sensations fortes » pourrait revêtir autant d'importance par rapport aux jeunes. Les auteurs ont analysé le rapport entre la consommation d'Internet et la recherche de sensations fortes chez de jeunes Taiwanais ( $n = 753$ ). Les jeunes dépendants d'Internet (qui passent env. 20 heures par semaine en ligne) ont dans l'ensemble coché une plus haute valeur sur l'échelle de la « recherche de sensations fortes » que les utilisateurs normaux.

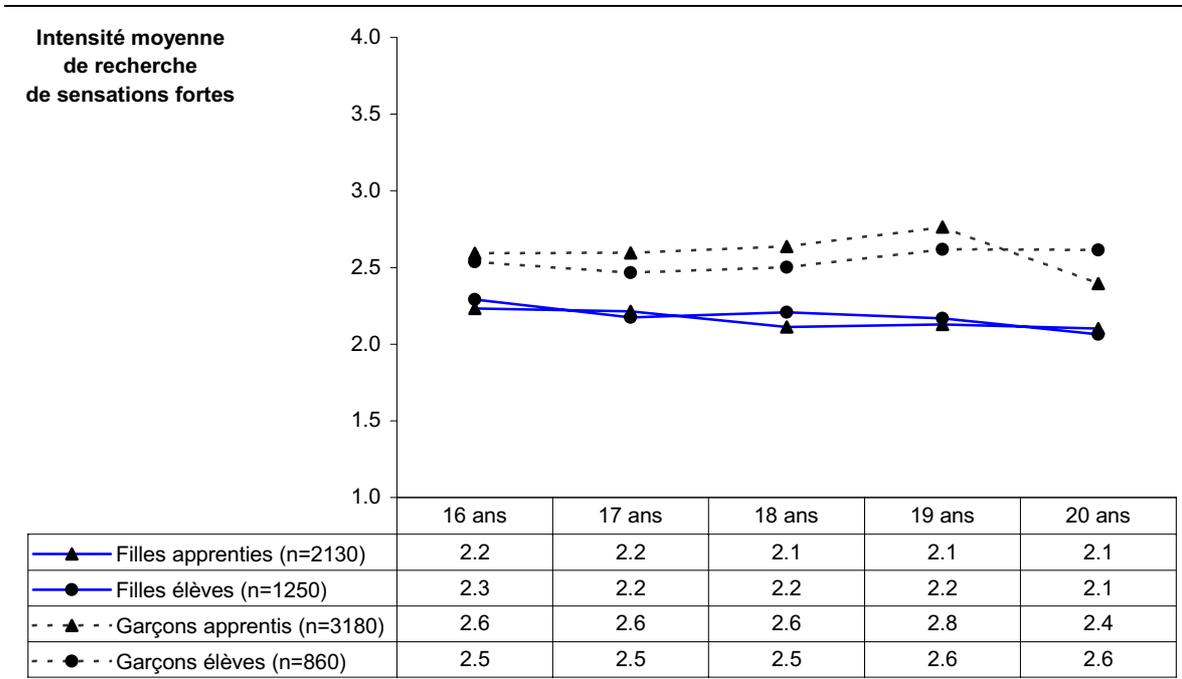
Dans la présente étude, les jeunes ont aussi été interrogés sur leurs besoins en matière de sensations fortes. Le Tableau 3.3-5 ci-dessous démontre que chacune des formes de recherche de sensations fortes citées a trouvé nettement plus d'écho chez les garçons (tout à fait d'accord ou assez d'accord) que chez les filles.

### 3.3 Santé générale et santé mentale

<i>Aller aux limites de sa résistance et rechercher les risques physiques (tout à fait d'accord ou assez d'accord)</i>	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
De temps en temps, j'ai besoin de me défouler sans aucune contrainte.	69.2	75.0	72.4
Je recherche souvent des situations dans lesquelles je peux me donner à fond.	51.2	66.7	59.7
Je vais souvent jusqu'aux limites de mes possibilités physiques et psychiques.	24.6	44.3	53.8
Les sports dangereux me donnent beaucoup de plaisir.	19.9	47.7	55.2
Les situations dangereuses m'attirent énormément.	18.2	42.0	47.4

**Tableau 3.3-5** Pourcentages de jeunes qui se reconnaissent en partie ou tout à fait dans les items de recherche de sensations fortes et goût du risque, selon le sexe (SMASH 2002, Q85)

Cette différence entre les sexes ressort encore une fois clairement, quand on rassemble les différents items de recherche de sensations fortes sur une échelle et qu'on compare les valeurs moyennes des différents groupes (Graphique 3.3-16).



**Graphique 3.3-16 Intensité moyenne de la recherche de sensations fortes et du comportement à risque des jeunes, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q85)**

A côté de la différence générale entre les sexes, on relève aussi une différence entre les apprentis et les élèves de sexe masculin (voir Graphique 3.3-16). Les garçons en apprentissage se disent plus avides de sensations fortes que les élèves. Chez les filles, on n'observe en revanche pas de différence flagrante selon le type de formation.

La différence entre les sexes établie par la présente étude semble tout à fait conciliable avec les résultats d'autres études empiriques. Schneider et Rheinberg (1996) rapportent ainsi que les hommes présentent en général des valeurs plus hautes que les femmes sur l'échelle de la « recherche de sensations fortes ». Mais ils citent aussi des résultats contraires qu'ils tentent d'expliquer par un changement dans la conception du rôle de la femme. Des enquêtes plus récentes limitées à la recherche de sensations fortes par les jeunes n'aboutissent pas à des résultats homogènes : la différence susmentionnée entre les sexes se vérifie chez quelques chercheurs (par ex. Farrow, & Brissing, 1990 ; Marquis, 1998) et pas chez d'autres (par ex. Black, Ricardo, & Stanton, 1998).

Le fait que, chez les garçons, les apprentis sont plus avides de sensations fortes que les élèves est un résultat intéressant. Là aussi, il est difficile d'expliquer le phénomène, la base de connaissances théoriques et empiriques n'étant pas assez large. Le résultat donne toutefois des indications importantes pour le travail de prévention ultérieur.

## Références bibliographiques

Alderman E, Lauby J, Coupey S. Problem behaviors in inner-city adolescents with chronic illness. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1995;16:339-344.

Allgood-Merton B, Lewinsohn PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99:55-63.

Alsaker FD. Pubertal timing, overweight, and psychosocial adjustment. *Journal of Early Adolescence* 1992;12:396-419.

Alsaker FD. Timing of puberty and reactions to pubertal changes. In Rutter, M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995: 39-82.

Alsaker FD. The impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:249-258.

Alsaker FD. Pubertät als Belastung [Puberty as strain]. In Grob, A (Ed). *Kinder und Jugendliche heute: Belastet - überlastet? [Children and adolescents today: burdened - overburdened?]*. Zürich: Ruediger Verlag; 1997: 129-148.

Alvin P, Camus C, Navelet Y. La fatigue et le sommeil. In Michaud PA, Alvin P & al. (Eds). *La santé des adolescents: approches, soins, prévention*. Lausanne, Paris & Montréal: Payot, Doin & Presses Université de Montréal; 1997:258-70.

Angold A. Childhood and adolescent depression: 1. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:601-617.

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé ; 1998.

Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundeval C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.

Black MM, Ricardo IB, Stanton B. Social and Psychological Factors Associated with AIDS Risk Behaviors among Low-Income, Urban, African American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 1997;7(2):173-195.

Braverman PK, Neinstein LS. Dysmenorrhea and premenstrual syndrome. In Neinstein LS (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002:952-965.

Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP. The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. *Journal of Early Adolescence* 1989;9:269-290.

Charlton A, Lacombe I, Meller SA. Absence from school related to cancer and other chronic conditions. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:1217-1222.

Choquet M, Ledoux S. *Adolescents: enquête nationale*. Paris: INSERM; 1994.

Choquet M, Du Pasquier F, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *Journal of Adolescent Health* 1997 ;20:62-67.

Crouter AC, Larson R. Temporal rhythms in adolescence : Clocks, calendars, and the coordination of daily life. In Damon, W (Ed). *New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998;82.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and Health Behavior among Young People*. Copenhagen: World Health Organization; 2000.

Dahl R. The development and disorders of sleep. *Advances in Pediatrics* 1998;45:73-90.

- Deschamps J. Ces jeunes sont sans soins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1987;41:43-57.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. Perceptions corporelles, comportements et dysfonctions alimentaires parmi les adolescents suisses : une enquête nationale. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1994;114:1009-1015.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation ? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. *Revue Epidémiologique et Santé publique* 1995;43:347-360.
- Duan ML, Ulfendahl M, Laurelle G, Counter AS, Pyykkö I, Borg E., Rosenhall U. Protection and treatment of sensorineural hearing disorders caused by exogenous factors: experimental findings and potential clinical application. *Hearing Research* 2002;169:169-178.
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity : public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360:473-482.
- Farrow JA, Brissing P. Risk for DWI: A new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. *Health Education Quarterly* 1990;17(2):213-221.
- Finney PD. Personality traits attributed to risky and conservative decision makers : Culture values more than risk. *Journal of Psychology* 1978;99:187-197.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter.* Bern: Huber Verlag; 2002.
- Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1990;29:571-580.
- Fombonne E. Eating disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. In Rutter M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention.* New York: Cambridge University Press; 1995:544-561.
- Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma* 1996;33:157-164.
- Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 1982;6:123-150.
- Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH Jr, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology* 1994;30:467-483.
- Hansen EB, Breivik G. Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behavior among adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001;30:627-640.
- Harlow SD, Park MA. Longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal of Obstetric and Gynecology* 1996;103 :1134-1142.
- Harrington R. *Depressive disorder in childhood and adolescence.* Chichester: John Wiley & Sons; 1993.
- Harter S. Causes, correlates, and the functional role of self-worth: A life-span perspective. In Sternberg RJ, Kolligian J Jr. (Eds). *Competence considered.* New Haven, CT: Yale University Press; 1990:67-97.
- Hill AJ, Rogers PJ, Blundell JE. Dietary restraint in young adolescent girls: A functional analysis. *British Journal of Clinical Psychology* 1989;28:165-176.
- Hoffmann-Müller B, Amstad H. Image du corps, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen. *Drogenmagazin* 1995;2:8-14.

### 3.3 Santé générale et santé mentale

- Holsen I, Kraft P, Vittersø J. Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence* 2000;29:61-78.
- Huon GF. Dieting, binge eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders* 1994;15:159-164.
- Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111.
- Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Self medication by the adolescent. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1998;128:203-7
- Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health* 1991;12:597-605.
- Jessor R, Jessor S. Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New-York: Academic Press; 1977.
- Job A, Raynal M, Rondet P. Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media. *Lancet* 1999;353:35.
- Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981;68:661-664.
- Kolip P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtslichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich; 1997.
- Lau B, Alsaker FD. Assessment of weight and eating concerns in Norwegian young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2000;41:189-196.
- Lau B, Alsaker FD. Dieting behavior and weight and eating concerns in young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2001;42:25-32.
- Lewinsohn PM., Hops H, Roberts RE, Seeley JR., & Andrews JA. Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993;102:133-144.
- Lin SSJ, Tsai CC. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior* 2002;18:411-426.
- Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000;71(3):543-562.
- Marquis AM. Gender differences in risk-taking behavior: from family of origin to personality variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1998;59 (3 B):1371.
- May JJ. Occupational hearing loss. *American Journal of Ind. Medicine* 2000;37:112-120.
- McCarthy A, Williams J, Eidahl L. Children with chronic conditions: educators' views. *Journal of Pediatric and Health Care* 1996;10:272-79.
- Meier C. Gender health politique, pratique et perspectives. *Infothèque sida* 2003;2:11-17.
- Mercier V, Hohmann BW. Wie laut soll Musik sein? *BAG-Bulletin* 2000;25:480-482.
- Mercier V, Hohmann BW, Luy D. Wie gross ist die Schallbelastung der Besucher an einem Musikfestival? *BAG-Bulletin* 2001;25:428-431.
- Merikangas KR, Angst J. The challenge of depressive disorders in adolescence. In Rutter M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995:131-165.
- Miauton L, Narring F, Michaud P. Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: results of a cross-sectional survey on the health of 15-20-year-olds in Switzerland. *European Journal of Pediatrics* 2003;162:682-89.

- Michaud P. La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. (Edit). Archives Pédiatriques 1999;6:827-831.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive ; 1994 :Cahier de Recherche Nr. 113a.
- Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, Esteban E, Rubin C, Brody DJ. Estimated prevalence of noise-induced hearing threshold shifts among children 6 to 19 years of age: The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, United States. Pediatrics 2001;108:40-43.
- Nylander I. The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiologic interview investigation. Acta Sociomedica Scandinavia 1971;3 :17-26.
- Patton GC. The spectrum of eating disorders in adolescence. 31st Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research (1987, London, England). Journal of Psychosomatic Research 1988;32:579-584.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. Psychological Medicine 1990;20:383-394.
- Paxton SJ, Wertheim EH, Gibbons K, Szmukler GI, Hillier L, Petrovich JL. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescence 1991;20:361-379.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. American Psychologist 1993;48:155-168.
- Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE. Adolescent depression: Why more girls? Journal of Youth and Adolescence 1991;20:247-271.
- Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1987;5:635-644.
- Resnick MD. Protective factors, resiliency, and healthy youth development. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews 2000;11(1):157-164.
- Resnick MD., Bearman PS, Blum RW. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal study on adolescent health. Journal of the American Medical Association 1997;278:823-832.
- Richards MH, Casper RC, Larson R. Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. Journal of Adolescent Health Care 1990;11:203-209.
- Robinson GE. Premenstrual syndrome : current knowledge and management. Canadian Medical Association Journal 1989;140:605.
- Rosen C. Sleep disorders in infancy, childhood, and adolescence. Current Opinion in Pulmonary Medicine 1997;3: 449-55.
- Rutter M. The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In Rutter M, CE Izard, Read PB (Eds). Depression in young people. Developmental and clinical perspectives. New York: The Guilford Press; 1986:3-30.
- Schneider K, Rheinberg F. Recherche de sensations fortes und Goût du risque. In M Amelang (Eds), Temperaments und Persönlichkeitsforschung. Göttingen : Hogrefe; 1996(3): 407-439.
- Schuen J, Millard S. Evaluation and treatment of sleep disorders in adolescents. Adolescent Medicine 2000:605-16.
- Steinhausen H-C, Winkler Metzke C. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. Journal of Youth and Adolescence 2000;29:427-440.

### 3.3 Santé générale et santé mentale

Steinhausen H-C, Winkler C, Meier M. Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22:147-151.

Strigel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist* 1986;41:246-263.

Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1994;26:414-419.

Suris JC. Chronic conditions and adolescence. *J Ped Endocrinol Metab* 2003; 16: 247-51.

Suris J, Resnick M, Cassuto N, Blum R. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19:124-131.

The McCreary Centre Society. Adolescent health survey: chronic illness & disability among youth in BC Burnaby, BC: The McCreary Centre Society; 1994.

Wichstrøm L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine* 1995;25 :567-579.

Woringer V, Schütz Y. Obésité en Suisse: percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Sozial- und Präventivmedizin* 2003;48:121-132.

Wylder H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993. Aarau: Sauerländer; 1996.

Zenner HP. Der Einfluss der Information über Gehörgefährdung durch laute Musik. Jugendlichen ist die Musik in Diskotheken trotz Pegelbegrenzung zu laut. *HNO* 2002;50:560-564.

Zuckerman M. Sensation seeking : beyond the optimal level of arousal. Hillsdale : Lawrence Erlbaum; 1979.

Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge : Cambridge University Press; 1994.

## 3.4 COMPORTEMENTS LIÉS A LA SANTE

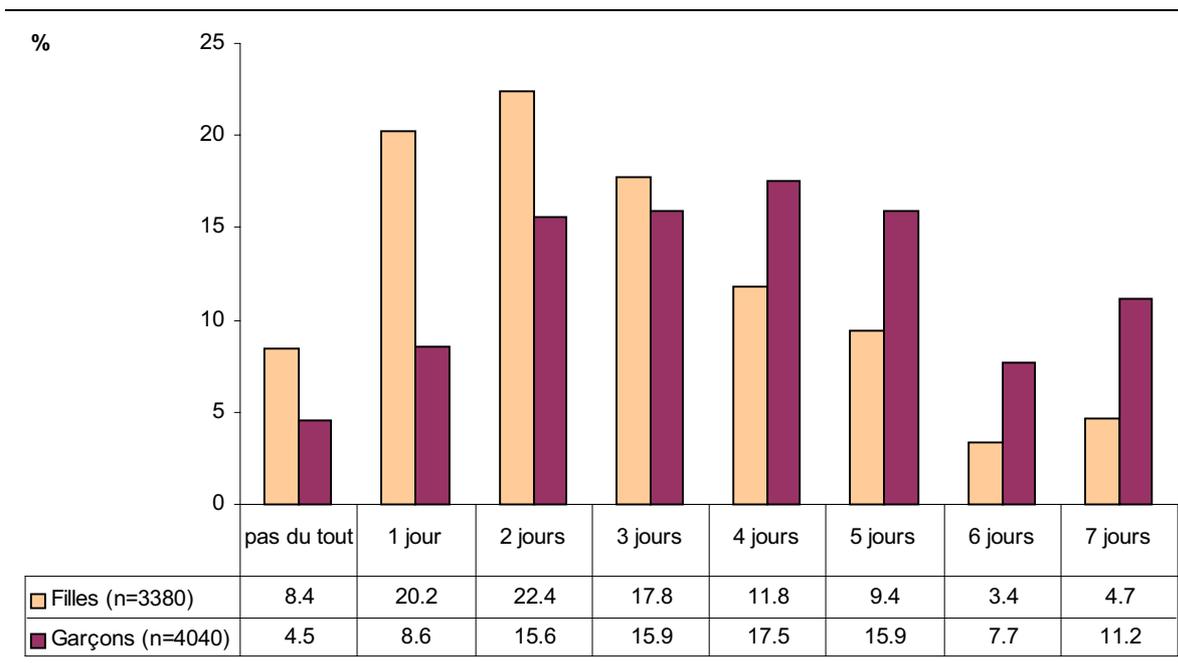
### 3.4.1 Activité physique et sport

L'activité physique désigne globalement tout mouvement corporel induit par l'action des muscles squelettiques et produisant de l'énergie (Saris, 1985). Il s'agit donc de l'une des composantes de la dépense énergétique totale (à laquelle s'ajoutent le métabolisme basal, les effets thermiques de l'absorption d'aliments etc.). L'exercice physique est une activité physique pratiquée systématiquement, soit durant les loisirs, soit à l'école, ce terme étant habituellement réservé à un travail énergétique d'une certaine intensité. Cette activité physique peut être appréciée de diverses manières comme par une description à partir d'un calendrier, l'observation directe ou encore l'évaluation de la fréquence avec laquelle les individus se livrent à certaines activités entraînant une augmentation du rythme cardiaque ou/et de la transpiration.

L'Association suisse du sport (ASS) définit le sport comme une « activité corporelle présentant les caractéristiques du jeu, procurant de la joie, faisant référence à la performance et offrant les possibilités d'une confrontation responsable avec soi-même, autrui ou avec la nature ». On voit d'emblée qu'au delà de ses aspects purement sanitaires, le sport implique et mobilise aussi toute une série de composantes de la vie de chacun : des aspects psychologiques et sociaux, la notion de découverte, de plaisir etc. Ces réflexions valent particulièrement pour l'enfant et l'adolescent, pour lesquels l'activité physique et sportive représente un facteur et un support du développement biologique, psychologique et social (Rowland & Freedson, 1994). Plusieurs recherches démontrent un lien entre l'état de santé et l'activité physique et sportive, dès l'enfance et l'adolescence (Baranovski, Bouchard, & Bar-Or, 1992; Rowland, 2001). Les conséquences positives de l'activité physique à long terme dans le domaine de la santé cardio-vasculaire notamment ne font guère de doutes (Bouchard, 1999; Troiano, 2002). Par ailleurs, la participation à des activités physiques et sportives régulières semble constituer un facteur protecteur aussi en matière de santé mentale et notamment un bon régulateur du stress (Brown & Lawton, 1986; Ferron, Michaud, Narring, & Cauderay, 1997; Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999). A l'inverse, l'inactivité semble corrélée à divers comportements dommageables pour la santé, comme celle de l'usage du tabac (Abel, Broer, & Siegrist, 1992; Ferron et al., 1997; Ferron et al., 1999; Röthlisberger, 1994). Relevons tout de même que l'activité sportive n'a pas que des avantages et qu'elle constitue aussi une source importante d'accidents (Michaud, Renaud, & Narring, 2001), thème qui est traité dans le chapitre consacré aux traumatismes non intentionnels (3.6.1) Enfin, tant l'étude SMASH 1993 que d'autres recherches similaires démontrent que l'âge de 15-16 ans semble constituer une charnière au cours de laquelle un nombre substantiel de jeunes diminuent leur investissement dans la pratique sportive, notamment en raison des changements de rythme qu'imposent l'entrée en apprentissage ou dans une école supérieure (Allison & Adlaf, 1997; Ferron et al., 1999; Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000; Kimm, Glynn, & Kriska, 2000; Kimm et al., 2002; Michaud, Cauderay, Narring, & Schutz, 2002; Michaud, Narring, Cauderay, & Cavadini, 1999; Sallis, 1993). Le présent chapitre se centre sur la manière dont les jeunes rendent compte de leur activité physique et sportive de même que les raisons invoquées pour ne pas pratiquer une telle activité.

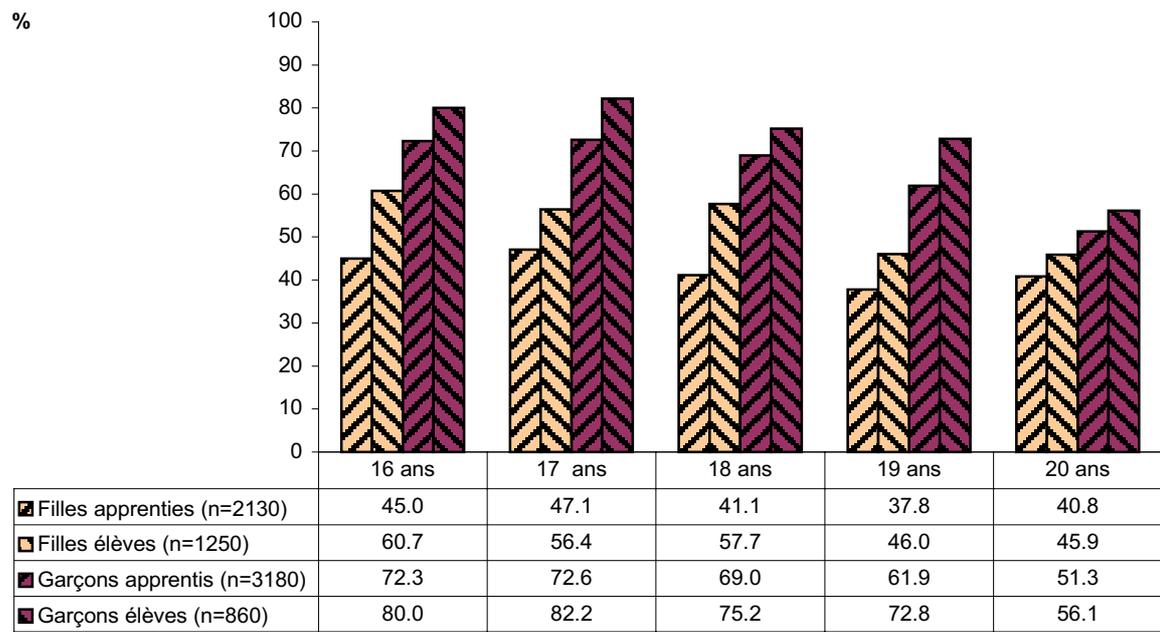
### 3.4.1.1 Activité physique

La mesure de l'activité physique constitue un casse-tête pour les chercheurs (Michaud et al., 2002; Rowland & Freedson, 1994; Sallis, 1993). Il n'existe en effet pas de consensus quant à la manière de l'apprécier à travers un questionnaire auto-administré. Le Graphique 3.4-1 illustre la proportion de répondants signalant avoir pratiqué, durant la semaine précédant l'enquête, des activités physiques, durant au moins 20 minutes d'affilée, qui les ont fait transpirer ou respirer rapidement. Il s'agit d'une question assez classique qui permet de rendre compte d'une façon approximative du degré d'activité physique modérée à intensive pratiqué par des individus de tous âges. Comme on le voit il existe de fortes différences entre garçons et filles, ces dernières étant beaucoup plus nombreuses à signaler une faible fréquence d'activité (de 0 à 2 jours par semaine).



**Graphique 3.4-1** Proportions de jeunes signalant avoir pratiqué, à diverses fréquences au cours de la semaine précédant l'enquête, des activités physiques qui les ont fait transpirer ou respirer rapidement, durant au moins 20 minutes d'affilée, selon le sexe (SMASH 2002, Q2)

Comme on le voit dans le Graphique 3.4-2, la proportion de jeunes qui signalent une activité physique d'au moins 3 fois 20 min. par semaine (considérée comme le minimum apte à garantir une forme physique adéquate (Marti, 1989) tend à diminuer avec l'âge, tant chez les filles que les garçons.



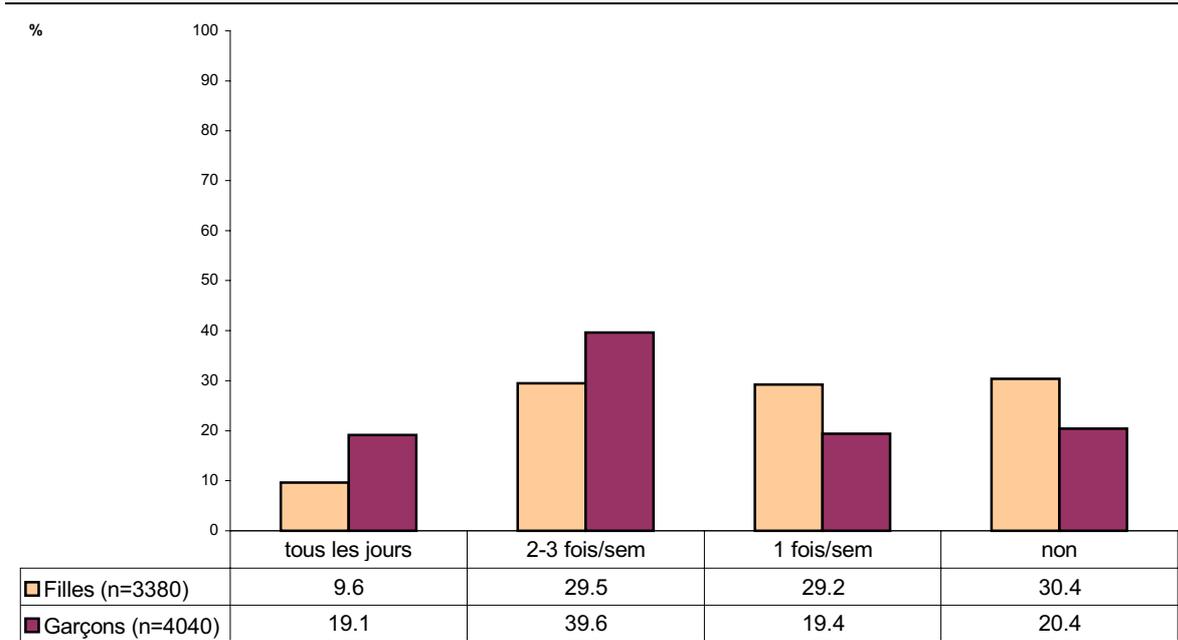
**Graphique 3.4-2** Proportions de jeunes qui signalent une activité physique qui les a fait transpirer ou respirer rapidement, pratiquée au moins 3 fois 20 min. par semaine (considérée comme le minimum apte à garantir une forme physique adéquate), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q2)

### 3.4.1.2 Activités sportives

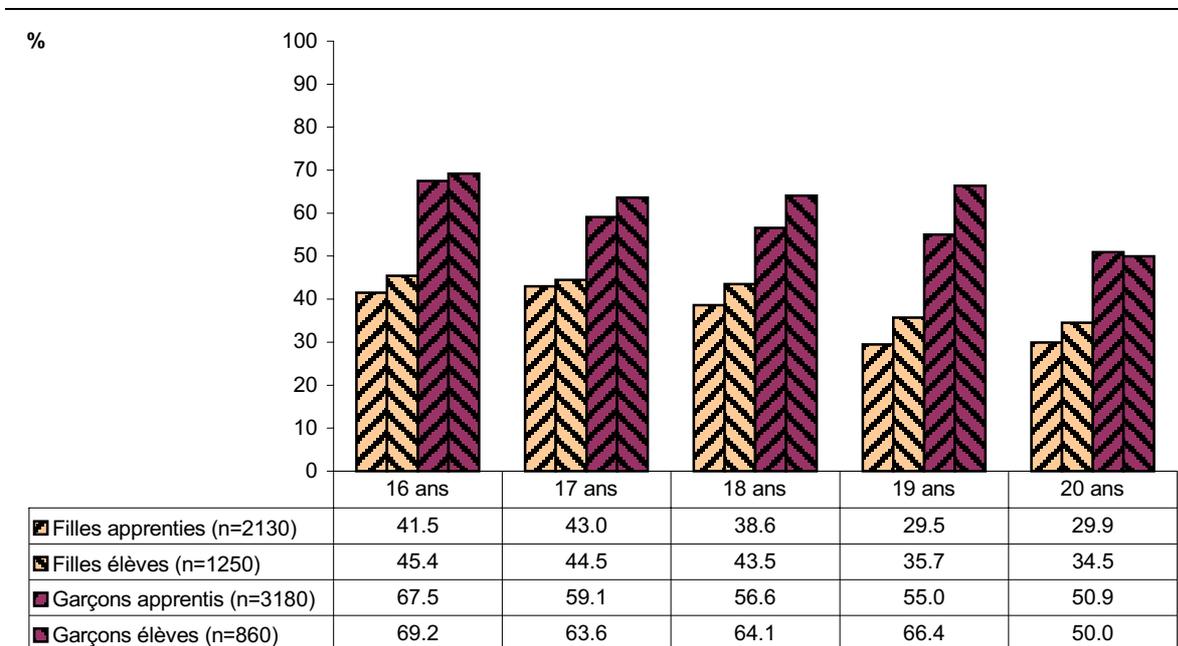
Le Graphique 3.4-3 illustre les proportions de répondants qui disent pratiquer des sports à diverses fréquences, de façon formelle ou informelle, mais en dehors des cours d'éducation physique. Les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à signaler une activité sportive quotidienne, ou du moins régulière. Le graphique suivant (Graphique 3.4-4) illustre les pourcentages de répondants qui pratiquent des sports au moins 2 à 3 fois par semaine, par sexe, tranche d'âge et filière séparée.

Quelles sont les raisons pour lesquelles les jeunes ne pratiquent que peu ou même aucun sport ? Diverses réponses étaient proposées aux répondants, dont les résultats sont résumés dans le Tableau 3.4-1 : ce n'est à première vue pas tant le manque d'offre que le manque d'intérêt et de motivation qui semble jouer un rôle dans l'abandon du sport entre 16 et 20 ans.

### 3.4 Comportements liés à la santé



**Graphique 3.4-3** Pourcentages de jeunes se livrant en dehors des cours à une activité sportive – structurée ou non – durant la semaine, selon le sexe (SMASH 2002, Q4)



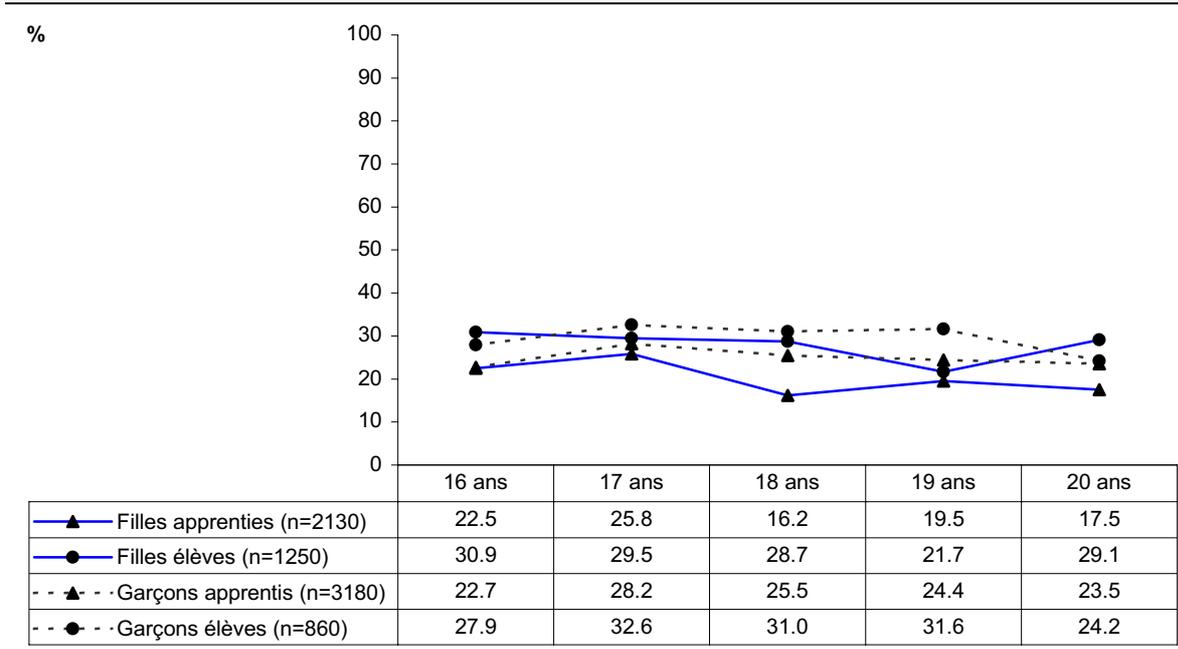
**Graphique 3.4-4** Pourcentages de jeunes qui pratiquent des sports au moins 2 à 3 fois par semaine, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q4)

	Filles (%) n = 1029	Garçons (%) n = 823
J'ai trop à faire et je n'ai pas le temps	60.3	47.4
Je préfère faire d'autres choses	37.2	43.0
Je n'en ai pas envie, j'ai la flemme	26.6	28.5
Je n'aime pas le sport	25.5	22.3
Mes horaires de travail irréguliers m'en empêchent	19.6	16.3
J'ai déjà un travail physiquement dur	11.1	27.7
Je ne suis pas doué(e)	9.2	7.0
Je souffre d'une blessure ou d'un handicap physique	8.2	8.9
Je me sens mal à l'aise avec mon corps	6.5	3.1
Je manque d'occasions / pas de club/de salle pour le sport	9.6	6.4
Mes ami(e)s ne font pas de sport non plus	5.8	8.7

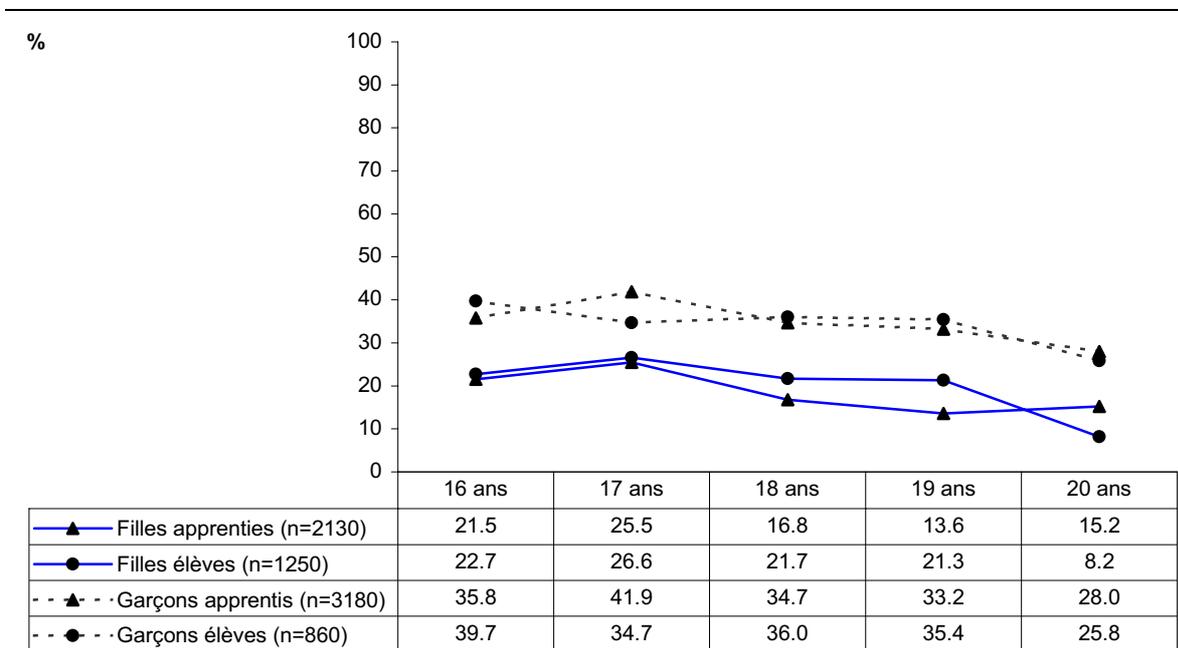
**Tableau 3.4-1** Proportions de jeunes qui évoquent différentes raisons pour ne pas pratiquer de sports, selon le sexe (SMASH 2002, Q4)

Les deux graphiques suivants illustrent la proportion de jeunes qui pratiquent régulièrement des sports individuels et d'équipe. Comme le montre le Graphique 3.4-5, la proportion de filles et garçons qui pratiquent un sport individuel diffère quelque peu, et tend à diminuer avec l'âge chez les filles, mais pas chez les garçons. La proportion de jeunes pratiquant des sports collectifs (Graphique 3.4-6) est en revanche très différente chez les filles et garçons et diminue beaucoup plus nettement avec l'âge. On peut faire l'hypothèse que de nombreux jeunes se voient obligés d'abandonner un sport d'équipe lorsque les entraînements entrent en compétition avec leurs horaires de travail.

### 3.4 Comportements liés à la santé

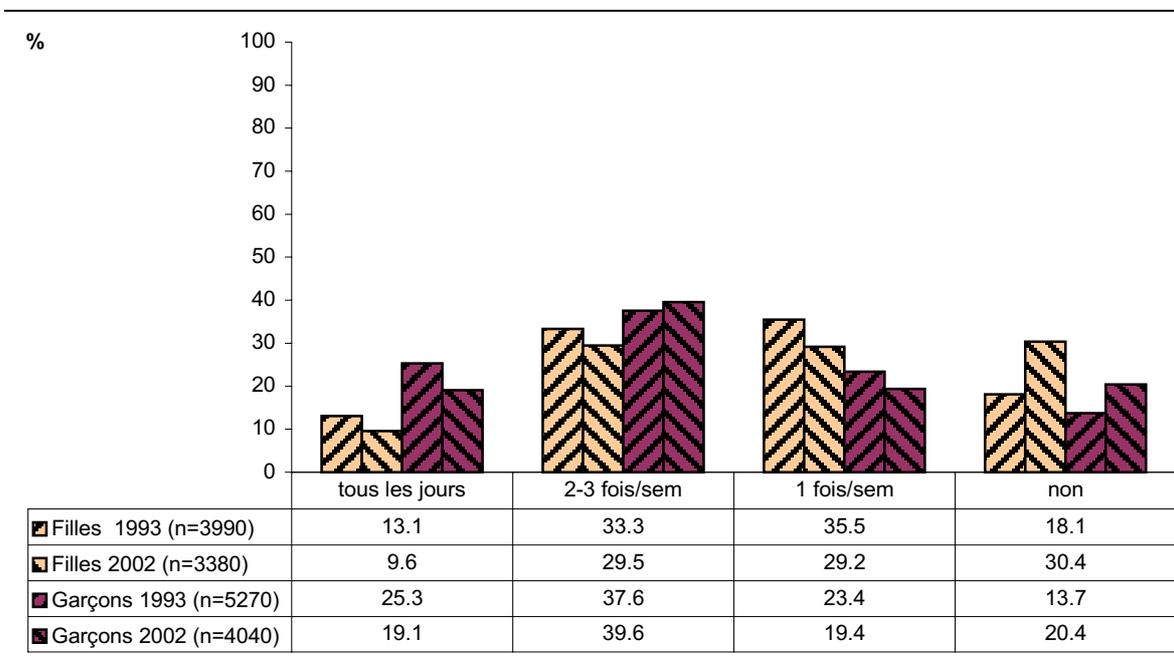


Graphique 3.4-5 Proportions de jeunes disant pratiquer des sports individuels, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q3)



Graphique 3.4-6 Pourcentages de jeunes qui pratiquent des sports collectifs, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q3)

Qu'en est-il de l'évolution au cours de ces dix dernières années ? Il importe de rester prudent, la composition des collectifs des enquêtes 1993 et 2002 étant un peu différente. Néanmoins, il semble que la proportion d'adolescents ne pratiquant aucun sport ait nettement augmenté depuis 10 ans, ceci dans les mêmes proportions parmi les filles et les garçons. A l'inverse, les pourcentages de jeunes signalant une activité quotidienne a diminué, ceci également dans les deux sexes.



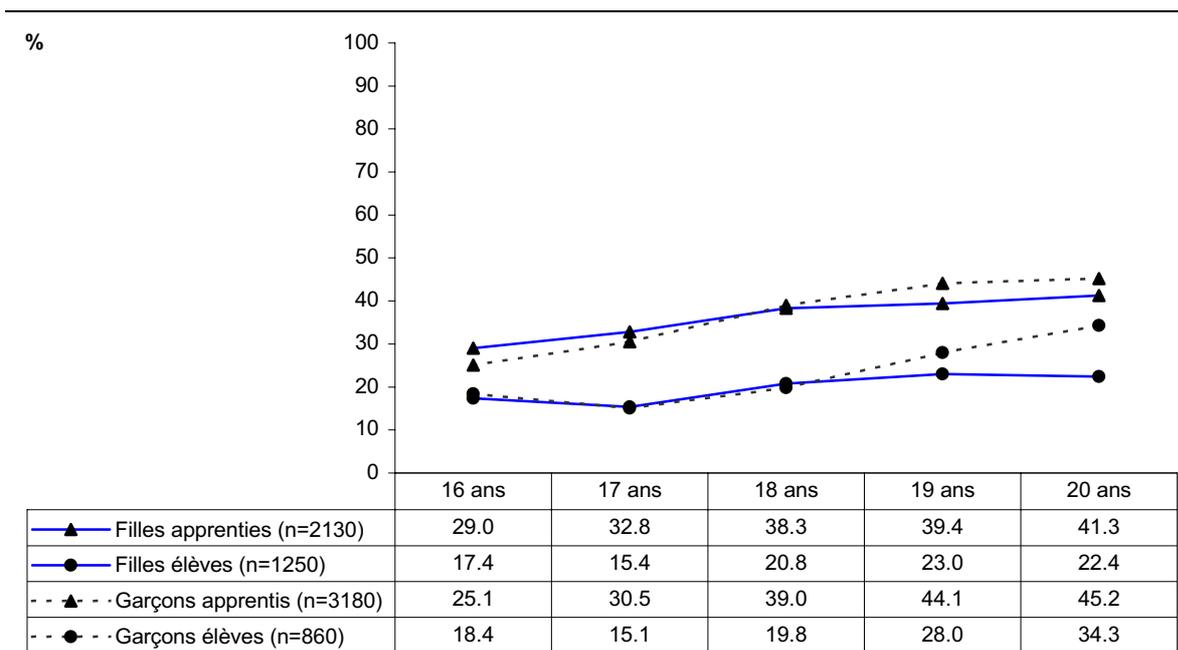
Graphique 3.4-7 Évolution du pourcentage de jeunes qui pratiquent des sports à différentes fréquences, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q4)

Retenons de ce panorama que la situation des jeunes, du point de vue de l'activité physique et sportive, ne semble pas s'être améliorée depuis une dizaine d'années et s'est même probablement détériorée. Cette évolution est sans doute liée à de multiples facteurs d'ordre social : généralisation de l'usage de véhicules motorisés par les jeunes dès 14 ou 16 ans, allongement du temps mis à se rendre sur sa place de travail, horaires difficiles, attrait d'autres activités de loisirs, absence d'une politique d'incitation en direction des jeunes inactifs, parfois manque de structures sportives adéquates, etc. Il importera à l'avenir de réfléchir aux moyens de mieux motiver certains jeunes à s'engager dans une activité physique/sportive régulière, en anticipant notamment les problèmes que peut soulever le passage du système scolaire obligatoire au rythme fort différent de l'apprentissage. Un des problèmes souvent soulevés par les adolescents est l'impossibilité de se livrer à une activité sportive structurée sans devoir in petto accepter des entraînements lourds et fréquents. Il y a probablement une place pour des activités en groupe laissant la place à une certaine flexibilité du point de vue des horaires et de la fréquence de fréquentation.

### 3.4.2 Tabac

La consommation de tabac chez les jeunes, en Suisse comme à l'étranger est un sujet majeur de préoccupation : d'une part, il est démontré que l'usage de tabac débute la plupart du temps à l'adolescence et, lorsqu'il devient régulier, tend à perdurer tout au long de la vie, entraînant des problèmes de santé majeurs (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Health, 1994; Vitale, 1998). D'autre part, la majorité des études faites auprès des jeunes, en Suisse et à l'étranger, démontrent une augmentation de la consommation de tabac, notamment chez les filles, au cours des deux dernières décennies (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Currie, Hurrellann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Schmid, 2003).

Le Graphique 3.4-8 présente les pourcentages de fumeurs réguliers à différents âges, par sexe et filière professionnelle séparés. Il montre que le taux de fumeurs augmente encore notablement entre 16 et 20 ans. Si l'on estime que le pourcentage de fumeurs réguliers (consommation quotidienne) est de l'ordre de 4% chez les filles et de 6% chez les garçons de 13-14 ans (Schmid, 2003), respectivement de 19% et 18% à l'âge de 15 ans, et enfin de 30% et 40% à l'âge de 20 ans (toutes filières confondues), on se rend compte que l'apprentissage de la consommation régulière de tabac se poursuit au delà de la scolarité obligatoire, donc après l'âge de 15 ans. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par la majorité des répondants est de l'ordre de 10 à 12, sans variation notable selon l'âge. Les apprentis garçons semblent fumer significativement plus, avec une moyenne qui se situe plutôt autour des 15 cigarettes par jour.

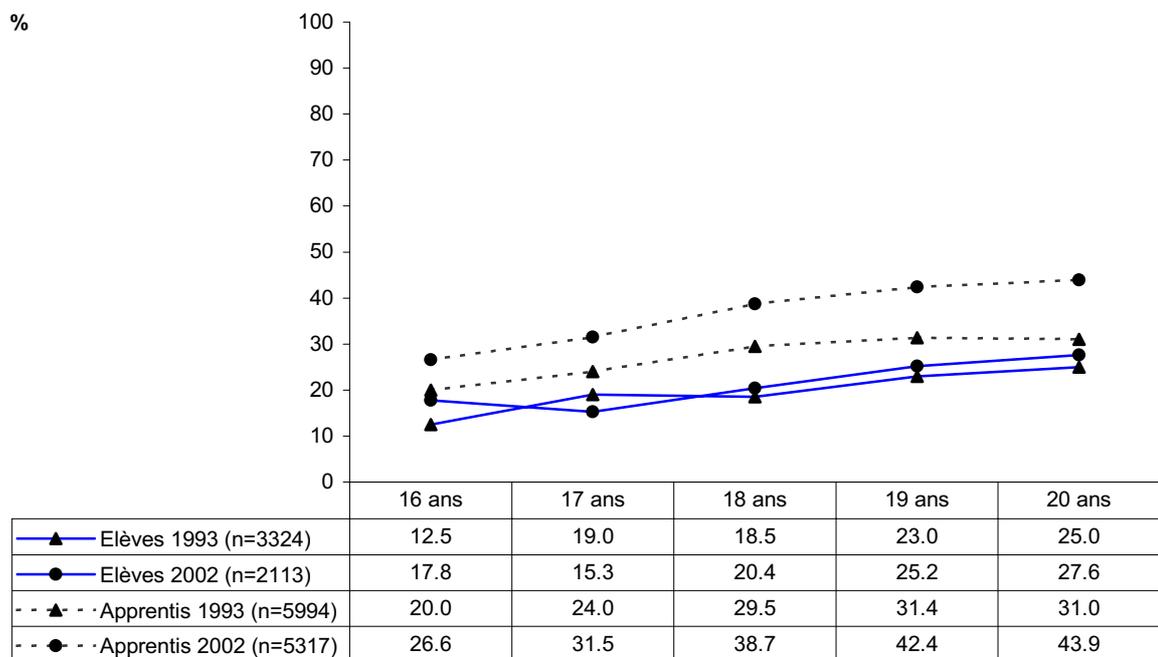


**Graphique 3.4-8** Pourcentages de jeunes se considérant comme fumeurs réguliers, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q75)

Par ailleurs, ce graphique fait apparaître des différences très significatives dans le taux d'usage de tabac entre apprentis et élèves, ces derniers, tant les filles que les garçons, présentant des taux en moyenne inférieurs d'un tiers voire de la moitié. Par rapport à la dernière enquête effectuée il y a 10 ans, l'écart entre élèves et apprentis semble s'être creusé. Les différences entre filles et garçons sont faibles mais tout de même significatives, notamment entre 19 et 20 ans, âge auquel il semble subsister plus de garçons fumeurs que de filles, un phénomène déjà constaté il y a 10 ans. Les filles qui prennent des

contraceptifs oraux sont-elles plus sensibles à l'importance d'arrêter de fumer ? Cela semble peu probable ; dans un article publié récemment, il a été montré que le pourcentage de jeunes qui renoncent à fumer avant l'âge de 20 ans est sensiblement le même chez les filles et les garçons (Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001). Il est plus vraisemblable que les répondants jeunes (15-17 ans) du présent collectif appartiennent à une cohorte dans laquelle le tabagisme est plus répandu chez les filles que ce n'était le cas auparavant, comme le montre les résultats des enquêtes successives HBSC menées par l'ISPA (Schmid, 2003).

Que dire enfin de l'évolution du pourcentage de fumeurs depuis 10 ans ? Il importe de rester prudent, la composition des collectifs des enquêtes 1993 et 2002 étant un peu différente. Il semble néanmoins que les pourcentages aient globalement augmenté, pour chaque tranche d'âge et filière considérées ; comme le montre le Graphique 3.4-9, cet accroissement serait nettement plus sensible chez les apprentis que chez les élèves, de l'ordre de 20% à 30 % selon les tranches d'âges considérées. Cette évolution recoupe les résultats de diverses enquêtes menées ces dernières années en Suisse, notamment celle de l'ISPA (Schmid, 2003) et impose une réflexion approfondie sur les stratégies de prévention à développer (Binyet & de Haller, 1993).



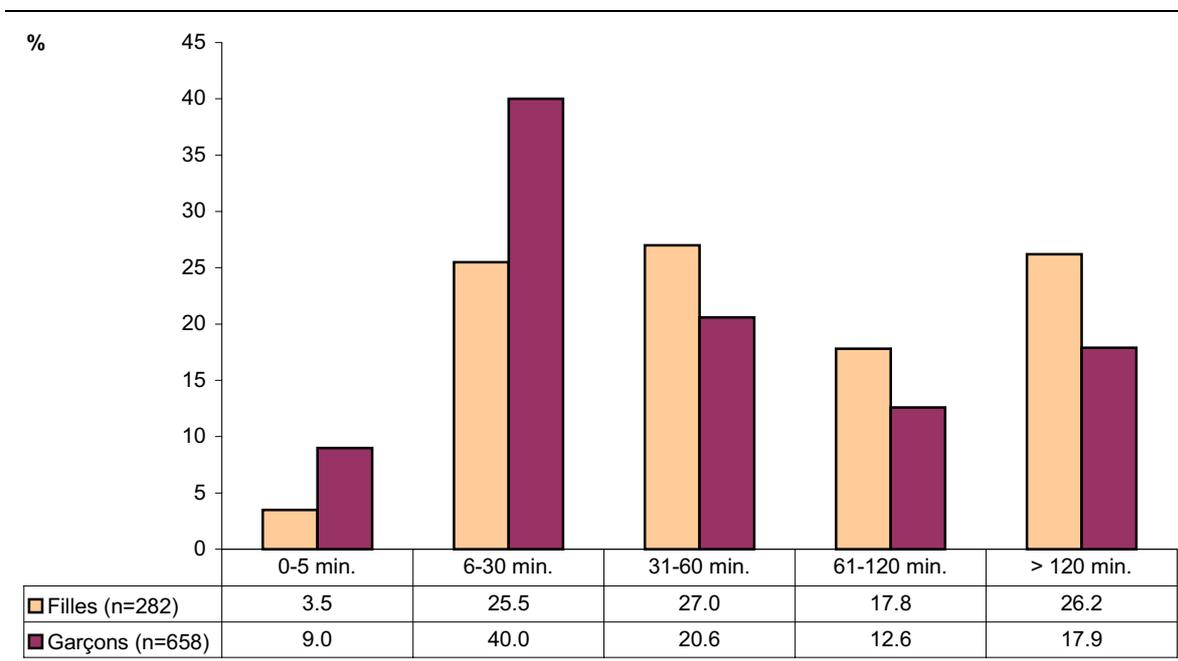
**Graphique 3.4-9** Pourcentages de jeunes fumeurs, selon la formation et l'âge, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q75)

Les recherches menées à l'étranger démontrent que le risque de rester un fumeur de cigarettes augmente avec la précocité de l'âge auquel cette habitude se prend. L'âge moyen auquel les répondants fumeurs ont commencé à fumer « régulièrement » la cigarette varie selon le sexe et la filière professionnelle : il est de 14.9 ans pour les filles apprenties et de 15.2 ans pour les élèves, tandis qu'il est de 15 ans et de 15.5 ans respectivement pour les garçons apprentis et élèves.

Une manière simple et souvent utilisée de tester l'importance de la dépendance à la nicotine chez les adultes est de demander aux sujets interrogés le temps qui sépare le réveil de la première cigarette. Nous avons posé cette même question aux répondants de la présente enquête. Le Graphique 3.4-10 donne les résultats à cette question et montre qu'un pourcentage très important de jeunes, surtout de garçons, fument leur première cigarette dans un délai d'une heure, voire d'une demi-heure suivant leur réveil, signant ainsi déjà une dépendance à la nicotine relativement nette. Cette dépendance est plus

### 3.4 Comportements liés à la santé

marquée parmi les apprentis des deux sexes : par exemple, 53% des apprentis garçons contre 23% des élèves garçons fument leur première cigarette dans un délai de 30 minutes après le lever.



**Graphique 3.4-10** Profil de consommation des jeunes fumeurs, suivant le temps séparant le réveil de la première cigarette fumée et selon le sexe (SMASH 2002, Q75)

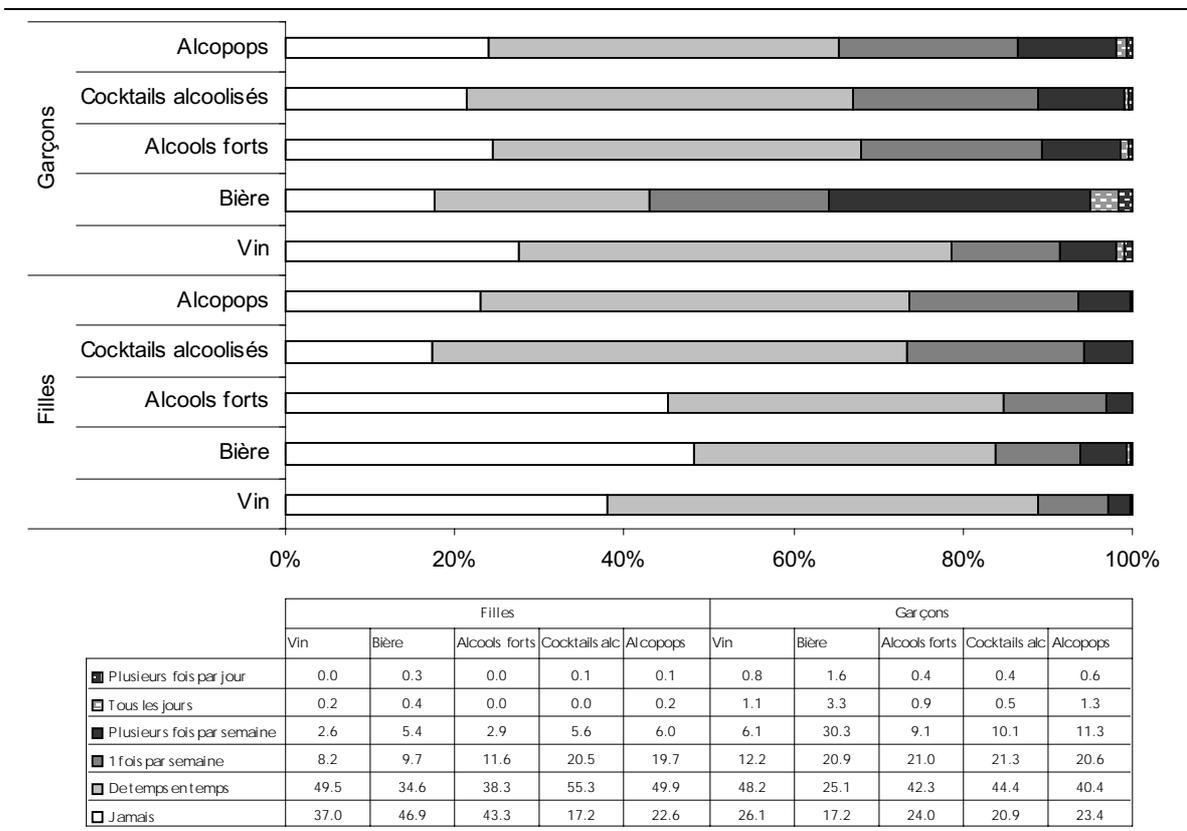
En conclusion, les résultats démontrent qu'un jeune sur trois se considère comme fumeur régulier, dans une proportion un peu plus importante parmi les apprentis que parmi les élèves. En outre, les pourcentages de jeunes fumeurs semblent avoir passablement augmenté depuis 10 ans, comme c'est le cas chez les jeunes de moins de 16 ans (Schmid, 2003). Il est heureux que l'OFSP se préoccupe de cette situation et mette sur pied diverses campagnes de prévention à l'échelon national et régional. Il est justifié d'intervenir très tôt avec des outils de type interactif comme l'acquisition de compétences de vie et de gestion de la pression des pairs et des médias (Kumpfer, 1999; Tobler, 2000), de même que de chercher à faire participer les parents à de telles actions. Cependant, il ne faut pas négliger l'utilité d'actions environnementales comme celles des écoles et des lieux sans fumée, et promouvoir également, auprès des adolescents plus âgés, l'accès à des programmes de sevrage tabagique (Bonard et al., 2001; Donovan, 2000; Klein, Levine, & Allan, 2001). Par ailleurs, les analyses effectuées sur le thème de la lutte contre l'usage de tabac par les jeunes insistent sur l'efficacité d'actions à l'échelon législatif et économique, telles que la restriction d'accès à la cigarette, la restriction de la promotion du tabac dans les médias et enfin l'augmentation du prix du paquet de cigarettes (Bruvold, 1993; Chaloupka, 2003 ; Stead & Lancaster, 2002).

### 3.4.3 Alcool

Le public et même certains professionnels tendent à oublier que la substance psychoactive la plus consommée par les jeunes demeure l'alcool et non le cannabis. Cette mésestimation est d'autant plus regrettable que la consommation abusive d'alcool reste un des problèmes de santé publique les plus sérieux dans notre pays comme dans beaucoup d'autres pays européens : selon une étude récente (Ezzati et al., 2002) la consommation problématique et abusive d'alcool vient en troisième place après l'usage du tabac et l'hypertension comme cause de morbidité dans l'ensemble de la population. De multiples recherches mettent en évidence l'importance de la précocité d'accès aux consommations alcooliques et la fréquence du recours à l'alcool comme facteurs associés à un futur comportement problématique (Augustyn & Simons-Morton, 1995; Ellickson, Tucker, & Klein, 2003; Foxcroft, Lister-Sharp, & Lowe, 1997; Ledoux, Sizaret, Hasler, & Choquet, 2000; Patton, 1995). Il est donc de toute importance d'évaluer de façon systématique et répétée les comportements des adolescents dans ce domaine.

La simple évaluation des quantités et des fréquences d'alcool consommées ne permet pas d'approcher avec finesse les rapports que les jeunes entretiennent avec l'alcool. Contrairement à l'enquête d'il y a 10 ans, le questionnaire actuel comportait plusieurs questions permettant d'analyser les conduites d'abus comme le « binge drinking » (consommation de 5 boissons alcoolisées lors d'une même occasion (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994; Windle, 1996)) ainsi que les problèmes liés à la prise d'alcool.

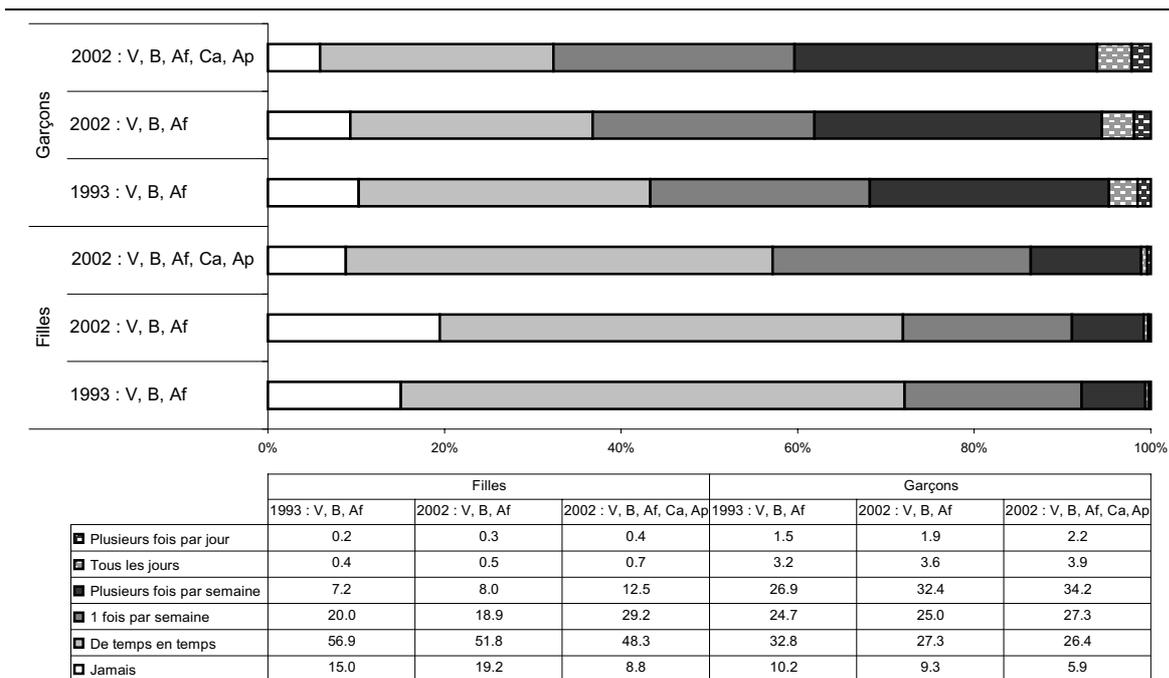
Le Graphique 3.4-11 présente les fréquences de consommation d'alcool par sexe séparé. Les jeunes donnent actuellement leur préférence à la bière, aux alcopops et aux cocktails alcoolisés. Les différences de consommation entre filles et garçons sont importantes, surtout parmi les consommateurs réguliers d'alcool (> 1 fois par semaine). La bière reste la boisson la plus souvent consommée par les garçons tandis que, chez les filles, ce sont les cocktails et alcopops qui viennent en tête.



Graphique 3.4-11 Pourcentages de jeunes consommant divers types d'alcool à des fréquences variables, selon le sexe (SMASH 2002, Q76)

### 3.4 Comportements liés à la santé

Le Graphique 3.4-12 donne les pourcentages de jeunes consommant, en 2002, n'importe quel type d'alcool à diverses fréquences, par rapport à l'enquête de 1993. La consommation de bière, de vin et d'alcools forts est stationnaire ; en revanche, si l'on compare la consommation totale de boissons alcoolisées incluant, en plus de la bière, du vin et des alcools forts, les cocktails et les alcopops, on constate une augmentation notable de la consommation hebdomadaire et pluri-hebdomadaire d'alcool, surtout chez les répondants de sexe féminin. Par exemple, le pourcentage de jeunes filles déclarant consommer de l'alcool au moins une fois par semaine a augmenté de près de 10% entre 1993 et 2002 et la différence de pourcentage est exclusivement attribuable à la consommation d'alcopops et de cocktails.



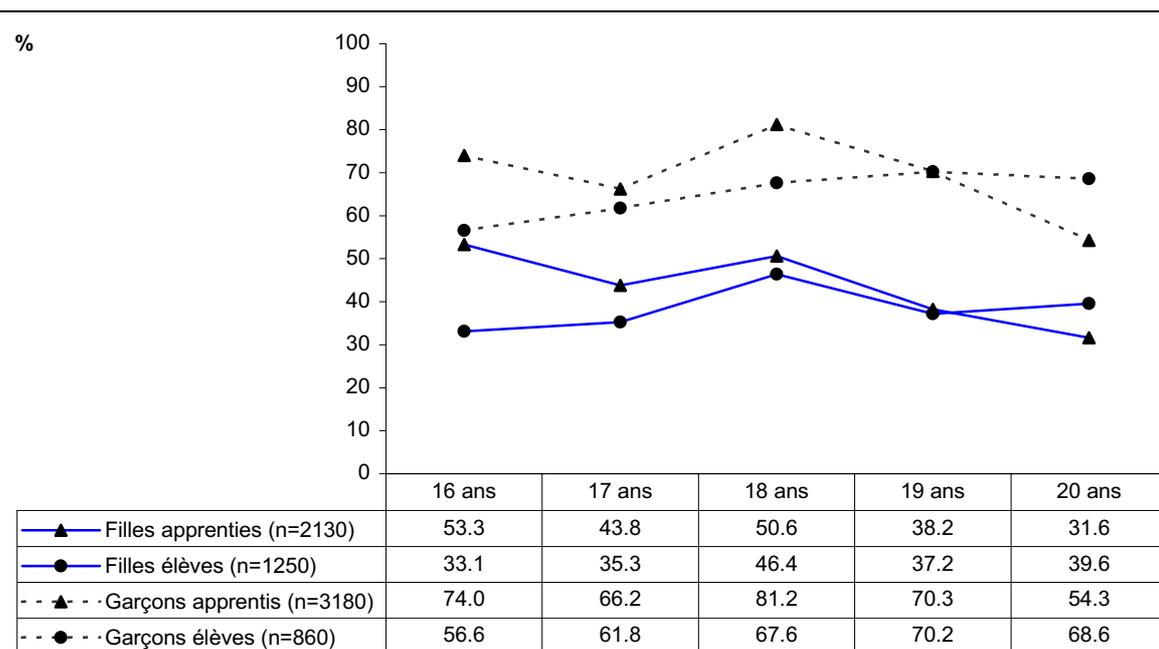
\* Légende : V : vin ; B : bière ; Af : alcools forts ; Ca : cocktails alcoolisés ; Ap : alcopops.

\*\*Pour 1993, les données sur la consommation d'alcool en général ne sont pas disponibles.

**Graphique 3.4-12** Pourcentages de jeunes consommant divers types d'alcool à des fréquences variables, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q76)

Ainsi, la mise sur le marché de boissons alcoolisées sucrées, au goût agréable a permis de recruter une nouvelle frange de consommateurs et surtout de consommatrices qui, autrefois, ne consommaient pas d'alcool. Même si ces comparaisons ont leurs limites (composition d'échantillon légèrement différente entre 1993 et 2002 ; accroissement des pourcentages de consommation lié à l'ajout de nouveaux types de boissons dans la question), l'évolution ainsi constatée pose beaucoup de questions par rapport au contrôle de la vente et de la consommation de boissons alcoolisées de diverses natures par les jeunes. Le Graphique 3.4-12 donne un aperçu de cette évolution de façon plus visuelle et met en évidence la part prise par la consommation d'alcopops et de cocktails entre 1993 et 2002, surtout chez les filles.

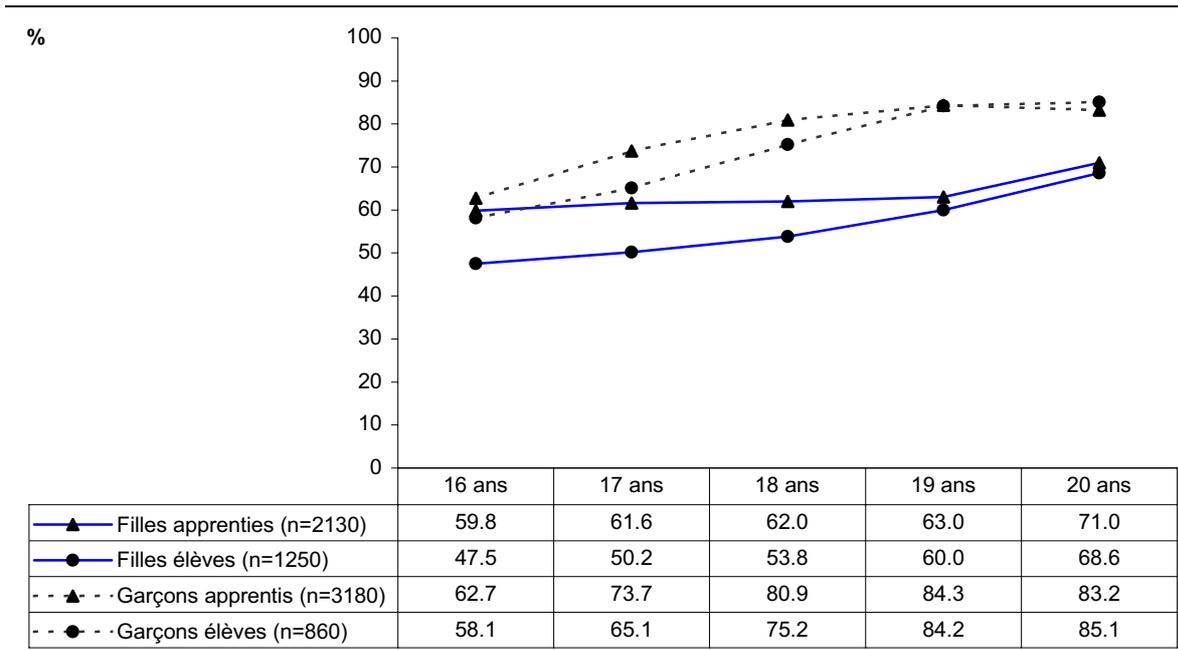
Le Graphique 3.4-13 donne une idée des fréquences de consommation d'alcool (tous alcools confondus) selon l'âge des répondants, par sexe et filière professionnelle séparés. La proportion de consommateurs réguliers évolue peu avec l'âge chez les élèves. En revanche, chez les apprentis des deux sexes, la proportion de jeunes rapportant une consommation régulière semble plus faible parmi les répondants plus âgés. L'explication la plus plausible de ce phénomène est un effet de cohorte. Les enquêtes HBSC (Schmid, 2003) montrent en effet que l'usage d'alcool, surtout chez les filles, s'est répandu même avant l'âge de 15 ans, de sorte que les plus jeunes du collectif SMASH 2002 auraient pris l'habitude de consommer de l'alcool dans une proportion plus importante que les jeunes de 19-20 ans interrogés dans le cadre de l'enquête.



**Graphique 3.4-13** Pourcentages de jeunes disant consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q76)

L'un des problèmes que pose la consommation de ce type de boisson est qu'il s'accompagne facilement d'épisodes d'ivresse, les jeunes ne percevant pas facilement que ces boissons douces et séduisantes contiennent une quantité appréciable d'alcool. Le Graphique 3.4-14 donne une idée du nombre de jeunes ayant connu au moins un épisode d'ivresse dans leur vie. Comme on le voit, la proportion de jeunes ayant connu un tel épisode augmente avec l'âge, mais il est déjà relativement élevé à l'âge de 16 ans. Cela corrobore les résultats de l'enquête HBSC de l'ISPA (Schmid, 2003) qui montre qu'à l'âge de 15-16 ans, 25.4% des filles et 41.9% des garçons interrogés avaient déjà connu au moins un épisode d'ivresse. Les jeunes apprenties de 16-17 ans sont très proches de leurs camarades garçons, et c'est avant tout les jeunes élèves qui se distinguent par un taux plus faible de fréquence d'ivresse. D'un autre côté, c'est surtout vers l'âge de 18 à 20 ans qu'apparaissent le plus nettement les différences entre filles et garçons. Pour terminer, relevons la faible augmentation des taux entre 18 et 20 ans, qui signe le fait que l'apprentissage de l'ivresse, dans nos sociétés, se fait avant tout entre l'âge de 13 et 17 ans, avec une tendance, si l'on en croit les chiffres de l'ISPA (Schmid, 2003), à un rajeunissement des collectifs ayant connu au moins une ivresse.

### 3.4 Comportements liés à la santé



**Graphique 3.4-14** Pourcentages de jeunes ayant connu au moins un épisode d'ivresse, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q78)

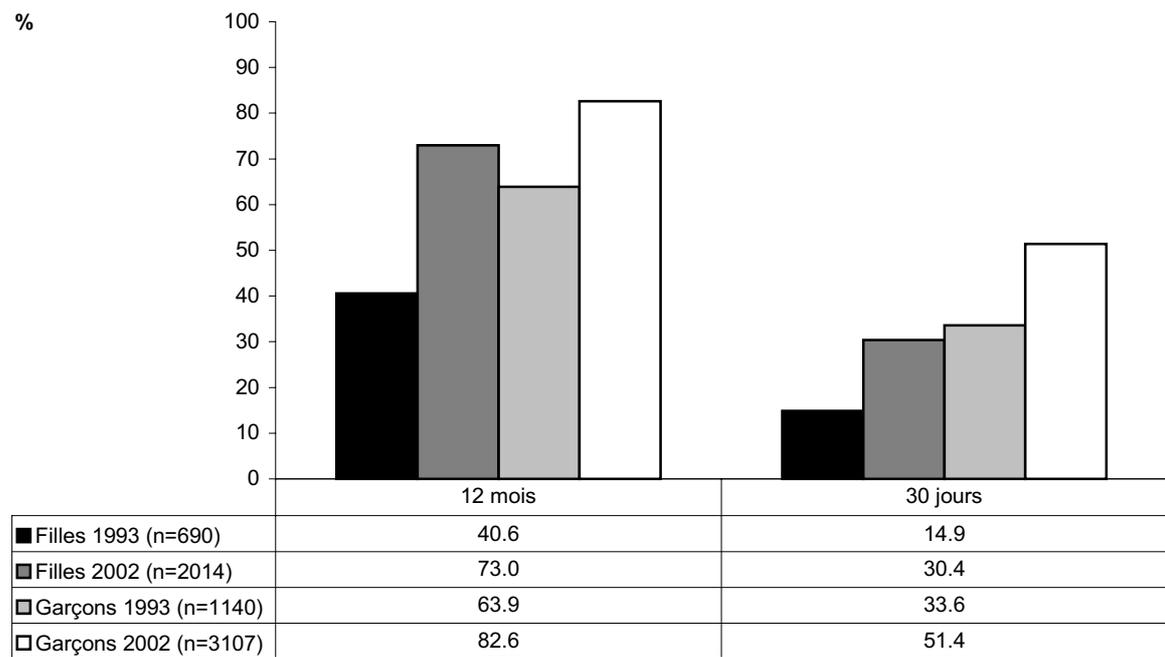
Entre 16 et 20 ans, on peut donc dire qu'une majorité d'adolescents, les garçons en plus forte proportion que les filles, ont connu au moins un épisode d'ivresse au cours de leur vie. De plus, comme le démontre le Tableau 3.4-2, une quantité considérable d'entre eux connaissent des épisodes d'ivresse réguliers. Les différences entre filles et garçons de même qu'entre apprentis et élèves sont significatives. Il en va de même pour les différences selon les tranches d'âge considérées.

	Jamais		1 à 2 fois		3 à 9 fois		10 fois ou plus	
	filles (%)	garçons (%)	filles (%)	garçons (%)	filles (%)	garçons (%)	filles (%)	garçons (%)
Au cours de la vie	1.3	.9	44.9	23.9	33.1	28.7	18.2	42.1
Au cours des 12 derniers mois	21.8	11.8	48.7	36.4	18.5	24.9	5.8	21.3
Au cours des 30 derniers jours	63.0	43.2	26.4	33.9	3.7	14.0	.4	3.5

\* Les pourcentages sont calculés par rapport aux jeunes ayant signalé au moins un épisode d'ivresse au cours de la vie.

**Tableau 3.4-2** Pourcentages de jeunes ayant connu des épisodes d'ivresse à diverses fréquences, selon le sexe (SMASH 2002, Q78)

Si l'on veut mesurer l'évolution survenue ces dix dernières années, il importe de rester prudent, la composition des collectifs des enquêtes 1993 et 2002 étant un peu différente. Ceci étant dit, il semble bien que la proportion de jeunes ayant connu un ou des épisodes d'ivresse, surtout chez les filles, aurait notablement augmenté au cours de la dernière décennie (Graphique 3.4-15), dans une proportion de 20% à 40%. C'est également la fréquence de ces épisodes qui semble s'accroître, puisque la proportion de jeunes signalant trois ou plus épisodes d'ivresse durant l'année et surtout durant le dernier mois semble avoir passablement crû. Si l'expérience de l'ivresse s'est accrue chez les filles, sa fréquence reste tout de même plus élevée chez les garçons, le pourcentage d'entre eux signalant des ivresses dans le mois précédant l'enquête étant nettement plus important.

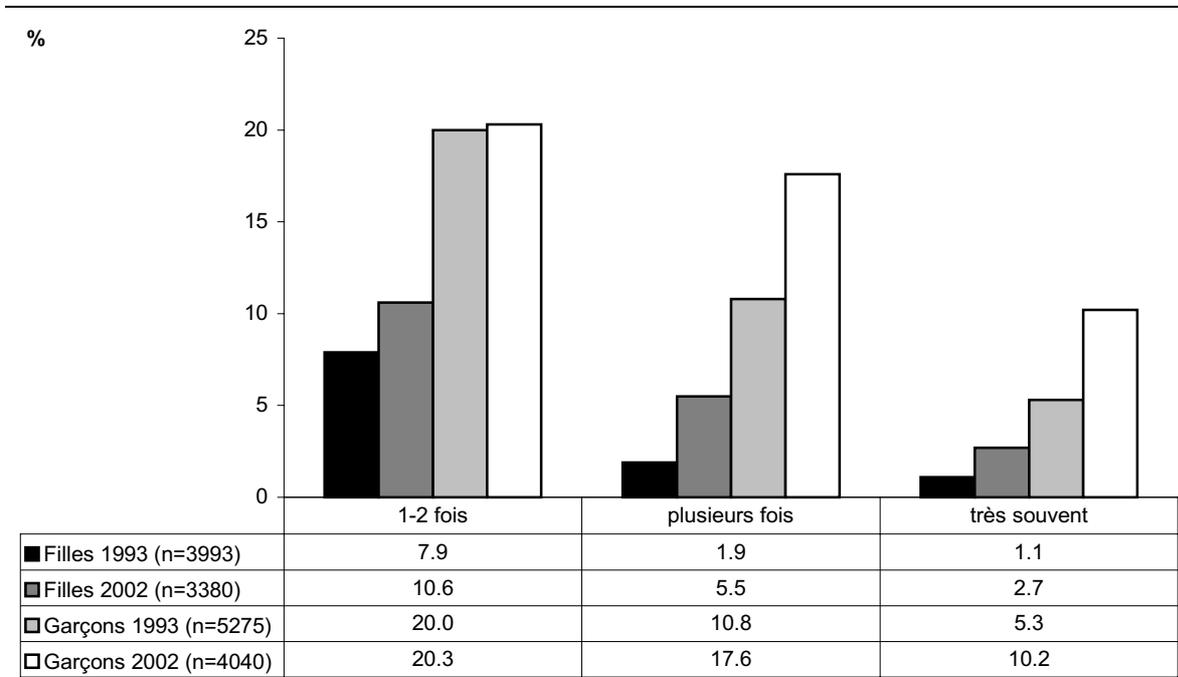


\* Les données 1993 sont basées sur les 25% des répondants qui ont reçu le module sur l'utilisation de substances.

**Graphique 3.4-15** Pourcentages de jeunes signalant au moins un épisode d'ivresse dans les 12 mois et/ou les 30 jours précédant l'enquête, parmi les consommateurs d'alcool, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q78)

### 3.4 Comportements liés à la santé

Les conséquences potentielles des épisodes d'ivresse sont connues : risque d'accident, de violence et de bagarre, mauvaises performances scolaires ou encore prises de risque sous l'influence de l'alcool. Le Graphique 3.4-16 montre que nombre de jeunes admettent avoir pris le volant (ou le guidon) en se sentant ivres. Ainsi, en 2003, un garçon sur dix déclare conduire souvent un véhicule en état d'ébriété. De plus, la proportion de jeunes signalant une telle situation a passablement augmenté depuis 10 ans.



\* Les données 1993 sont basées sur les 25% des répondants qui ont reçu le module sur l'utilisation de substances.

**Graphique 3.4-16** Pourcentages de jeunes reconnaissant avoir conduit en état d'ivresse un véhicule (2 ou 4 roues), sur l'ensemble du collectif, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q30)

En dehors de la conduite en état d'ivresse et des risques potentiels qu'elle comporte, il existe bien d'autres complications potentielles de l'usage excessif d'alcool. Le Tableau 3.4-3 en répertorie une partie sur l'ensemble du collectif.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
<b>Problèmes individuels</b>	<b>17</b>	<b>33</b>
Diminution des performances à l'école, au travail, y c. absentéisme	2.9	5.3
Objets ou habits endommagés	7.9	21.7
Valeurs perdues (argent, etc.)	8.9	16.0
Accidents, blessures	6.2	16.6
<b>Problèmes relationnels</b>	<b>15</b>	<b>27</b>
Querelle, bagarre	4.7	17.6
Problèmes relationnels avec des ami(e)s	8.1	9.8
Problèmes relationnels avec vos parents	5.4	8.5
Problèmes relationnels avec vos enseignant(e)s	0.8	2.0
Problèmes relationnels avec des collègues	3.4	4.5
<b>Relations sexuelles</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
Relation sexuelle non voulue	4.1	7.1
Relation sexuelle non protégée	5.5	7.3
Problèmes d'érection (ne pas arriver à bander)	nc	5.1
<b>TOTAL (au moins une fois un problème quelconque)</b>	<b>27</b>	<b>46</b>

\* nc : not concerned

Tableau 3.4-3 Pourcentages de jeunes qui admettent avoir connu divers problèmes suite à la consommation d'alcool, sur l'ensemble du collectif, selon le sexe (SMASH 2002, Q79)

On le voit, le pourcentage de jeunes ayant connu des dommages corporels, financiers ou psychologiques est élevé : un quart des filles et pratiquement la moitié des garçons signalent avoir rencontré au moins une fois un problème résultant de leur propre consommation d'alcool. Ces problèmes sont par ailleurs significativement plus élevés parmi les apprentis des deux sexes que parmi les élèves. De plus, il est impressionnant de relever que la consommation d'alcool entraîne pour une proportion non négligeable de jeunes des deux sexes des prises de risque dans le domaine de la sexualité, confirmant en cela des constatations faites il y a quelques années dans le cadre d'une enquête nationale sur la sexualité des jeunes du même âge (Narring, Wydler, & Michaud, 2000).

### 3.4 Comportements liés à la santé

En résumé, l'évolution observée ces dernières années nous porte à conclure d'une part à une augmentation de la fréquence de consommation d'alcool – probablement liée à l'apparition des alcopops, notamment chez les jeunes adolescentes. On note en outre une modification des modes d'usage de l'alcool avec une tendance à ingérer de fortes doses de boissons en peu de temps dans le but avéré d'obtenir un état d'ivresse. Cette tendance s'accompagne probablement d'une augmentation des conduites à risques sous l'effet de boissons alcoolisées, comme en témoigne l'augmentation du pourcentage de jeunes ayant conduit en état d'ivresse. Tout se passe comme si le rapport à l'alcool se modifiait, les jeunes le consommant moins dans une optique purement festive et plus dans le but avéré de sensations d'ivresse obéissant en cela à une valorisation excessive par nos sociétés des comportements exploratoires et de la prise de risque (Le Breton, 1991).

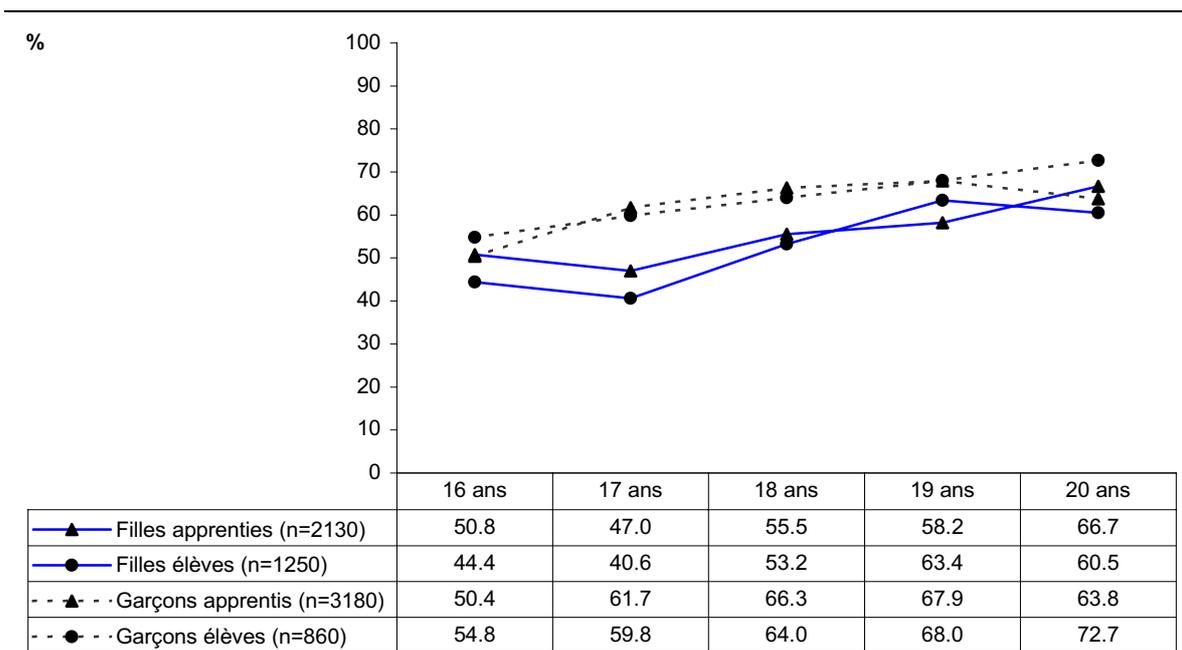
On ne peut que se féliciter des mesures prises récemment dans notre pays pour limiter l'accès aux boissons alcoolisées, telle l'augmentation des taxes perçues sur les alcopops, et un plus strict contrôle de la vente de boissons alcoolisées aux mineurs. On peut aussi souhaiter que le passage du taux maximal d'alcoolémie de 0.8 à 0.5 pour mille se fasse le plus rapidement possible. On devrait plus développer encore des campagnes de promotion du retour à domicile en compagnie d'un chauffeur sobre, à l'instar du « nez rouge » des périodes de Noël ou de la campagne "Be my angel" de la Fédération vaudoise contre l'alcoolisme. Des messages cohérents visant à promouvoir l'utilisation du préservatif (« safe sex ») à l'échelon de toute la société se sont montrés efficaces dans une modification des comportements des jeunes (Dubois-Arber, Jeannin, & Spencer, 1999). On pourrait souhaiter que des campagnes de type « safe drinking » aient à l'avenir le même impact, pour autant qu'elles soient relayées par l'ensemble de la société, comme c'est le cas dans certains pays nordiques (Bergman & Rivara, 1991).

Il ne faut en effet pas oublier que les problèmes d'alcool ne sont pas le fait des seuls adolescents et peu s'en faut : c'est donc en réfléchissant globalement à la consommation d'alcool dans notre société que l'on pourra limiter les conséquences de la consommation problématique d'alcool chez les jeunes.

### 3.4.4 Usage de cannabis

L'usage de cannabis reste dans notre pays comme dans le reste du monde un thème très controversé. S'il est établi qu'une utilisation expérimentale, occasionnelle, récréative de cannabis n'entraîne pas de dommage, la plupart des auteurs s'accordent à dire que les effets négatifs d'une consommation *régulière* de cannabis sont démontrés, tant sur la santé physique que mentale (Hall & Solowij, 1998) : effets à long terme sur le tractus respiratoire, risque augmenté de psychose ou de troubles neuropsychologiques. Ce sont néanmoins surtout les effets à court et moyen termes sur l'insertion familiale, sociale et professionnelle d'un usage abusif de cannabis qui préoccupent les parents et les professionnels concernés (Lynskey & Hall, 2000) : abandon d'activités sportives, chute du rendement scolaire, endettement, prise de risque sous l'effet des substances, isolement social, autant de problèmes rencontrés chez une partie des jeunes faisant une consommation quotidienne voire pluri-quotidienne de cannabis.

C'est avant l'âge de 15 ans que débute l'usage de cannabis pour plus de la moitié des adolescents interrogés, ce que confirment d'ailleurs les enquêtes HBSC (Schmid, 2003). On constate en outre à l'âge de 16-17 ans, et notamment chez les filles, une augmentation supplémentaire du pourcentage de consommateurs (Graphique 3.4-17). Les pourcentages de répondants signalant une consommation de cannabis une fois au moins dans leur vie n'évoluent plus que marginalement au delà de 17-18 ans. Contrairement à ce qui se passe pour la consommation de tabac, les différences entre apprentis et élèves sont négligeables.

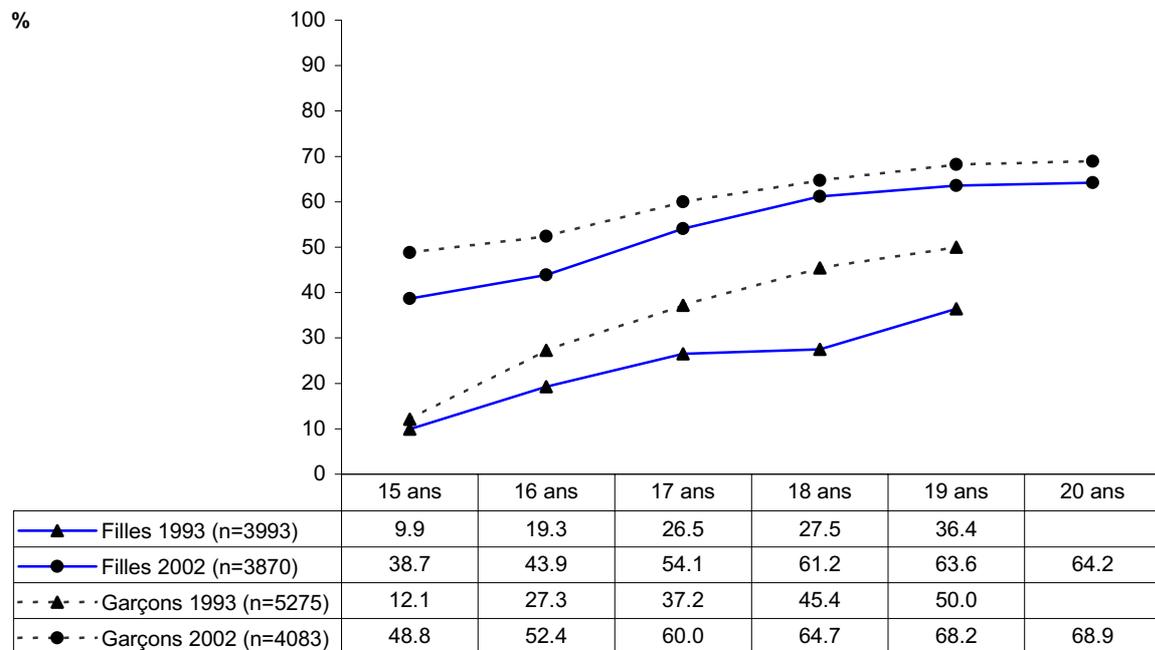


Graphique 3.4-17 Pourcentages de jeunes qui signalent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80)

Ces pourcentages contrastent singulièrement avec ceux obtenus il y a 10 ans, qui montraient que c'était plutôt au delà de 16 ans et jusqu'à 19-20 ans que cette initiation avait lieu.

### 3.4 Comportements liés à la santé

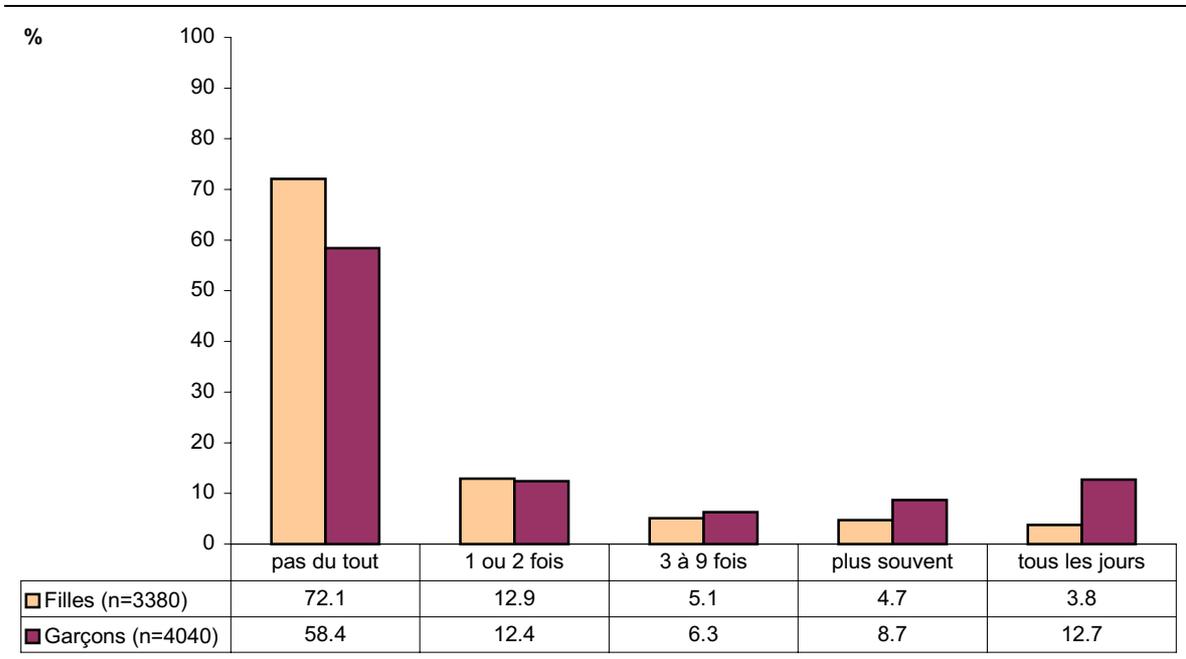
Le Graphique 3.4-18 illustre le changement qui semble avoir eu lieu durant les 10 dernières années, soit une plus grande précocité d'accès au cannabis et un plus fort pourcentage de jeunes qui en ont consommé, pour chaque tranche d'âge considérée, mais de façon très importante entre 15 et 17 ans. Cependant, comme nous l'avons déjà relevé, il faut rester prudent dans l'interprétation de ces chiffres étant donné les différences de composition des collectifs des deux enquêtes.



\* les pourcentages de consommation à 15 ans en 2002 sont tirés de l'étude de l'ISPA (Schmid, 2003)

**Graphique 3.4-18** Pourcentages de jeunes rapportant avoir fait usage à une reprise au moins de cannabis, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q80)

Il est utile de se demander à quelle fréquence le cannabis est consommé. Le Graphique 3.4-19 donne un aperçu des résultats. Comme on le voit, près de trois filles sur quatre et un garçon sur deux ne signalent aucune consommation durant le mois précédant l'enquête.



Graphique 3.4-19 Fréquences de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours, selon le sexe (SMASH 2002, Q81)

Si on soustrait les pourcentages de jeunes ayant consommé du cannabis durant les 30 derniers jours de ceux qui en ont consommé au moins une fois durant leur vie, on obtient une évaluation des jeunes qui ont soit abandonné leur usage, soit ont recours au cannabis rarement : c'est le cas pour 25% de filles et pour 22% de garçons. En d'autres termes, il est vraisemblable qu'environ la moitié des jeunes interrogés ont plus ou moins renoncé à leur consommation et qu'un pourcentage supplémentaire de 15% à 20% d'entre eux en font un usage occasionnel. Les chercheurs de l'ISPA ont aussi démontré que si les pourcentages de jeunes consommant du cannabis avaient augmenté, les pourcentages de jeunes expérimentateurs qui signalaient un usage durant leur vie mais pas dans l'année précédant l'enquête avaient, eux aussi, passablement augmenté (Schmid, 2003). Le pourcentage de jeunes qui en font un usage régulier reste donc proportionnellement relativement faible par comparaison à l'ensemble des consommateurs : de l'ordre de 10% des garçons interrogés et de près de 5% des filles signalent un usage au moins quotidien voire pluri-quotidien de cette substance.

Le Tableau 3.4-4 recense la proportion de jeunes qui signalent des problèmes en relation avec l'usage de drogue. Il est frappant que ces taux de tracas rapportés par les répondants soient relativement importants, même si les pourcentages de jeunes signalant des difficultés dans différents domaines est environ deux fois moins importante que lors de la consommation d'alcool (Tableau 3.4-3). Une exception importante à ce constat : une proportion élevée de jeunes signalent des problèmes scolaires ou professionnels en rapport avec la prise de cannabis et de drogues en général, plus du double par rapport à la prise d'alcool ! En d'autres termes, si les conséquences de l'usage problématique d'alcool se font surtout sentir dans le domaine de la violence et de la sexualité, celles de l'usage de cannabis se font sentir dans le domaine scolaire et professionnel ceci pour près de 10% du collectif, sans différence entre filles et garçons. Il n'est pas étonnant que ce soit l'effet désinhibant de l'alcool pris en grandes quantités dans certaines occasions festives qui transparaisse au travers de ces chiffres, alors que c'est l'effet délétère sur la mémoire et sur les capacités d'attention du cannabis qui se fait sentir,

### 3.4 Comportements liés à la santé

chez des jeunes qui en consomment probablement soit quotidiennement soit plusieurs fois par semaine.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
<b>Au moins un problème individuel</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
diminution des performances à l'école, au travail, absentéisme	9.3	12.4
objets ou habits endommagés	2.0	5.7
valeurs perdues (argent, ...)	4.0	7.1
accidents, blessures	2.4	5.8
<b>Au moins un problème relationnel</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
querelle, bagarre	2.3	6.3
problèmes relationnels avec des ami(e)s	5.4	6.0
problèmes relationnels avec vos parents	6.4	7.0
problèmes relationnels avec vos enseignant(e)s	1.5	2.0
problèmes relationnels avec des collègues	3.0	2.7
<b>Au moins une relation sexuelle</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
relation sexuelle non voulue	1.4	3.3
relation sexuelle non protégée	1.3	3.5
<b>TOTAL (au moins une fois un problème quelconque)</b>	<b>16</b>	<b>25</b>

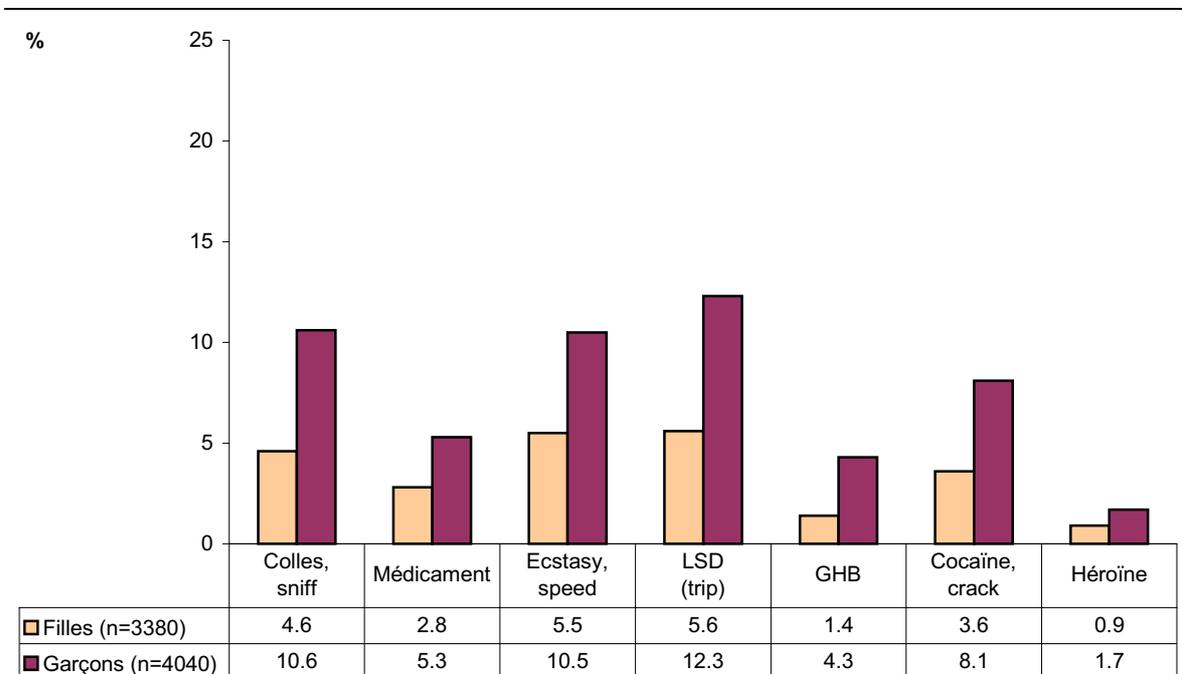
Tableau 3.4-4 Proportions de jeunes signalant avoir connu divers problèmes en relation avec la prise de drogue, selon le sexe (SMASH 2002, Q83)

Quelles conclusions tirer de ces résultats ? Tout d'abord la tendance à une consommation généralisée de cannabis semble bien se confirmer, de même que la précocité de l'accès à un tel usage, puisqu'à 15 ans, 40% des filles et 50% des garçons y ont déjà goûté. Il importe sans aucun doute d'intervenir plus tôt que par le passé avec des activités de sensibilisation et de prévention. Dans une proportion importante de cas, cette consommation reste expérimentale ou occasionnelle, donc probablement sans conséquences de santé et psychosociale. Par ailleurs, un nombre grandissant d'adolescents font une consommation quotidienne de cannabis, voire pluri-quotidienne avec comme conséquence que près de 10% des jeunes interrogés signalent des problèmes scolaires ou professionnels en relation avec cette consommation. Il importe de réfléchir à des dispositifs permettant à ces jeunes d'enrayer un usage qui peut durablement perturber leur développement psychosocial et leurs apprentissages scolaires et professionnels. Le discours actuel a malheureusement tendance à se focaliser sur les risques du cannabis en général, alors qu'il est beaucoup plus important de saisir le rapport que certains jeunes entretiennent avec cette substance, soit d'une part la quantité consommée, la fréquence de consommation, et surtout le contexte dans lequel celle-ci intervient et la personnalité des jeunes usagers.

### 3.4.5 Usage d'autres drogues

Ce chapitre est surtout consacré à l'usage de drogues illégales autres que le cannabis, principalement les drogues de synthèse et la cocaïne. Néanmoins, nous y avons adjoint l'usage de substances relativement disponibles sur le marché que sont les colles et solvants et les médicaments psychotropes. S'il n'est pas nécessaire de s'appesantir sur les effets nocifs de substances telles que l'héroïne et la cocaïne, il importe de souligner que divers travaux ont mis en évidence récemment les risques liés à l'usage de substances de synthèse, notamment l'ecstasy (INSERM, 2001) dont on a démontré qu'elle pouvait provoquer des lésions cérébrales. Depuis 10 à 20 ans, l'usage de drogues de synthèse s'est passablement répandu. Par ailleurs, l'usage d'héroïne et de cocaïne reste un problème très préoccupant dans notre pays. L'enquête SMASH permet d'estimer les pourcentages de jeunes des deux sexes rapportant un usage de telles substances, au cours de la vie ou durant les 30 derniers jours. En soustrayant les pourcentages de jeunes ayant consommé de tels produits durant le mois précédant l'enquête de ceux qui signalent avoir usé de tels produits au moins une fois dans leur vie, on obtient une approximation des consommateurs expérimentaux ou occasionnels de telles substances. On peut s'interroger bien entendu sur la validité des réponses à de telles questions, mais la littérature suggère que les pourcentages ainsi obtenus sont relativement fiables, pour autant que les questionnaires soient distribués dans un cadre structuré et ménageant un anonymat complet, comme c'est le cas de la présente recherche (Bjarnason, 1995).

Le Graphique 3.4-20 présente les pourcentages de répondants qui admettent avoir recouru une fois au moins dans leur vie à une drogue illégale. Une fille sur vingt et un garçon sur dix environ ont consommé une ou plusieurs drogues de synthèse au moins une fois dans leur vie. Les pourcentages les plus élevés vont à l'ecstasy et au LSD ; en fait – et ce n'est pas le moindre des problèmes liés à l'usage de drogues de synthèse – il n'est pas toujours possible pour les consommateurs de savoir avec certitude le type de substance qu'ils consomment. Le taux de répondants signalant avoir eu recours aux colles est relativement élevé ; il faut toutefois garder en mémoire que cette catégorie regroupe divers types de consommations par inhalation : colles, solvants, benzine, éther, hélium, etc.

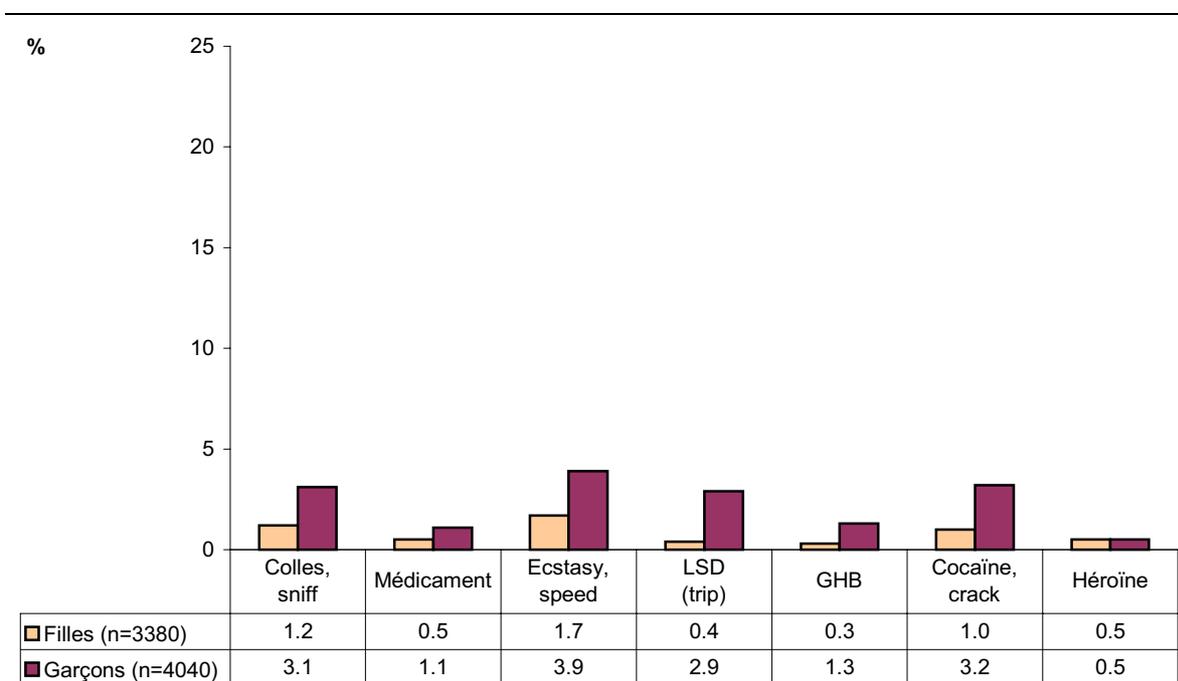


Graphique 3.4-20 Pourcentages de jeunes qui admettent avoir recouru une fois au moins dans leur vie à diverses drogues, selon le sexe (SMASH 2002, Q80)

### 3.4 Comportements liés à la santé

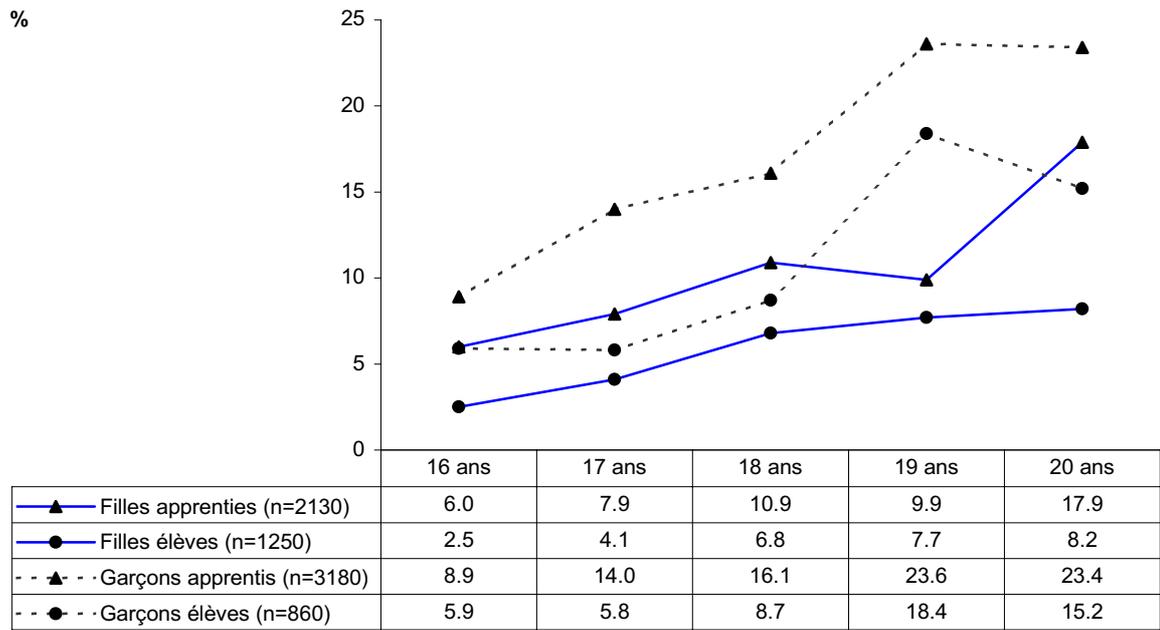
L'un des résultats les plus frappants concerne la consommation de cocaïne, qui touche une proportion considérable de jeunes (surtout des garçons), compte tenu des risques majeurs qu'un tel usage comporte. Ce taux élevé corrobore les chiffres obtenus récemment par l'ISPA auprès de jeunes de 15 ans (Schmid, 2003). Néanmoins, comme le montre le Graphique 3.4-21, une minorité des jeunes interrogés rapportent en avoir consommé durant le mois précédant l'enquête. D'ailleurs, si 4% des filles et 9% des garçons environ admettent avoir fait usage au moins une fois de drogues dures, seule une minorité rapportent se les être injectées.

Le Graphique 3.4-21 présente les pourcentages de consommateurs «récents» de diverses substances, puisqu'ils déclarent avoir consommé divers produits durant le mois précédant l'enquête. On le voit, les pourcentages sont nettement plus faibles qu'en ce qui concerne les consommations durant la vie : la moitié voire le tiers des jeunes ayant signalé une consommation de drogues de synthèse en ont usé récemment. En d'autres termes, une partie des jeunes admettant avoir pris ces drogues dites dures en font un usage probablement occasionnel, voire purement exploratoire.

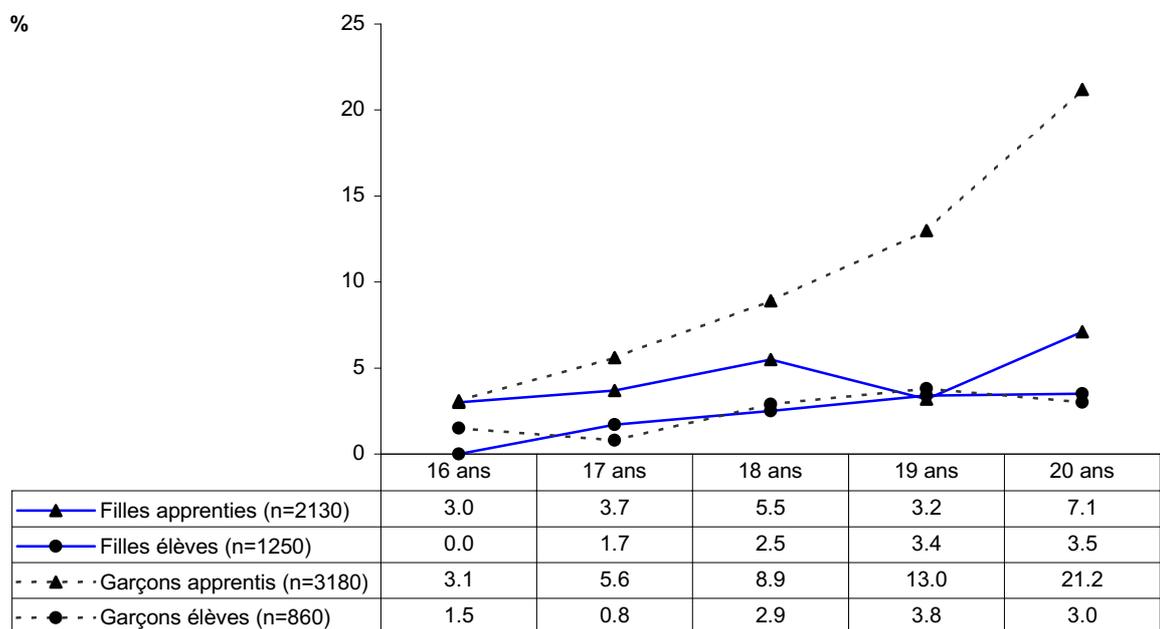


**Graphique 3.4-21** Pourcentages de jeunes signalant avoir usé de diverses drogues durant le mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q81)

Le Graphique 3.4-22 et le Graphique 3.4-23 permettent de se faire une idée de l'importance de la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en fonction de l'âge, du sexe et de la filière professionnelle. La conclusion la plus évidente à tirer de ces deux graphiques est que c'est avant tout entre 16 et 20 ans (au delà de l'âge de 15 ans) que les jeunes ont leur premier contact avec des substances psychoactives illégales autres que le cannabis : cela vaut tant pour les drogues de synthèse que pour la cocaïne. Le coût nettement plus élevé de ces produits, leur disponibilité limitée à des événements festifs précis (« raves ») sont autant d'explications à ce phénomène. Un autre constat frappant est la différence nette de pourcentages de consommateurs entre élèves et apprentis, notamment chez les garçons. Les raisons de telles différences mériteront d'être approfondies, mais on peut d'ores et déjà évoquer quelques hypothèses comme celles d'une plus rapide entrée dans le monde du travail, d'un meilleur pouvoir d'achat chez les apprentis, ou encore d'un stress plus important dans certains métiers.



Graphique 3.4-22 Pourcentages de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie une drogue de synthèse, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80)

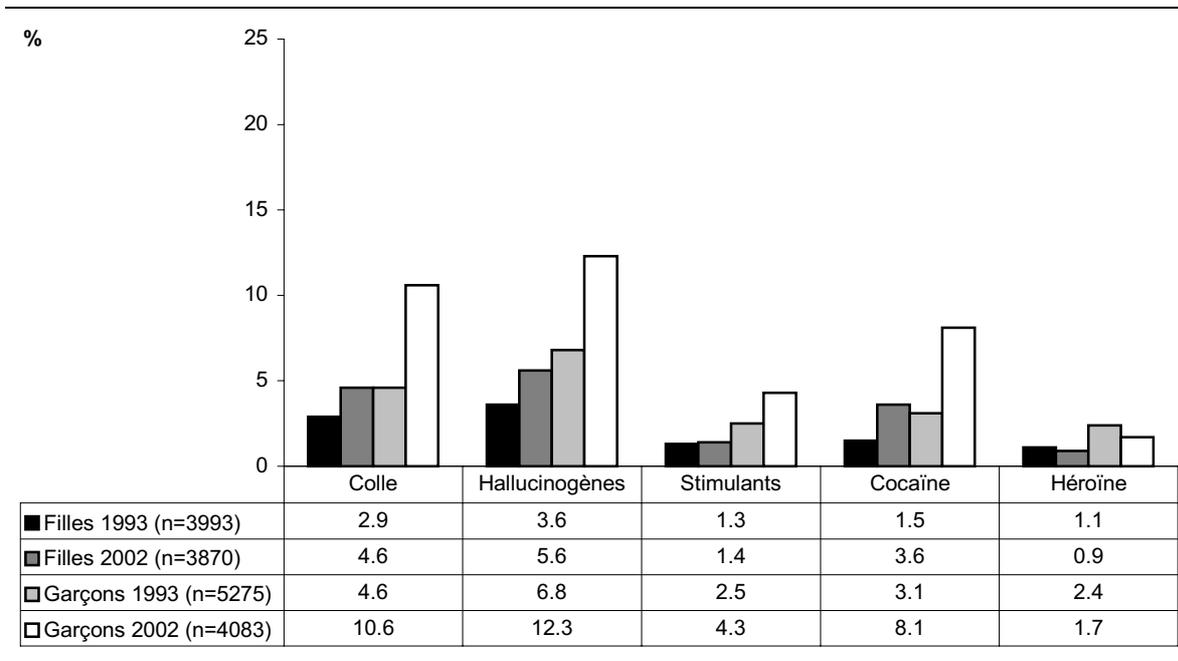


Graphique 3.4-23 Pourcentages de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie de la cocaïne, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80)

Pour terminer, le Graphique 3.4-24 permet d'évaluer l'évolution de la consommation de diverses drogues durant ces 10 dernières années, avec les réserves déjà signalées et liées à une différence de composition des deux collectifs. En d'autres termes, ces comparaisons n'ont qu'une valeur indicative.

### 3.4 Comportements liés à la santé

Si la consommation d'héroïne semble être restée stable, on ne peut qu'être frappé par l'apparente augmentation de l'usage de drogues de synthèse et surtout de cocaïne, dont la consommation a plus que doublé. Ce constat est corroboré par une observation faite par les centres spécialisés dans les problèmes d'addiction qui notent depuis quelques années une stabilisation de la consommation d'héroïne mais une nette augmentation du nombre de jeunes adultes gravement dépendants de la cocaïne, soit en sniff soit en injection intra-veineuse.



**Graphique 3.4-24 Proportions de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie diverses drogues illégales, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q80)**

Le panorama offert par le présent chapitre autorise des constatations contrastées :

- Du côté des constats positifs, il faut signaler que la majorité des adolescents usant des produits psychotropes semblent en maîtriser les effets et ne restent finalement que des consommateurs récréatifs chez lesquels l'essentiel de la prévention doit porter sur la réduction des risques encourus dans certaines situations particulières comme par exemple la conduite d'un véhicule. Autre bonne nouvelle, celle d'une stabilisation de la consommation d'héroïne, alors que l'on aurait pu craindre que l'augmentation de la consommation de substances psychoactives n'entraîne à terme une entrée facilitée dans la consommation des dérivés de l'opium.
- Au chapitre des constats moins réjouissants, nonobstant quelques différences d'échantillonnage entre les enquêtes 1993 et 2002, force est de constater une augmentation nette de la précocité de l'accès au cannabis, de même qu'un accroissement net des pourcentages de jeunes usagers de substances psychoactives, qu'il s'agisse d'alcool, de cannabis ou de drogues de synthèse. En outre, près de 10% des jeunes interrogés semblent s'engager dans une consommation problématique de ces produits, comme en témoignent les conséquences rapportées dans le domaine scolaire, professionnel et relationnel (Lynskey & Hall, 2000). La validité de ces constats est renforcée par le fait que l'enquête HBSC (Schmid, 2003) aboutit aux mêmes conclusions. De plus, le tableau dressé dans le cadre de l'étude SMASH constitue probablement une sous-estimation de la situation des jeunes en Suisse, car il n'inclut pas toute une frange d'adolescents exclus des filières professionnelles, et dont on sait que leur consommation de produits psychotropes est nettement plus élevée encore (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995).

Il n'entre pas dans les objectifs de ce rapport de décrire en détail les mesures à prendre. La politique des quatre piliers mise en place par la confédération (Zobel et al., 2003) porte ses fruits dans certains domaines (consommation d'héroïne par exemple) et ne devrait pas être remise en question. Il importe surtout qu'elle soit relayée de façon consistante par les autorités cantonales voire communales, et que le discours public dans le domaine des substances psychoactives, alcool y compris, se centre de façon pragmatique sur les problèmes et risques liés aux modes d'utilisation et au contexte plutôt qu'aux produits. Il existe des approches de prévention primaire qui ont fait leur preuve, notamment dans les écoles et les communautés (Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003; Tobler, 2000; White & Pitts, 1998), comme la mise en place de politiques cohérentes de non-consommation dans divers lieux, y compris les écoles, ou encore l'élaboration de programmes visant l'acquisition de compétences de vie (gestion de la pression des médias et des pairs par exemple). Il est aussi possible de mettre en place des actions de prévention secondaire et tertiaire pour les jeunes en situation de risque, de même que des appuis et traitements spécifiques pour les jeunes les plus en difficulté (Borsari & Carey, 2000; Deas & Thomas, 2001; Fisher & Bentley, 1996; Jainchill, 2000; Savoy et al., 1999). Ces interventions ne se centrent pas exclusivement sur le mésusage de substances mais aussi sur la santé mentale des adolescents de même que sur la restauration d'un environnement stimulant leur laissant des perspectives d'avenir.

### 3.4.6 Comportements protecteurs (ceinture de sécurité et casque)

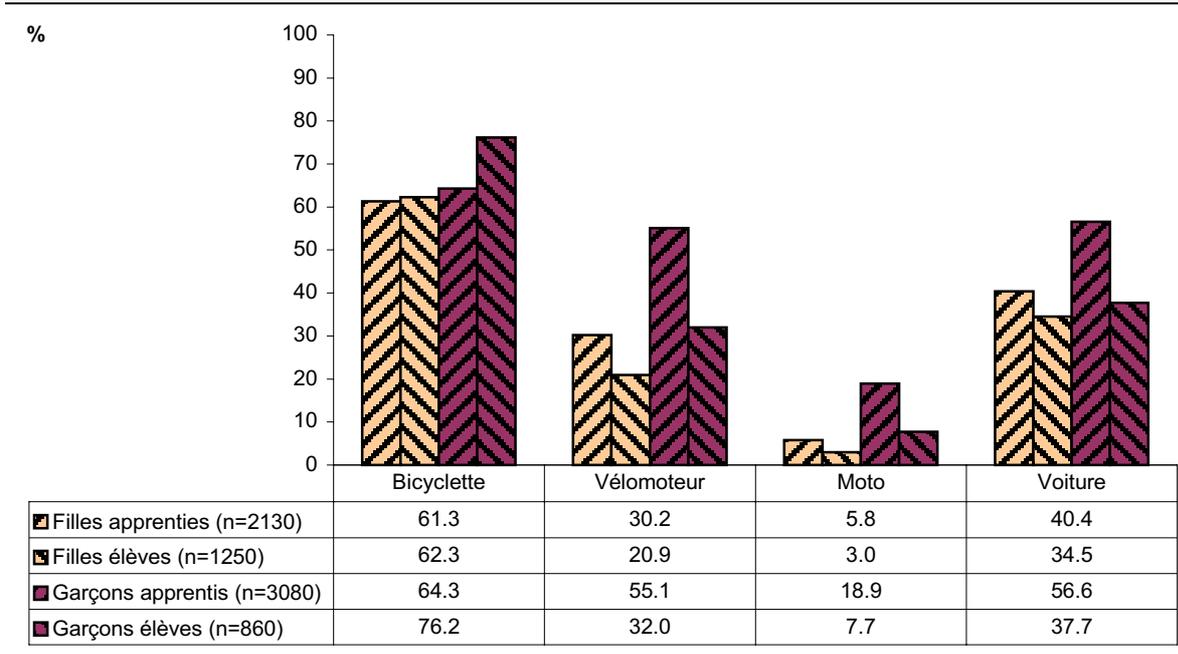
Le concept de comportements protecteurs se réfère habituellement à des comportements censés améliorer la santé, dans la perspective de la « salutogénèse » développée par Antonovski (Antonovski, 1986) il y a quelques années. Parmi ces comportements, les plus souvent cités sont le fait de prendre un petit déjeuner chaque matin, de suivre une alimentation équilibrée, de porter le casque ou la ceinture de sécurité ou de pratiquer une activité physique de façon régulière. Il faut donc dissocier ces comportements de ce que l'on appelle des facteurs protecteurs, qui sont, eux, autant de caractéristiques individuelles et environnementales favorisant l'adoption de comportements sains ou prévenant le développement de conduites à risque (Hetherington, Blechman EA & al, 1996). Dans ce chapitre, nous ne présentons que les données liées à la prévention des accidents de circulation.

La mortalité liée aux accidents de circulation et aux traumatismes accidentels est la principale cause de mortalité parmi les adolescents (Klein & Martos Auerbach, 2002) et l'un des principaux problèmes de santé publique dans la plupart des pays industrialisés (voir chapitre 3.6.1). Aux Etats-Unis (Irwin et al, 2002), 37% de la mortalité chez les jeunes de 15 à 19 ans sont dus aux accidents de la circulation et 12% aux autres traumatismes accidentels. Au sein de l'Union Européenne, la moitié des décès des jeunes de 15 à 24 ans entre 1984 et 1993 sont dus aux accidents, dont la majeure partie étaient les accidents de trafic (84%) (Morrison et al., 2000). En d'autres termes, la moitié des décès des jeunes sont potentiellement évitables. Il en est de même pour la Suisse (voir chapitre 3.6.1).

La prévention des accidents de la circulation est donc très importante. Il a été bien établi que l'usage de la ceinture de sécurité quand on voyage en voiture ou du casque quand on circule en moto et en scooter sont les méthodes les plus efficaces pour réduire la morbidité liées aux accidents (Stephoe et al, 2002) et que leur utilisation réduit significativement la probabilité de mort lors d'un accident (Petridou et al., 1998). De manière semblable, l'usage du casque à bicyclette semble prévenir entre 60 et 80% des traumatismes crâniens (AAP, 2001 ; Svanström et al., 2002).

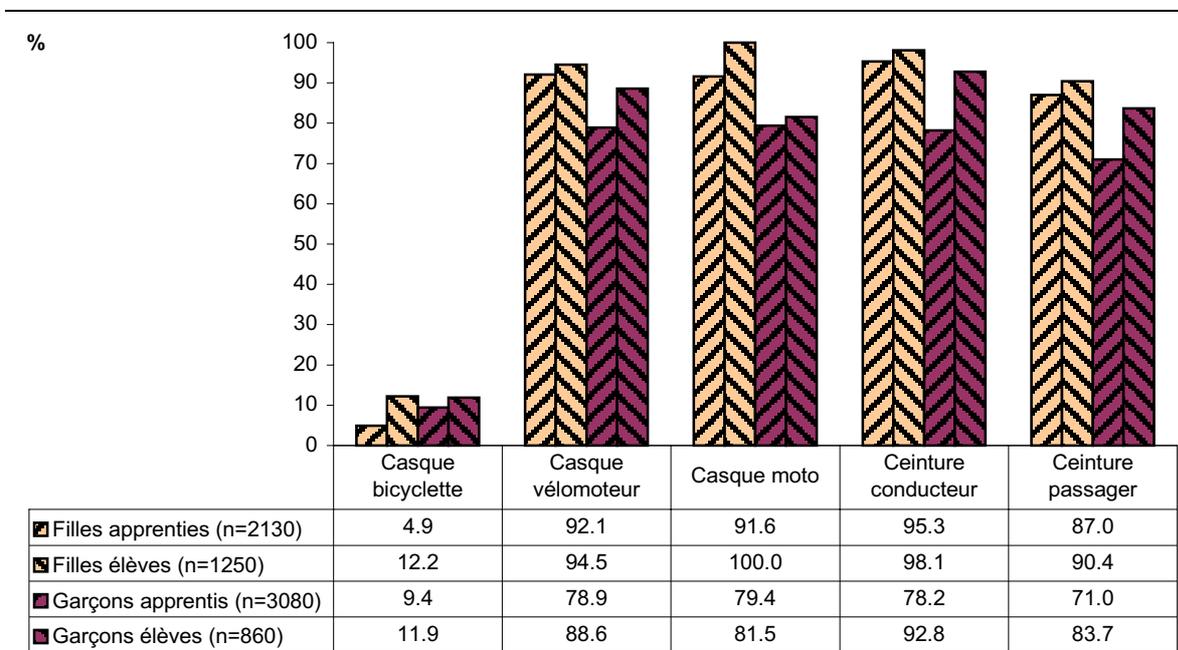
Quelle est donc la situation en Suisse ? Le Graphique 3.4-25 montre qu'il y a significativement plus de garçons que de filles qui ont conduit une bicyclette, un vélomoteur, une moto ou une voiture au cours des derniers 30 jours. Tant pour les filles que pour les garçons, l'utilisation de la bicyclette et du vélomoteur décroît significativement avec l'âge, tandis que l'utilisation de la moto/du scooter et de l'automobile augmente. Globalement, l'utilisation de la bicyclette est plus fréquente parmi les élèves de deux sexes tandis que les apprentis sont plus nombreux à avoir recours à des véhicules à moteur. Ces différences entre élèves et apprentis dans les deux sexes pourraient s'expliquer par le fait que les apprentis travaillent et ont de ce fait un pouvoir d'achat plus important.

### 3.4 Comportements liés à la santé



**Graphique 3.4-25** Proportions de jeunes ayant conduit divers véhicules au cours des 30 derniers jours, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q25, Q26, Q27, Q29)

Le Graphique 3.4-26 illustre l'usage de moyens protecteurs des jeunes. On voit que l'usage de divers moyens de protection est plus répandu parmi les filles que parmi les garçons ; il semble également plus fréquent parmi les élèves que parmi les apprentis.



**Graphique 3.4-26** Proportions des jeunes qui conduisent différents véhicules et usent des moyens protecteurs, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29)

Les jeunes qui conduisent une bicyclette n'utilisent que rarement un casque (par exemple, parmi les apprenties, la proportion est d'une sur vingt !). Bien que, selon diverses études faites dans le monde, les adolescents soient la tranche d'âge qui utilise le moins le casque à bicyclette (Finnoff et al., 2001 ; Nykolynshyn et al., 2003 ; Rodgers, 2003 ; Harlos et al., 1999), les pourcentages déclarés par les adolescents suisses sont beaucoup plus bas qu'au Canada (Nykolynshyn et al., 2003) ou aux Etats-Unis (Finnoff et al., 2001) (29% et 31%, respectivement). Ces différences sont sans doute liées à une législation plus stricte en Amérique du Nord. Une étude menée au Canada a constaté une augmentation nette du port du casque après la promulgation d'une loi obligeant son usage et ayant fait l'objet d'une campagne éducationnelle. Parmi les adolescents canadiens (qui continuaient d'être le groupe avec le taux d'usage le plus bas dans la population générale), la proportion de ceux qui utilisaient le casque avait augmenté de 29 à 70% (LeBlanc et al., 2002).

Par contre, plus de 90% des filles et 80% des garçons indiquent utiliser le casque toujours ou la plupart du temps lorsqu'ils conduisent un vélomoteur ou une moto. Ces proportions sont toujours plus élevées parmi les filles. Parmi les garçons, les apprentis portent le casque moins souvent que les élèves quand ils conduisent un vélomoteur, tandis qu'il n'y a pas de différence en ce qui concerne le port du casque à moto. Comparés aux jeunes de leur âge, les taux d'utilisation du casque parmi les adolescents suisses semblent légèrement plus élevés qu'en Espagne (80%) (Suris & Parera, 2002) et beaucoup élevé qu'en Grèce (20.2%) (Skalkidou et al., 1999), qu'en Italie (où seulement un quart des jeunes l'avaient utilisé lors de leur dernier trajet en moto) (Anonymous, 1996) ou qu'aux Etats-Unis (45%) (Everett et al., 2001).

Parmi les jeunes conducteurs de voitures, les filles semblent être plus compliantes que les garçons en ce qui concerne l'usage de la ceinture de sécurité et on retrouve également la même différence entre apprentis et élèves qu'en ce qui concerne le casque de moto. La proportion d'adolescents qui utilisent la ceinture de sécurité toujours ou la plupart du temps lorsqu'ils sont passagers d'une voiture est légèrement plus basse, mais continue d'être plus fréquente parmi les filles que parmi les garçons, et parmi les élèves que parmi les apprentis. Il est fort possible que ces taux plus bas – quand les adolescents sont passagers et non pas conducteurs – soient dus à la moindre tendance générale (pas seulement chez les adolescents !) à boucler la ceinture une fois assis à l'arrière du véhicule (Mellbring et al., 1981). L'enquête menée il y a 10 ans indiquait déjà que 70% des adolescents portaient la ceinture de sécurité toujours ou la plupart du temps lorsqu'ils siégeaient à côté du conducteur alors que seuls 16% le faisaient quand ils étaient à l'arrière (Narring et al., 1994).

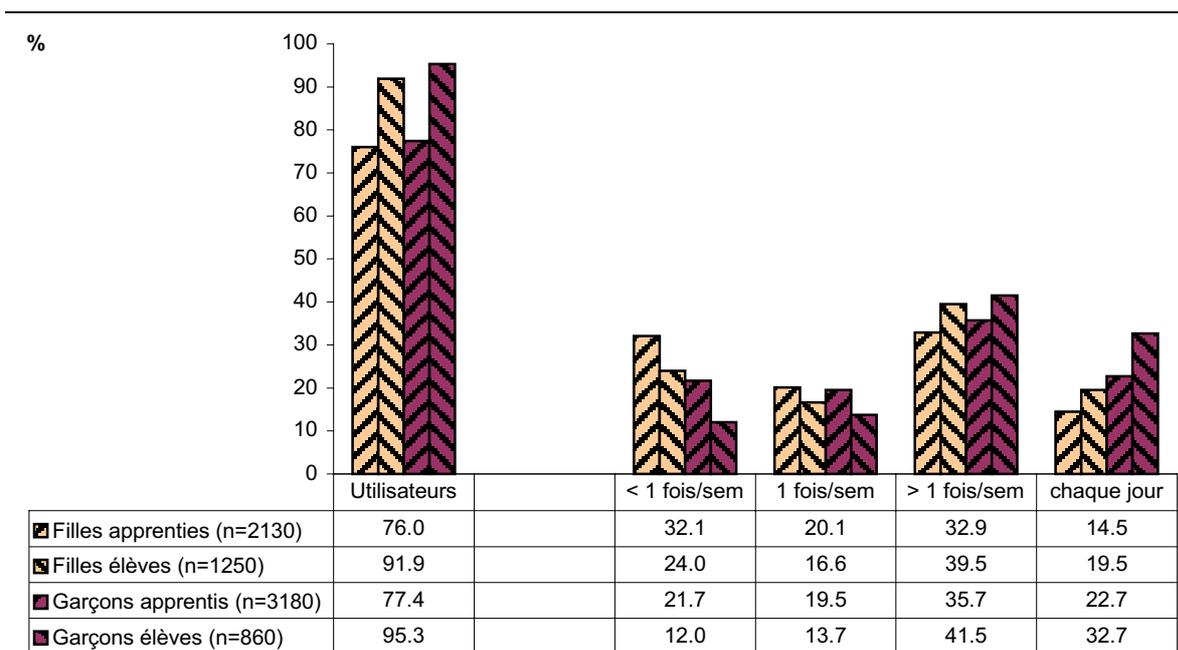
En fait, la grande majorité des jeunes suisses utilisent la ceinture de sécurité, surtout lorsqu'ils conduisent. Ces taux sont plus élevés que ceux décrits en Espagne (Suris & Parera, 2002) où il est de 70% ou aux Etats-Unis où seulement un tiers des jeunes utilisent la ceinture de sécurité quand quelqu'un d'autre conduit (Everett et al., 2001).

En résumé, bien qu'il soit désirable que tous les adolescents portent toujours le casque ou utilisent toujours la ceinture de sécurité (et non pas la plupart du temps) comme conducteurs ou passagers des véhicules à moteur, les taux déclarés par les adolescents suisses scolarisés sont assez bons. Le seul point noir est le très faible usage du casque à bicyclette. Il faudrait un double effort d'éducation et de législation pour améliorer ce taux, car quand une loi s'accompagne d'une campagne éducationnelle, son impact est plus grand. D'autre part, il faudrait aussi viser les efforts de prévention vers le groupe des apprentis, qui déclarent des taux nettement plus bas d'utilisation de ces mesures préventives. Quand les pays introduisent une loi qui oblige à porter le casque ou la ceinture de sécurité, les taux d'utilisation augmentent de manière importante (Steptoe et al., 2002). Toutefois, la législation sur l'usage de ces mesures préventives n'est pas suffisante si la loi n'est pas appliquée, comme c'est le cas en Grèce (Skalkidou et al., 1999) ou en Italie (Anonymous, 1996). L'important est que les jeunes comprennent que porter la ceinture ou le casque ne se fait pas pour éviter une amende mais parce qu'ils croient que c'est important pour leur sécurité. Il a été démontré que les jeunes qui croient en l'importance de la ceinture de sécurité ont presque 9 fois plus de probabilités de l'utiliser que ceux qui ne la croient pas importante. C'est dans ce sens que la promotion de l'utilisation doit être menée.

### 3.4.7 Utilisation d'Internet

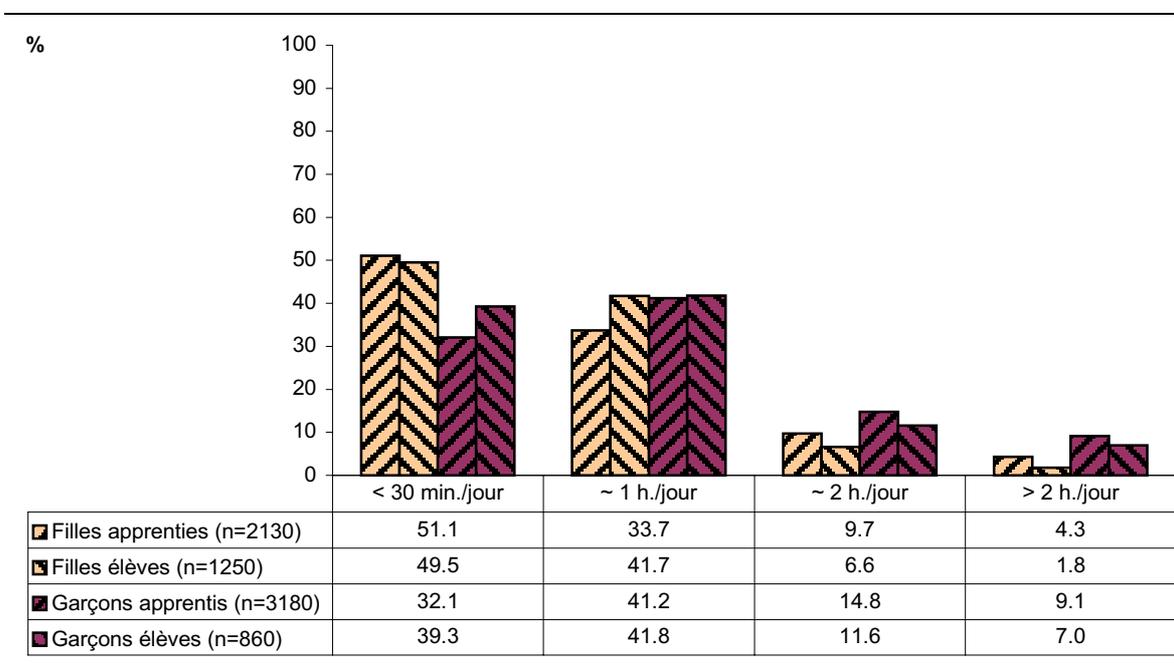
Dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, le recours à Internet peut constituer une ressource précieuse. Ainsi, le web fournit des informations, parfois des conseils, ou il peut inciter les jeunes à la réflexion (forum) comme le programme suisse romand « ciao » l'a démontré (Bernhardt & Hubley, 2001; Michaud, 2000; Michaud & Colom, 2003; Sout, Villegas, & Kim, 2001). Cependant, l'utilisation immodérée de la toile – tout comme celle de la télévision – peut empiéter sur diverses activités favorables à la santé comme l'activité physique et sportive – contribuant ainsi à la sédentarité – et favoriser également chez certains jeunes l'isolement social. De plus, Internet expose parfois les jeunes utilisateurs à des images et des textes qui ne leur sont pas destinés et/ou qu'ils n'ont pas cherchés (pornographie, violence, racisme, voir chapitre 3.6.2.3). C'est dans cette perspective que quelques questions sur cette thématique ont été incluses dans l'étude SMASH 2002.

Le Graphique 3.4-27 donne les pourcentages de répondants qui sont utilisateurs d'Internet (colonne de gauche), à des fréquences variables (colonnes de droite). On le voit, les garçons sont de plus forts utilisateurs que les filles en moyenne et le taux d'utilisation est plus élevé chez les élèves que chez les apprentis. D'une façon générale, le taux d'utilisateurs est très élevé, notamment chez les élèves. Par exemple, un tiers des garçons élèves disent se connecter quotidiennement sur le web. Il convient toutefois de se souvenir que ces chiffres ne traduisent pas l'utilisation globale du web par l'ensemble des jeunes puisque seuls les adolescents scolarisés ont participé à l'enquête. On peut faire l'hypothèse que, pour des raisons socio-économiques, ce taux d'utilisation est plus faible chez les jeunes non insérés dans une filière professionnelle. Les taux ne varient guère en fonction de l'âge.



**Graphique 3.4-27** Pourcentages de jeunes disant avoir recours à Internet, à différentes fréquences, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q87)

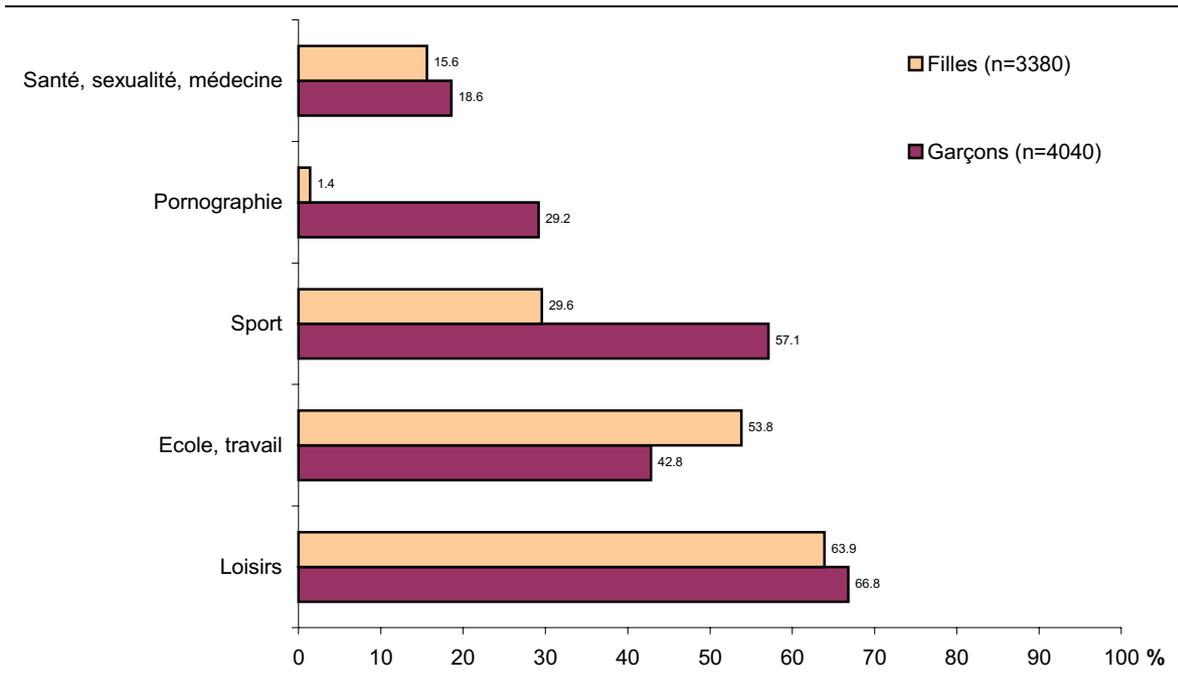
Le Graphique 3.4-28 donne une idée du temps passé par les répondants sur Internet : Les différences entre filles et garçons subsistent mais s'estompent quelque peu. Il est frappant de constater que 10% à 15% des filles et 20% à 25% des garçons déclarent passer deux heures ou plus par jour en moyenne devant un écran d'ordinateur. Ces taux ne varient pas en fonction de l'âge.



Graphique 3.4-28 Temps moyen passé par les jeunes sur Internet, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q87)

Quelle utilisation les jeunes font-ils du web ? On le voit (Graphique 3.4-29), les différences entre filles et garçons sont très accusées. Si Internet constitue une source de loisirs importante (informations sur les loisirs disponibles, téléchargement de musique, échanges d'e-mail, chat, etc.) il représente pour beaucoup de jeunes un outil de travail non négligeable puisqu'un jeune sur deux environ a recours au web pour l'assister dans son activité scolaire (les filles dans une proportion plus importante que les garçons). Le sport attire surtout les garçons alors que le thème de la santé, de la sexualité et de la médecine est abordé à part pratiquement égale par les filles et les garçons. Un tiers des garçons environ ont recours à Internet pour visionner des scènes pornographiques ; c'est dans ce domaine que les différences entre filles et garçons sont les plus sensibles.

### 3.4 Comportements liés à la santé



**Graphique 3.4-29** Pourcentages de jeunes qui disent aborder différents thèmes sur le web, selon le sexe (SMASH 2002, Q88)

Une dernière question portait sur l'exposition involontaire des répondants à des contenus offensant (Mitchell, Finkelhor, & Wolak, 2001) (Tableau 3.4-5). Les différences entre filles et garçons sont probablement surtout liées à la plus grande fréquence d'utilisation d'Internet par les premiers. On voit l'importance tenue par la diffusion d'images ou textes pornographiques et dans une moindre mesure par les informations à contenu violent ou raciste (voir chapitre 3.6.2.3).

<i>Sur Internet, avez-vous déjà été confronté, sans l'avoir cherché, à ...</i>	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
de la pornographie ?	30.6	58.1
des contenus racistes ?	13.8	20.6
des contenus incitant à la violence ou à la haine ?	12.0	20.9

**Tableau 3.4-5** Pourcentages de jeunes qui disent avoir été confronté, sans l'avoir cherché, à des informations ou images à caractère violent, raciste ou pornographique sur Internet, selon le sexe (SMASH 2002, Q89)

Ces quelques résultats confirment que l'utilisation d'Internet parmi les jeunes se généralise (Jeremy, 1997) et posent ainsi toute une série de questions (Bernhardt & Hubley, 2001; Biocca, 2000) :

- Quel type de contrôle peut-on avoir sur le contenu des informations délivrées aux jeunes ? S'il existe un relatif consensus par rapport aux valeurs éthiques qui devraient sous-tendre les informations à caractère médical et scientifique sur le net (voir par exemple la charte HON « Health On the Net » élaborée récemment et disponible sur Internet), force est de constater que la majeure partie des sites disponibles restent totalement opaques quant à la source et la qualité des informations qu'ils prodiguent.

- Faut-il encourager la création de sites spécifiquement destinés aux jeunes ou à certains publics cibles et se centrant sur le thème de la santé (Smith, Gertz, Alvarez, & Lurie, 2000; Sorensen, 2001; Sout et al., 2001; Woodruff, Edwards, Conway, & Elliott, 2001) ? Si oui, mesure-t-on les effets positifs (fournir des renseignements) mais aussi délétères (susciter des inquiétudes) de ces sites, surtout s'ils donnent des informations fallacieuses (Boyer, Shannon, & Hibberd, 2001) ?
- Si Internet devient un outil de travail pour les jeunes, les écoles doivent-ils fournir un appui et des conseils sur une utilisation optimale des données disponibles ? Cette idée fait son chemin, comme en témoigne la création toute récente à Fribourg d'une Fondation Education et Développement (soutenue par plusieurs ONG) dont l'objectif est de proposer à des élèves de 13 à 18 ans des fiches virtuelles favorisant l'exercice de l'esprit critique et la construction d'un jugement propre et autonome<sup>g</sup>.
- Internet soumet de nombreux jeunes à des informations à caractère violent, raciste ou pornographique, souvent de façon non volontaire : Quel est l'impact de cette diffusion sur les attitudes et comportements des jeunes ? Comment en prévenir les contrecoups négatifs (voir chapitre 3.6.2.3).
- Une fille sur six ou sept et un garçon sur quatre déclarent passer deux heures ou plus en moyenne par jour devant un écran d'ordinateur : quelles sont les conséquences à long terme de cette mode nouvelle ? Est-elle une cause significative de la baisse d'activité physique constatée au fil des années dans les populations d'adolescents (voir chapitre 3.4.1) ? Que penser de jeunes qui, au lieu de sortir, de rencontrer des amis, communiquent en quelque sorte par procuration, à l'aide de "chat" et/ou "webcam" ?

On le voit, il y a là un vaste chantier de réflexion qui s'ouvre pour ces prochaines années (Grem & Jacquinot, 2002; Michaud & Colom, 2003; Montgomery, 2000).

## Références bibliographiques

- Abel T, Broer M, Siegrist J. Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Empirische Analysen komplexer Verhaltensmuster und ihrer Determinanten. *Sozial und Präventivmedizin* 1992;37:293-300.
- Allison K, Adlaf E. Age and sex differences in physical inactivity among Ontario teenagers. *Canadian Journal of Public Health* 1997;88:177-180.
- American Academy of Pediatrics. Bicycle helmets. *Pediatrics* 2001;108 (4):1030-1032.
- Anonymous. Helmet use among adolescent motorcycle and moped riders – Rome, Italy 1994. *MMWR* 1996;45(15):311-3.
- Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986;1:1-18.
- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé ; 1998.
- Augustyn M, Simons-Morton B. Adolescent drinking and driving: etiology and interpretation. *Journal of Drug Education* 1995;25:41-59.
- Baranovski T, Bouchard C, Bar-Or O. Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. *Medicine and Science in Sport and Exercise* 1992;24:237-247.
- Bergman A, Rivara F. Sweden's Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics* 1991;88:69-74.

---

<sup>g</sup> <http://www.geofri.ch/final/tm.html>

### 3.4 Comportements liés à la santé

Bernhardt J, Hubley J. Health education and the Internet: the beginning of a revolution. *Health Education Research* 2001;16(6):643-645.

Binyet S, de Haller R. Effet de la prévention du tabagisme chez les jeunes : Revue critique de la littérature. *Soz und Präventivmed* 1993;38:366-378.

Biocca F. New media technology and youth : Trends in the evolution of new media. *Journal of Adolescent Health* 2000;27:22-29.

Bjarnason T. Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. *Addiction* 1995;90:555-560.

Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.

Borsari B, Carey K. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68 :728-733.

Bouchard C. Physical inactivity. *Canadian Journal of Cardiology* 1999;Dec 15 Suppl:89G-92G.

Boyer E, Shannon M, Hibberd P. Web sites with Misinformation about Illicit Drugs. *New England Journal of Medicine* 2001;345:469-471.

Brown J, Lawton M. Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *J Human Stress* 1986;12:125-131.

Bruvold W. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993;83:872-880.

Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique ; 2000.

Chaloupka F. Contextual factors and youth tobacco use: policy linkages. *Addiction* 2003; May;98 Suppl 1:147-149.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and Health Behavior among Young People*. Copenhagen: World Health Organization; 2000.

Deas D, Thomas S. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Addiction* 2001;10:178-189.

Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.

Donovan K. Smoking cessation programs for adolescents. *The Journal of School Nursing* 2000 ;16:36-43.

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999 ;13:2571-2582.

Ellickson P, Tucker J, Klein D. Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics* 2003;111 :949-955.

Everett SA, Shults RA, Barrios LC et al. Trends and subgroup differences in transportation-related injury risk and safety behaviors among high school students, 1991-97. *Journal of Adolescent Health* 2001;28:228-34.

Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C, and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet* 2002;9343:1347-1360.

Ferron C, Michaud P, Narring F, Cauderay M. L'activité sportive des jeunes en Suisse: pratiques, motivations et liens avec la santé. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1997;4:568-576.

- Ferron C, Narring F, Caudey M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education Research* 1999;14:225-223.
- Finnoff JT, Laskowski ER, Altman KL, Diehl NN. Barriers to bicycle use. *Pediatrics* 2001;108 (1):E4.
- Fisher M, Bentley K. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services* 1996;47:1244-1250.
- Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997;92(5):531-537.
- Gordon-Larsen P, McMurray R, Popkin B. Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics* 2000;105 :E83.
- GRREM, Jacquinet J (sous la dir). Les jeunes et les médias: perspectives de la recherche dans le monde. Paris: L'Harmattan; 2002.
- Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *The Lancet* 1998;352:1611-1616.
- Harlos S, Warda L, Buchan N et al. Urban and rural patterns of bicycle helmet use: factors predicting usage. *Injury Prevention* 1999;5:183-8.
- Hetherington EM, Blechman EA. Stress, coping, and resiliency in children and adolescents. Lawrence Erlbaum Association Publication, New-Jersey, 1996; 245.
- INSERM. Ecstasy. Paris: Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage ; 2001.
- Irwin CE, Burg SJ, Uhler Cart C. America's adolescents : where have we been, where are we going ? *Journal of Adolescent Health* 2002;31:91-121.
- Jainchill N. Substance dependency treatment for adolescents: practice and research. *Substance Use & Misuse* 2000;35:2031-2060.
- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Jeremy C. Commentary : measuring quality and impact of the world wide web. *British Medical Journal* 1997;314:1879.
- Kimm S, Glynn N, Kriska A. Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2000;32:1445-1454.
- Kimm S, Glynn N, Kriska A, Barton B, Kronsberg S, Daniels SA. Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *New England Journal of Medicine* 2002;347:709-715.
- Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54 (1):25-9.
- Klein J, Levine L, Allan M. Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001;155:597-602.
- Kumpfer K. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics* 1999;103:1128-1144.
- Le Breton D. Passions du risque. Paris: Métailié; 1991.
- LeBlanc JC, Beattie TL, Culligan C. Effect of legislation on the use of bicycle helmets. *Journal de l'Association Médicale Canadienne* 2002; 166 (5): 592-5.
- Ledoux S, Sizaret A, Hasler C, Choquet M. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et addictologie* 2000;22:19-40.
- Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 2000;95:1621-1630.

### 3.4 Comportements liés à la santé

Marti B. Health benefits and risks in sports: the other side of the coin. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1989;78:290-294.

Mellbring G, Dahlin S, Lindblad B. The hospital experience of seat belt legislation in the county of Skaraborg, Sweden. *Injury* 1981;12(6):506-9.

Michaud P. CIAO : Un outil interactif d'information et de prévention pour les jeunes en Suisse Romande. *Archives de Pédiatrie* 2000;7(Suppl 2):171-173.

Michaud P, Colom P. Implementation and evaluation of an Internet site for adolescents in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:287-290.

Michaud P, Cauderay M, Narring F, Schutz Y. Assessment of physical activity with a pedometer and its relationship with VO<sub>2</sub> max among adolescents in Switzerland. *Soziale & Präventive Medizin* 2002;47:107-115.

Michaud P, Narring F, Cauderay M, Cavadini C. Sports activity, physical activity and fitness of 9-to-19 year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland). *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129:691-699.

Michaud P, Renaud A, Narring F. Are sports activities related to injuries? A survey among 9-19 year olds in Switzerland. *Injury Prevention* 2001;7:41-45.

Mitchell K, Finkelhor D, Wolak J. Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *Journal of American Medical Association* 2001;285:3011-3014.

Montgomery K. Youth and digital media : a policy research agenda. *Journal of Adolescent Health* 2000;27 (Suppl):61-68.

Morrison A, Stone DH, The EURORISC Working Group. Trends in injury mortality among young people in the European Union: a report from the EURORISC Working Group. *J Adolesc Health* 2000;27:130-5.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne, Switzerland: Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 1994.

Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception : across-sectional survey of the sexuality of 16-20 year-olds in Switzerland. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 2000;130:1389-1398.

Nykolynshyn K, Petruk JA, Wiebe N et al. The use of bicycle helmet in a western Canadian province without legislation. *Canadian Journal of Public Health* 2003;94(2):144-8.

Patton G, Bond L, Butler H, Glover S. Changing schools, changing health? design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:231-239.

Patton L. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics North America* 1995;42:283-293.

Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M, Health, C. Mortality from smoking in developing countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics. Oxford: Oxford University Press; 1994.

Petridou E, Skalkidou A, Ioannou N, Trichopoulos D. Fatalities from non-use of seat belts and helmets in Greece: a nationwide appraisal. *Accid Anal Prev* 1998;30 (1):87-91.

Rodgers GB. Effects of state helmet laws on bicycle helmet use by children and adolescents. *Injury Prevention* 2002;8:42-6.

Röthlisberger C. Sport, Alltagsbewältigung und Seelische Gesundheit von Adoleszenten. Magglingen: Sportwissenschaftliches Institut; 1994.

Rowland T. The role of physical activity and fitness in children in the prevention of adult cardiovascular disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 2001;12:199-203.

- Rowland T, Freedson P. Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics* 1994;93:669-672.
- Sallis J. Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science & Nutrition* 1993;33:403-408.
- Saris W. The assessment and evaluation of daily physical activity in children: a review. *Acta Paediatrica* 1985 (Suppl); 318:37-48.
- Savoy J, Laget J, Charpentier P, Sanchez-Mazas P, Besson J, Halfon O. Prise en charge des adolescents dépendants des opiacés dans le canton de Vaud. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1999 ;119(11):943-950.
- Schmid HA. Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ; 2003.
- Skalkidou A, Petridou E, Papadopoulos FC, Dessypris N, Trichopoulos D. Factors affecting motorcycle helmet use in the population of Greater Athens, Greece. *Injury Prevention* 1999;5:264-7.
- Smith M, Gertz E, Alvarez S, Lurie P. The content and accessibility of sex education information on the Internet. *Health Education Behavior* 2000;27(6):684-694.
- Sorensen A. Promoting public health through electronic media : a challenge for schools of public health. *American Journal of Public Health* 2001;91:1183-1185.
- Sout P, Villegas J, Kim H. Enhancing learning through use of interactive tools on health-related websites. *Health Education Research* 2001;16(6):721-733.
- Stead L, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors, a review (CD001497): *Cochrane Database System Review*; 2002.
- Stephoe A, Wrde J, Fuller R et al. Seatbelt use, attitudes and changes in legislation. An international study. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23(4):254-9.
- Surís JC, Parera N. Catalonia Adolescent Health Survey - 2001. Barcelona : Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.
- Svanström L, Welander G, Ekman R, Schelp L. Development of a Swedish bicycle helmet promotion programme – one decade of experiences. *Health Promotion International* 2002;17(2):161-9.
- Tobler N. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000;20(4):275-336.
- Troiano R. Physical inactivity among young people. *New England Journal of Medicine* 2002;347:706-707.
- Vitale S. Le coût social de la consommation de tabac en Suisse.: IRER, Université de Neuchâtel ; 1998.
- Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association* 1994;272:1672-1677.
- White D, Pitts M. Education young people about drugs: A systematic review. *Addiction* 1998;93(10):1475-1487.
- Windle M. An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol* 1996;57:627-637.
- Woodruff S, Edwards C, Conway T, Elliott S. Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health* 2001;29:258-266.
- Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2003.

## 3.5 SEXUALITE

### 3.5.1 Puberté

L'apparition des premiers signes pubertaires marque le début de l'adolescence et initie par la transformation corporelle un processus de développement qui structure l'identité de la personne, ses relations avec son entourage et son autonomie d'adulte. Dans le sexe féminin, les premières règles sont un marqueur facile à utiliser qui permet de dater la puberté alors que, dans le sexe masculin, aucun critère ne permet de dater exactement la survenue de la puberté. Les changements considérables du corps et des organes sexuels sont accompagnés par des modifications psychologiques et sociales. Les garçons et les filles réagissent différemment à ces changements et la précocité des changements pubertaires ne facilite pas l'acceptation de leur corps en particulier pour les filles (Brooks-Gunn, 1984 ; Litt, 1995). Les filles, dont la puberté survient précocement, sont plus souvent mal à l'aise avec leur corps et ont plus de troubles somatiques et psychiques que les autres. Pour définir l'âge du développement pubertaire, le questionnaire proposait donc deux questions : « Si vous pensez à l'âge auquel vous avez commencé votre puberté : par rapport aux autres jeunes de votre âge, diriez-vous que vous étiez très en avance sur eux, plutôt en avance sur eux, comme eux, plutôt en retard sur eux ou très en retard sur eux », et pour les filles « A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? ».

Age des premières règles	Age des répondantes				
	16 ans (%) n = 362	17 ans (%) n = 1010	18 ans (%) n = 1095	19 ans (%) n = 609	20 ans (%) n = 310
NR	1.1	1.5	1.6	1.0	.6
7-9 ans	.0	.6	.5	1.0	.6
10	1.9	2.0	1.5	1.3	1.0
11	11.0	11.9	14.7	11.5	11.9
12	29.0	28.6	25.7	20.9	26.1
13	30.1	25.5	27.1	27.6	22.6
14	17.7	16.4	15.4	16.6	23.5
15	8.3	10.8	11.0	15.8	9.0
16 ans ou plus	.8	2.7	2.6	4.4	4.5

Tableau 3.5-1 Distribution (en pourcentages) de l'âge des premières règles, selon l'âge des répondantes (SMASH 2002, Q63)

L'âge moyen des premières règles est de 12.9 ans et, comme attendu, ne varie pas selon l'âge des répondantes et leur filière de formation. Environ la moitié des filles ont eu leurs premières règles à 12 ou 13 ans. Ces résultats sont comparables aux résultats de l'enquête sur la sexualité des adolescents en Suisse et confirme un calendrier pubertaire conforme à ce qu'il est dans les pays européens voisins de la Suisse (Narring, 1997; De Muinck, 2001; Parent, 2003).

	Filles (%)		Garçons (%)	
	Apprenties n = 2130	Elèves n = 1250	Apprentis n = 3180	Elèves n = 860
NR	1	0	1	1
Très en avance	9	7	8	4
Plutôt en avance	24	21	17	21
Comme eux	52	48	60	53
Plutôt en retard	12	22	13	19
Très en retard	2	2	1	2

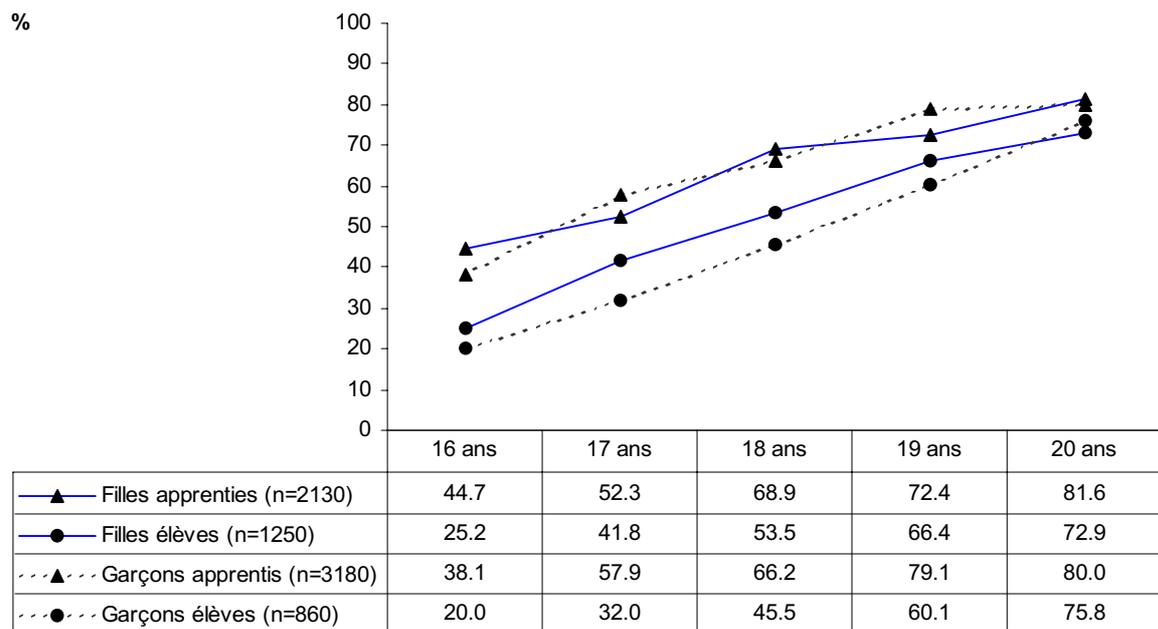
**Tableau 3.5-2 Description du décalage pubertaire perçu, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q62)**

Le Tableau 3.5-2 montre que la moitié des filles et un peu plus de la moitié des garçons se souviennent avoir commencé leur développement pubertaire en même temps que leurs pairs du même âge. Les filles sont un peu plus nombreuses à garder l'impression d'avoir été en avance sur leurs camarades.

### 3.5.2 Activité sexuelle

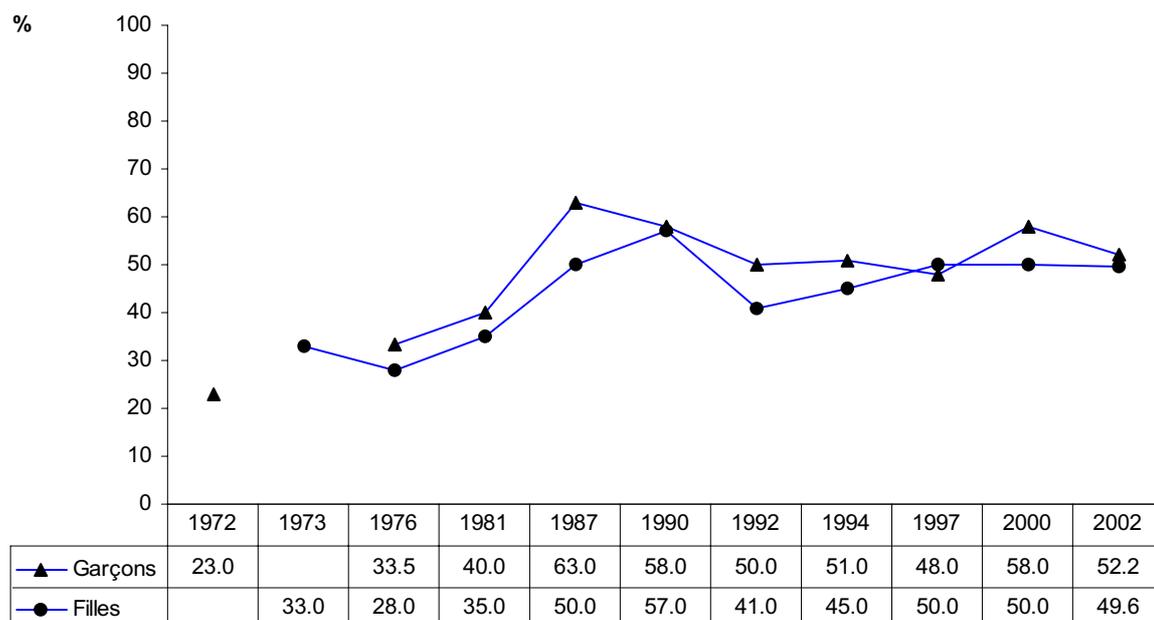
L'activité sexuelle à l'adolescence se déroule progressivement, de découverte de soi en rencontre de l'autre. Les aventures sentimentales, la passion et la recherche de sentiments amoureux occupent souvent la première place pour les jeunes eux-mêmes. Leur première expérience ne suppose pas toujours un rapport sexuel avec pénétration mais le risque de grossesse non désirée ou d'infection sexuellement transmissible reste à la pointe des préoccupations de santé publique.

Parmi les jeunes de 16 à 20 ans interrogés, environ un jeune sur deux a déjà eu un rapport sexuel. Cette proportion varie en fonction de la filière de formation, mais peu en fonction du sexe (Graphique 3.5-1). Les différences entre filles et garçons se sont atténuées au cours des trente dernières années et laissent place à des différences marquées entre élèves et apprenti(e)s. Ces derniers étant plongé(e)s dans le monde du travail qui leur propose un rythme de vie et des modèles adultes dont ils vont vite chercher à se rapprocher. Les déclarations des élèves montrent une proportion de sexuellement actifs plus importante parmi les filles que parmi les garçons, avant 20 ans, laissant supposer que celles-ci seraient maintenant plus précoces que les garçons. Par comparaison avec l'étude de 1993, la proportion de sexuellement actifs paraît avoir augmenté dans toutes les catégories et à tous les âges (Narring, 1994). Ceci signe une augmentation modérée de la proportion des sexuellement actifs à un âge donné qui doit être atténuée car ces chiffres pourraient aussi être influencés par la modification de la norme et de l'acceptabilité sociale, les jeunes ayant tendance à déclarer plus souvent une activité sexuelle mieux acceptée par leur entourage (diminution du biais de déclaration).



**Graphique 3.5-1** Proportions des jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q65)

La promotion de l'usage du préservatif au cours des campagnes de prévention STOP SIDA a fait craindre à certains un abaissement de l'âge au premier rapport sexuel, sous l'effet des messages perçus comme une incitation et une légitimation d'une activité sexuelle précoce. Or, l'abaissement de l'âge au premier rapport sexuel qui s'amorçait dans les années 70 ne s'est pas poursuivi, comme le montre le Graphique 3.5-2 qui décrit l'évolution de la proportion des sexuellement actifs à 17 ans. Sur ce graphique, le pourcentage de sexuellement actifs à 17 ans s'est accru jusque dans les années 80, mais la tendance à long terme s'inverse à la fin des années 80 et cette proportion se stabilise après le début de la prévention du sida à large échelle. Les variations des courbes se font alors entre 48% et 58% autant pour les filles que pour les garçons. Les résultats d'autres enquêtes en France, en Grande Bretagne ou aux Pays Bas confirment l'absence d'une évolution de la précocité sexuelle dans les 20 dernières années (Spira, 1993; Koffi-Blanchard, 1994; Welling, 1994).



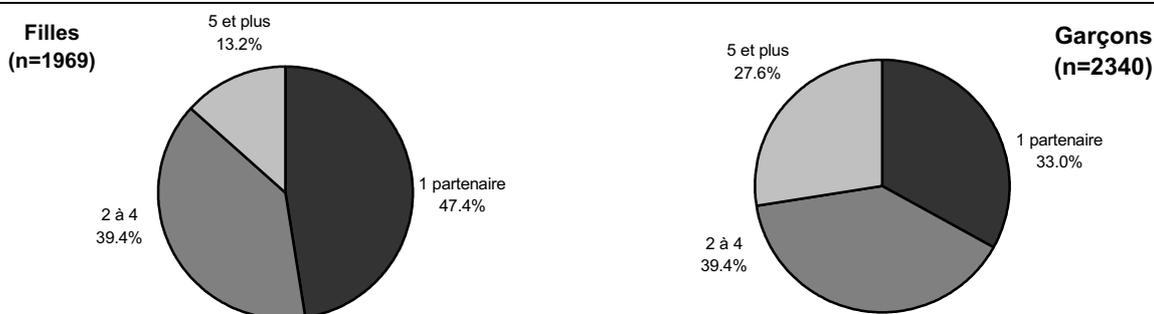
\* Les chiffres de 2002 proviennent de l'enquête SMASH 2002, ceux de 1987 à 2000 proviennent des répondants de 17 à 20 ans des enquêtes téléphoniques périodiques auprès de la population générale de 17 à 45 ans pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS) ; ceux des années précédentes proviennent de diverses autres sources avec des classes d'âges comparables (Koffi-Blanchard, 1994).

Graphique 3.5-2 Proportions des jeunes sexuellement actifs à 17 ans, selon le sexe, Suisse 1972-2002

L'âge au premier rapport sexuel constitue une des variables importantes pour prédire une prise de risque lors de ce premier rapport et au cours du début de cette vie sexuelle. Les résultats de l'étude montrent que 4.5% des filles apprenties, 6.1% des filles élèves, 15.9% des garçons apprentis et 10.7% des garçons élèves disent avoir eu leur premier rapport avant 15 ans.

### 3.5.3 Nombre de partenaires

Le nombre de partenaires déclaré par les jeunes varie selon l'âge pour une raison bien compréhensible. Les jeunes filles déclarent moins de partenaires que les garçons au même âge (Graphique 3.5-3). Les apprentis sont plus nombreux que les élèves du même sexe à déclarer plusieurs partenaires. Des enquêtes portant sur les comportements sexuels des adolescents ont montré que les garçons ont plus de partenaires occasionnels que les filles (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999).



Graphique 3.5-3 Pourcentages de jeunes sexuellement actifs selon le nombre total de partenaires, selon le sexe (SMASH 2002, Q67)

## 3.5.4 Utilisation de la contraception

Dans l'enquête et en fonction des différentes études réalisées en Suisse ces dernières années, le choix a été fait d'explorer l'utilisation de la contraception avec le partenaire actuel pour limiter les biais de rappel dus aux aléas de la mémoire.

	Au premier rapport		Au dernier rapport	
	Mentionné par		Mentionné par	
	les filles (%)	les garçons (%)	les filles (%)	les garçons (%)
	n = 1983	n = 2457	n = 1983	n = 2457
Préservatif masculin (capote)	77.3	74.6	36.1	45.8
Pilule contraceptive	32.5	24.5	64.0	40.9
Pilule du lendemain – pilule d'urgence	6.8	4.6	3.1	3.1
Retrait(interruption du rapport sexuel)	5.8	2.7	4.9	2.4
Calcul de la période favorable	2.2	2.1	2.3	2.0
Injection ou implant	1.0	1.1	2.0	1.4
Moyens chimiques (crèmes, ovules, éponge)	.6	.8	.2	.5
Préservatif féminin	.2	.3	.0	.4
Stérilet	.2	.6	.6	.5
Diaphragme	.1	.2	.1	.2
Autre	.4	.4	.6	.3
Aucun moyen	2.9	2.4	1.8	2.5

\* Total des réponses supérieur à 100% (plusieurs mentions étaient possibles).

Tableau 3.5-3 Utilisation (%) des différentes méthodes de contraception au premier rapport sexuel et au dernier rapport sexuel avec le partenaire actuel, selon le sexe (SMASH 2002, Q68)

Le taux d'utilisation du préservatif au premier rapport avec un nouveau partenaire est élevé et reste élevé depuis le début des campagnes de prévention du sida dans cette tranche d'âge, en Suisse comme dans d'autres pays d'Europe occidentale (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999; Bardeleben, 1995). Seuls 2.9% des filles et 2.4% des garçons disent n'avoir utilisé aucune contraception, mais ces chiffres s'élèvent à 8.1% parmi les filles et 11.1% parmi les garçons quand on inclut les méthodes de contraception inefficaces ou peu efficaces<sup>h</sup>. Le Tableau 3.5-3 montre qu'une partie des oublis de contraception sont maintenant compensés par l'utilisation de la pilule d'urgence.

La pilule contraceptive est plus utilisée au dernier rapport qu'au premier, alors que c'est l'inverse pour le préservatif: 64% des filles et 40.9% des garçons disent avoir utilisé la pilule au dernier rapport sexuel avec leur partenaire actuel ; 36.1% des filles et 45.8% des garçons ont utilisé un préservatif au dernier rapport. En effet, dans une relation amoureuse stable, un certain nombre de jeunes abandonnent le préservatif après quelque temps, en vérifiant parfois par un test VIH qu'ils peuvent le faire. La jeune

<sup>h</sup> Aucune contraception ou une contraception autre que pilule, préservatif ou les deux.

filles prend alors une pilule contraceptive qui nécessite une prescription et donc une consultation chez un médecin ou au planning familial.

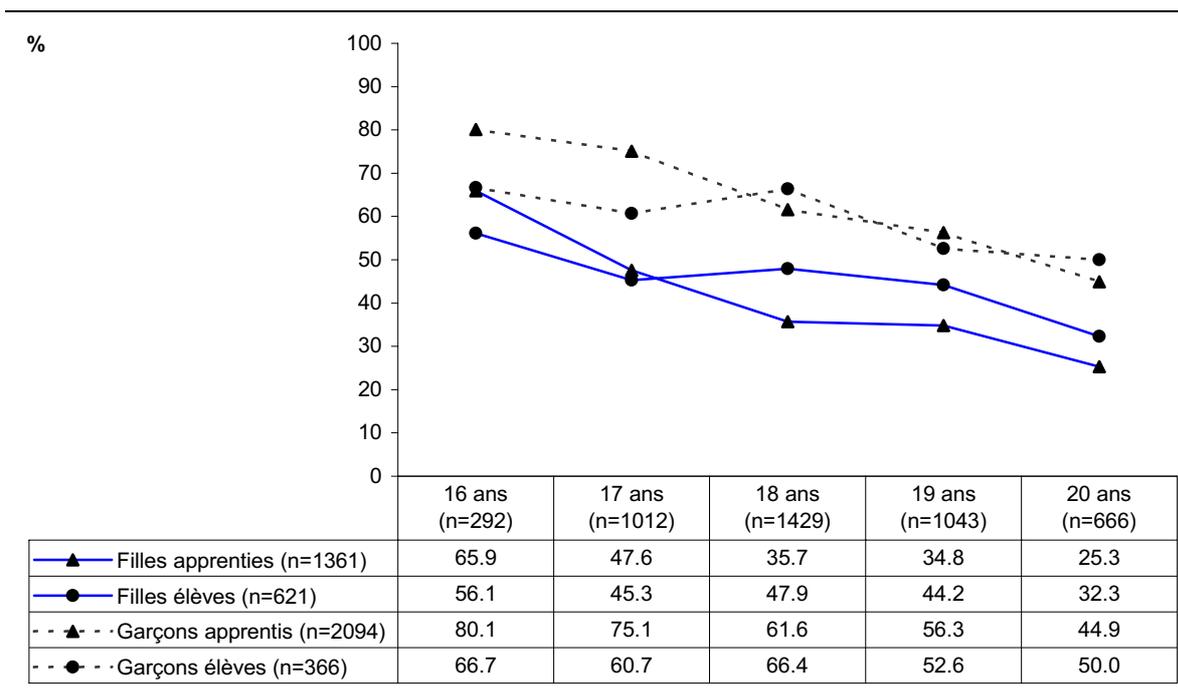
La pilule d'urgence est plus fréquemment utilisée au premier rapport qu'au dernier (Tableau 3.5-3). Cette question sur la pilule d'urgence n'avait pas été incluse dans l'enquête il y a dix ans, mais l'information et l'accessibilité à ce moyen de contraception se sont beaucoup améliorées depuis dix ans et ces résultats montrent que les efforts n'ont pas été vains. La pilule d'urgence joue un rôle de prévention dans les cas où la contraception n'a pas pu être prévue ou quand les circonstances du rapport sexuel n'ont pas permis de se procurer ou d'utiliser un préservatif. Les efforts en faveur de la contraception d'urgence devraient se poursuivre pour permettre une meilleure couverture des « oublis » en s'assurant que les jeunes la connaissent, sont informés sur ses conditions d'utilisation et savent comment se la procurer. La prévention des grossesses non désirées est en effet une préoccupation majeure pour les adolescents et l'existence d'une contraception accessible après un rapport sexuel semble répondre à leurs besoins (Ottesen, 2002).

Les filles sont un peu moins nombreuses que les garçons à ne déclarer aucune méthode au dernier rapport avec leur partenaire : 1.8% des filles et 2.5% des garçons. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la prise de pilule contraceptive est sous la responsabilité de la jeune fille et peut être ignorée ou négligée par son partenaire. Ces chiffres ne paraissent pas avoir changé depuis 10 ans (Narring, Wydler, 2000).

Les résultats montrent que 5.5% des répondants qui ont eu leur premier rapport avant 15 ans (9 à 14 ans) disent ne pas avoir utilisé de contraception au premier rapport, alors qu'ils ne sont que 2.4% à 1.6% à 15 ans et aux âges supérieurs. Ce constat a déjà été fait à l'occasion de l'enquête sur la sexualité des adolescents en Suisse et dans d'autres études (Narring, Wydler, 2000; Kraft, 1991).

## 3.5.5 Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

En réponse au questionnaire, 40.8% des filles et 61.2% des garçons déclarent avoir utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel. Ces chiffres varient selon la situation scolaire chez les filles et selon l'âge dans les deux sexes (Graphique 3.5-4). Ce n'est pas étonnant puisque l'utilisation du préservatif est plus importante au premier rapport avec un nouveau partenaire que par la suite en raison de l'abandon du préservatif au cours d'une relation amoureuse stable. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête de 1993 et les jeunes paraissent répondre aux messages de prévention qui leur sont destinés dans les mêmes proportions que leurs aînés il y a dix ans (Narring, 1994).



Graphique 3.5-4 Proportions de jeunes sexuellement actifs déclarant avoir utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q69)

## 3.5.6 Grossesse et interruption de grossesse

Un petit nombre d'adolescentes, 3.7% des filles, ont fait l'expérience de se retrouver enceintes : 4.9% des apprenties et 1.5% des élèves. Parmi les 76 répondantes déclarant une grossesse, 54 (71%) ont interrompu cette grossesse, 14 (18.4%) ont vécu un avortement spontané, et 7 (9.2%) l'ont poursuivie. Les déclarations des garçons semblent correspondre à celles des filles : 4% disent qu'une de leurs partenaires s'est trouvée enceinte autant parmi les apprentis que parmi les élèves, 62.6% que la grossesse a été interrompue, 21.2% qu'il y a eu un avortement spontané, et 13.1% que la grossesse a été poursuivie (n=2570 garçons). Cette prévalence de grossesse déclarée par les participants à l'enquête paraît en diminution en 2002 par rapport à 1993 (Narring, 1996).

En résumé :

- la prévalence d'utilisation du préservatif ne diminue pas depuis dix ans, ce qui suggère que la réponse aux messages de prévention est toujours bonne parmi les jeunes. Ce constat devrait rassurer ceux qui craignent que l'existence de médicaments pour traiter le sida ne banalise cette maladie et ne s'accompagne d'une réduction de la protection dans la population. Ce n'est pas le cas parmi les adolescents qui continuent à utiliser largement le préservatif au premier rapport sexuel, mais aussi au dernier rapport avec leur partenaire actuel.
- L'information et la plus grande accessibilité à la pilule d'urgence au cours des dernières années lui confèrent une place comme moyen de contraception pour pallier les oublis. Elle semble jouer son rôle pour permettre un recours aux jeunes qui n'ont pas anticipé le besoin d'une contraception ou qui n'ont pas pu en utiliser une. Les efforts pour informer les adolescents les plus à risque et leur permettre d'y accéder doivent certainement être poursuivis.
- L'âge de la première relation sexuelle joue un rôle dans la prise de risque : il serait utile de mieux analyser les circonstances des relations sexuelles avant 15 ans et la situation des jeunes concernés pour développer des actions de prévention auprès des plus jeunes. Les responsables de l'éducation sexuelle devrait prendre en compte ce facteur de risque et développer des stratégies en direction des jeunes les plus vulnérables.
- L'évaluation du taux de grossesse à l'adolescence et des interruptions volontaires de grossesse n'entrait pas dans le cadre de cette enquête par questionnaire, mais devrait être réalisée par tous les cantons et centralisée au niveau fédéral dans le cadre de la loi sur l'IVG (Narring, Roulet, 2002). Le taux de grossesses déclarées par les jeunes de 16 à 20 ans interrogés et le pourcentage de grossesses interrompues semblent stables dans le temps. Le nombre de jeunes filles qui disent avoir été confrontées à une grossesse non désirée montre la nécessité de développer la surveillance épidémiologique de ce problème de santé publique et d'assurer la qualité des services qui les accueillent et les soignent, en particulier en proposant des programmes spécifiques adaptés aux adolescentes et aux adolescents.

## Références bibliographiques

- Arènes J, Janvrin M-P, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Éditions CFES ; 1999.
- Bardeleben H, Fieberg R, Reimann BW. Abschied von der sexuellen Revolution. Liebe und sexualität der "Nach-68-Generation" in Zeiten von Aids. Berlin: Edition Sigma; 1995.
- De Muinck Keiser-Schrama SMPF., Mul D. Trends in pubertal development in Europe. Human Reproduction Update 2001;7:287-291.
- Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1994;124:1047-55.
- Kraft P. Age at first experience of intercourse among norwegian adolescents: a lifestyle perspective. Social Science and Medicine 1991 ;33 :207-213.
- Lagrange H, Lhomond B. (Eds). L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La Découverte ; 1997.
- Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. Family Planning Perspectives 1996;28:232-6.
- Narring F, Michaud P, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. (Raisons de santé 4) ; 1997.
- Narring F, Roulet N, Addor V, Michaud P. Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). Acta Paediatrica 2002 ;91 :965-970.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, Vuille J-C, Paccaud F, Gutzwiller F. La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Cahier de recherche n° 113a) ; 1994.
- Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 2000;130:1389-98.
- Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud P. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: across-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. Journal of Adolescent Health 2002;31:101-10.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. Timing of puberty around the world. (in submission)
- Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation Française ; 1993.
- Welling K. Sexual behaviour in Britain: the national survey of sexual attitudes and lifestyles, Harmondsworth: Penguin; 1994.

### 3.6 VIOLENCE NON INTENTIONNELLE ET INTENTIONNELLE

Le thème de la violence chez les jeunes a fait l'objet de maintes discussions et recherches. Rien qu'en langue allemande, pas moins de 730 ouvrages psychologiques ont été publiés entre 1993 et 2002 (centre d'information psychologique et de documentation, 2002). La violence entre jeunes est un problème qui n'est ni nouveau, ni aigu, mais brûlant d'actualité. Ce sujet est incontestablement d'une importance primordiale dans la réflexion sur le développement des jeunes. Toute une série de motifs expliquent toutefois pourquoi des problèmes latents sont thématiques à certains moments et à intervalles plus ou moins réguliers. Selon Schäfer et Frey (1999), cet éventail va de facteurs économiques ou sociétaux aux intérêts commerciaux d'un paysage audiovisuel en passant par les calculs politiques.

La violence entre jeunes, dirigée contre les jeunes ou émanant d'eux, recouvre des phénomènes très divers ; les plus importants ont été examinés dans le cadre de la présente étude :

- les traumatismes accidentels
- la violence subie
- les abus sexuels
- la violence sur Internet
- les conduites suicidaires
- les comportements déviants / délinquants

#### 3.6.1 Traumatismes accidentels

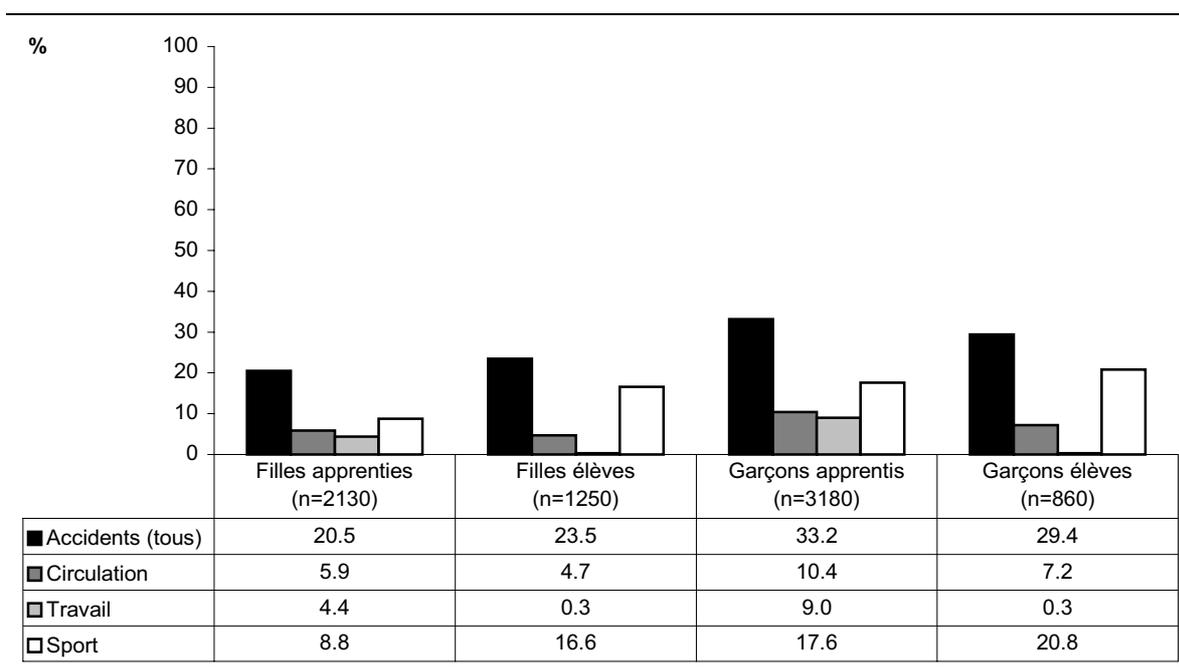
Les accidents, on a tendance à l'oublier, constituent dans la majorité des pays la principale cause de décès durant l'adolescence, surtout dès l'âge de 15 ans, et représentent aussi une cause de morbidité et de handicap non négligeable comprenant notamment des hospitalisations, des séquelles de lésions cérébrales ou encore des paralysies des membres inférieurs (Assailly 2001, Blum 1991, Heuveline & Slap 2002, Krug et al. 2000, Schlueter et al. 2003). La majorité de ces traumatismes sont le fait d'accidents de la circulation (Durkin et al. 1999, Heuveline & Slap 2002, Narring & Pawlak 2001, Salvisberg 2002, Schlueter et al. 2003, Zucker-Rouvillois 1993), mais il ne faut pas sous estimer l'impact des accidents liés au sport, même si ceux-ci ont des conséquences en général moins dramatiques que celles découlant du trafic (Vittoz 2001). Si la fréquence élevée de tels événements est sans doute liée en partie aux conduites expérimentales et au manque d'expérience des jeunes face à certaines situations (Narring & Pawlak 2001, Tursz 1997, Zucker-Rouvillois 1993), il reste que des mesures d'ordre environnemental – limites de vitesse, création de pistes cyclables, promotion du port du casque et de la ceinture, échauffement avant la pratique sportive et amélioration des équipements – ont un impact potentiel important (Bergman & Rivara 1991, Christ et al. 1999, Evans 1987, Siegrist 1999, Vittoz 2001). Le rapport de 1993 ne consacrait que quelques lignes à ce phénomène important ; l'enquête 2002 investigate ce domaine de façon un peu plus approfondie en recensant les comportements de protection adoptés par les adolescents (chapitre 3.4.6) ainsi que les séquelles d'accident rapportées par les jeunes.

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 21.6% des filles et 32.4% des garçons signalent un accident ayant nécessité les soins d'une infirmière, d'un médecin, voire une hospitalisation. En outre, parmi les 10% d'adolescents qui ont été hospitalisés durant l'année précédant l'enquête pour une raison quelconque, près de la moitié signalent que la cause était un accident (filles : 41.1% ; garçons : 68.3%).

Le Graphique 3.6-1 donne la prévalence de divers types d'accidents durant les 12 mois précédant l'enquête, par sexe et filière professionnelle séparés. Les pourcentages ne sont pas indiqués par tranche

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

d'âge séparée, car les taux restent stables entre 16 et 20 ans, sauf en ce qui concerne le taux d'accidents des conducteurs de voiture qui n'apparaît naturellement qu'à l'âge de 18 ans. Comme il y a 10 ans, les apprentis connaissent – logiquement – un taux plus élevé d'accidents lié à l'importance tenue par les accidents de travail. Mais on le voit, les apprentis rapportent aussi un taux plus élevé d'accidents de la circulation, sans doute parce que leur situation financière leur permet d'avoir plus facilement accès à un véhicule motorisé. Les taux d'accidents sportifs diffèrent d'une filière à l'autre surtout chez les filles, les accidents étant plus fréquents chez les élèves que chez les apprentis (surtout parmi les filles). Cette tendance reflète avant tout des différences dans la pratique sportive puisque, et cela a été démontré dans d'autres études (Narring et al. 1998), les apprentis filles et garçons, comparativement à leurs camarades élèves, voient leur engagement sportif diminuer dès l'âge de 16-17 ans, probablement en raison d'horaires de travail plus étendus et plus irréguliers (chapitre 3.4.1).



Graphique 3.6-1 Prévalence de divers types d'accidents reportée par les jeunes durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24)

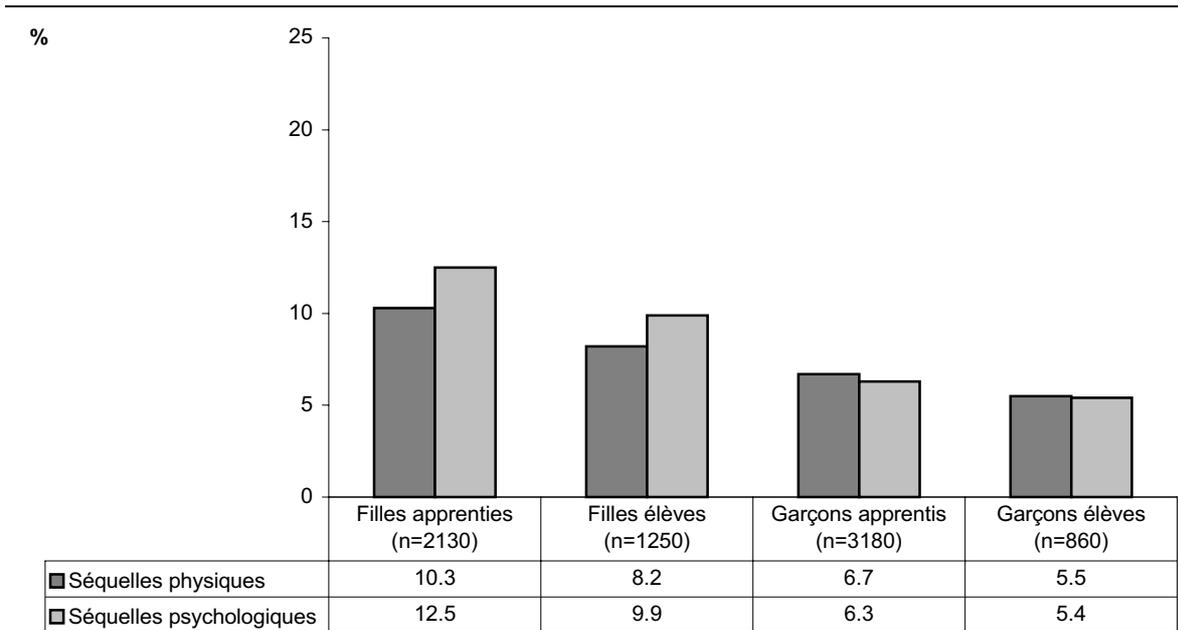
Le Tableau 3.6-1 donne une idée de l'importance tenue par les accidents de la circulation. Ceux-ci constituent le quart, voire le tiers (chez les apprentis garçons), de l'ensemble des accidents. Les plus fréquents sont évidemment ceux liés à la conduite de véhicules à moteur : scooters, motos, voitures. Les accidents de piétons sont à cet âge relativement rares.

	Filles		Garçons	
	apprenties (%) n = 2130	élèves (%) n = 1250	apprentis (%) n = 3180	élèves (%) n = 860
<b>Tous les accidents</b>	<b>20.5</b>	<b>23.5</b>	<b>33.2</b>	<b>29.4</b>
Circulation	5.9	4.7	10.4	7.2
Piéton	1.2	.7	1.4	1.0
Bicyclette	1.2	1.1	2.7	3.3
Scooter / voiture : passager	1.7	1.0	1.5	.7
Scooter / voiture : conducteur	2.3	1.6	6.1	2.3

**Tableau 3.6-1** Pourcentages de jeunes victimes de divers types d'accidents de la circulation, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24)

Les conséquences de ces accidents ne sont pas négligeables, puisque 9.4% des filles et 6.2% des garçons signalent des conséquences physiques (« vous ne pouvez plus faire certaines activités de la vie quotidienne, ou ne pouvez plus les faire sans aide ») et respectivement 11.5% et 6.2% des conséquences psychologiques (« changement dans votre manière d'être, peurs, problèmes de concentration, etc. ») de traumatismes (Graphique 3.6-2). On peut s'étonner que les filles signalent plus de conséquences que les garçons, alors que ces derniers sont plus souvent victimes d'accidents : une hypothèse serait que les filles tendent à rapporter plus facilement de telles séquelles ou perçoivent plus fortement la souffrance qui en résulte ; une autre hypothèse serait que si les garçons ont plus facilement des accidents, une partie de ceux-ci seraient finalement moins sévères que ceux qui touchent les filles. Enfin, on peut aussi penser que le vécu de l'accident lui-même diffère : celui-ci pourrait, parmi le groupe de garçons, avoir la valeur d'un acte d'expérimentation ou de bravoure alors qu'il serait plus volontiers considéré comme un acte « subi » chez les filles. Les données SMASH ne permettent pas de fournir des réponses à ces hypothèses.

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle



**Graphique 3.6-2** Proportions de jeunes signalant avoir eu des séquelles d'accidents (physiques ou psychologiques), selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24)

	Filles				Garçons			
	apprenties (%) n = 2130		élèves (%) n = 1250		apprentis (%) n = 3180		élèves (%) n = 860	
Accident de travail	6.1	5.9	1.2	1.1	14.8	8.9	2.1	1.2
Accident de circulation	6.3	5.9	3.4	4.7	8.9	10.4	3.8	7.2
Accident de sport	16.9	8.8	25.3	16.6	33.2	17.6	33.6	20.8

\* Les chiffres de 1993 figurent à gauche ; les chiffres de 2002 figurent à droite en italique.

**Tableau 3.6-2** Pourcentages de jeunes signalant un accident dans les 12 derniers mois, par type d'accident, selon le sexe et la filière de formation, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q24)

Les comparaisons avec les données d'il y a 10 ans sont présentées dans le Tableau 3.6-2. On voit que les pourcentages de répondants signalant un accident de sport durant l'année précédant l'enquête semblent avoir fortement diminué pour tous les groupes concernés. Les taux d'accidents de travail auraient également diminué chez les apprentis. Les taux d'accidents de la circulation semblent, eux, stationnaires.

En dépit de ces diminutions, avec un taux global annuel de 10%, le traumatisme accidentel constitue un problème de santé publique majeur qui nécessite des mesures plus énergiques que celles que notre pays a connues jusqu'à présent. En matière d'accidents de la circulation, diverses mesures législatives et environnementales ont fait depuis longtemps leurs preuves dans d'autres pays, comme la Suède (Bergman & Rivara 1991) qui connaît un taux d'accidents chez les jeunes environ 50% plus bas que celui de la Suisse. Des mesures touchant à la consommation d'alcool, au respect des règles de la circulation, à l'éducation des conducteurs, des mesures visant à augmenter la sécurité des véhicules et des équipements sportifs, des mesures touchant l'encouragement à l'utilisation de protections (casque,

ceinture, voir chapitre 3.4.6), enfin une amélioration de l'environnement au travail sont autant de pistes d'intervention qui mériteraient d'être plus suivies (Michaud 1992).

### 3.6.2 Violence subie

Les jeunes ne sont pas seulement auteurs d'actes de violence ; ils en sont aussi victimes. Les actes de violence subis peuvent devenir pour les personnes concernées des événements critiques de la vie, se répercuter sur leur bien-être et porter atteinte à leur santé (Mansel, 2001). C'est pourquoi nous avons demandé aux jeunes qui ont participé à la présente étude s'ils avaient été victimes de différents actes de violence et si oui, à quelle fréquence.

Le Tableau 3.6-3, indique combien de jeunes ont été victimes d'un vol, d'un racket ou d'un acte de violence physique au moins une fois au cours des 12 derniers mois. La grande majorité des 13.4% de répondants qui ont signalé avoir été victimes d'un vol au cours de l'année précédente ont précisé que cette mésaventure ne leur était arrivée qu'une seule fois. La proportion de jeunes touchés par le racket est nettement plus faible (2.3%) et comporte à peu près autant de filles que de garçons. Alors qu'il s'agissait d'un épisode unique dans près de deux tiers des cas, un tiers des victimes ont été „parfois“ rackettées et une infime proportion „souvent“.

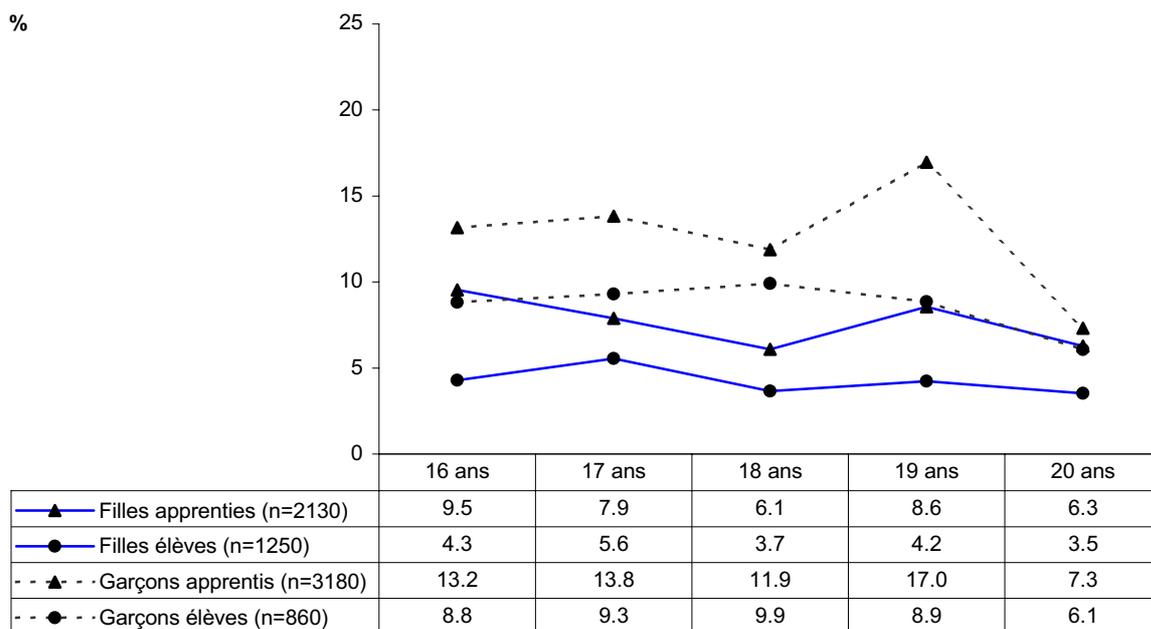
	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Victime d'un vol	12.5	14.3	13.4
Victime de racket	1.9	2.5	2.3
Victime de violences physiques	6.3	12.0	9.4

**Tableau 3.6-3** Pourcentages de jeunes qui ont mentionné diverses formes de violence au cours des 12 derniers mois (au moins une fois) (SMASH 2002, Q31)

Pour les diverses formes de violence subie et en particulier les agressions physiques, on note une nette différence entre les sexes : ce problème touche davantage les garçons. Cette différence entre les sexes se retrouve en général dans les statistiques sur la délinquance (Flammer, & Alsaker, 2002).

Des analyses plus poussées (Graphique 3.6-3) révèlent aussi une différence par rapport au type de formation (apprentis / élèves). En dehors du fait que les garçons sont plus souvent exposés à des agressions physiques que les filles, les apprentis le sont davantage que les élèves, chez les garçons comme chez les filles.

Les pourcentages de jeunes qui ont été victimes d'un vol sont un peu plus faibles que ceux de l'étude SMASH de 1993 (14% des filles et 22% des garçons étaient alors touchés). Le pourcentage de filles victimes de violence physique n'a pas changé et, chez les garçons, il n'a que légèrement augmenté en 2002 (9% en 1993 contre 12% aujourd'hui). La fréquence du racket est restée stable. Pour résumer, on peut dire que l'environnement des jeunes d'aujourd'hui ne se caractérise pas par une montée de la violence par rapport à la décennie précédente.



**Graphique 3.6-3** Pourcentages de jeunes qui ont affirmé avoir été victimes de violences physiques au moins une fois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q 31)

A cet égard, il est important de rappeler qu'environ 5% des filles et 18% des garçons ont reconnu s'être laissés entraîner dans des conflits et des bagarres à cause d'une consommation d'alcool (voir chapitre 3.4.3).

Pour le moment, nous ne pouvons faire que des spéculations sur les motifs de la différence relevée entre élèves et apprentis. D'autres résultats portant sur leur santé (voir chap. 3.3) ont déjà révélé que les apprentis semblent exposés à plusieurs risques et facteurs de stress. Par l'entrée précoce dans la vie professionnelle, ils sont aussi poussés plus tôt dans le monde adulte et, par là, dans un environnement offrant moins de facteurs de protection.

### 3.6.2.1 Harcèlement systématique

Depuis quelques années, la recherche internationale sur le thème du mobbing ou harcèlement entre enfants et jeunes accorde aussi plus d'attention à des formes d'agression / de violence verbale et indirecte (Alsaker, 2003; Jugert, Scheithauer, Notz, & Petermann, 2000; Olweus, 1996). On parle d'agression sociale ou relationnelle indirecte, quand un tort est causé à quelqu'un par le biais de ses relations sociales, par exemple quand plusieurs personnes se moquent d'une autre, l'excluent délibérément ou l'empêchent de participer. Ces formes de violence, souvent subtiles et cachées, sont typiques du mobbing. Elles ont pour la victime un effet dévastateur sur l'estime de soi (par ex. Alsaker, & Olweus, 2001). Ce genre d'expériences comme l'expérience d'un harcèlement grossier (verbal ou physique) ne sont considérées comme du mobbing que si elles se produisent de façon systématique et récurrente (Olweus, 1996). Le critère normalement utilisé est celui de la répétition hebdomadaire.

De nouveaux travaux de recherche sur le phénomène du mobbing ont montré que 5 à 10% des élèves font à plusieurs reprises de tellement mauvaises expériences avec des camarades du même âge qu'il faut qualifier ces jeunes de victimes de mobbing (par ex. Alsaker & Brunner, 1999; Jugert et al., 2000; Olweus, 1996; Smith et al., 1999). Si la présente étude avait porté sur le phénomène du mobbing en tant que tel, certains répondants auraient pu être qualifiés de victimes et / ou de fauteurs de troubles. Mais (faute d'indications sur la responsabilité personnelle des répondants dans le mobbing), nous nous sommes bornés aux questions sur la conception de soi en tant que victime, telles qu'elles sont utilisées

dans les instruments de saisie du mobbing (Alsaker, 2003). Les réponses aux questions sur les agressions verbales et physiques systématiques et sur les expériences d'exclusion du groupe sont présentées au Tableau 3.6-4. Toutes sont des formes de harcèlement propres au phénomène du mobbing.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Les autres se sont moqués de moi ou m'ont insulté(e).	10.8	14.3	12.7
Les autres m'ont agressé(e) physiquement ou brutalisé(e).	1.6	2.7	2.2
Les autres m'ont exclu(e) ou empêché(e) de participer.	1.9	1.4	1.6

**Tableau 3.6-4** Pourcentages de jeunes ayant indiqué avoir été victimes de harcèlement verbal et d'exclusion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q32)

À la question de savoir si on s'était (au moins) une fois moqué d'eux ou si on les avait insultés au cours des 12 mois précédents, 59.2% des jeunes interrogés ont répondu par l'affirmative. Trois quarts d'entre eux avaient été une ou deux fois la cible d'agressions verbales et un bon 10% l'avaient même été une fois par semaine ou plus souvent (Tableau 3.6-4).

Une proportion nettement plus faible de répondants (14.4%) ont signalé avoir été exclus d'un groupe ou empêchés de participer à quelque chose au moins une fois au cours de l'année précédente. Dans la plupart des cas, la chose ne s'était produite qu'une ou deux fois. L'exclusion sociale systématique (au moins une fois par semaine) concernait un plus petit nombre de jeunes (à peine 2%).

Ces chiffres montrent qu'il est important d'établir une distinction entre les expériences désagréables grossières qui se produisent occasionnellement et celles qui se produisent systématiquement et méritent de ce fait le qualificatif de harcèlement ou mobbing. Il n'est pas rare que les expériences occasionnelles d'attitudes négatives ou agressives d'autrui résultent de conflits. Elles sont généralement maîtrisables (pour la personne lésée). Mais le harcèlement systématique n'est qualitativement pas comparable à des conflits et a des conséquences destructrices pour la victime (Alsaker, 2003).

Nos résultats indiquent clairement qu'environ un dixième des jeunes ont été victimes de violence physique au cours des 12 derniers mois (Tableau 3.6-3) et que près de 15% d'entre eux ont été régulièrement insultés par leurs camarades de diverses façons (Tableau 3.6-4). Ces derniers chiffres correspondent aux résultats obtenus auprès des enfants et des adolescents aussi bien en Suisse romande et alémanique (dont ceux de l'étude ch-x-Jugend et de l'enquête réalisée auprès des écoles de recrue (Haas, 2001)) que dans d'autres pays (Alsaker, 2003 ; Alsaker, & Brunner, 1999 ; Smith et al., 1999). Ils montrent que la problématique du harcèlement systématique (mobbing) est à prendre au sérieux dans toutes les tranches d'âge. Cela signifie qu'on ne doit pas se focaliser uniquement sur les formes visibles et dramatiques de violence physique et qu'une assez forte proportion de répondants plus âgés auraient vraisemblablement besoin d'aide pour se sortir de ces schémas. Comme le phénomène du mobbing est un phénomène de groupe, toute la classe doit être impliquée dans la résolution du problème. Or, les adolescents souffrent fréquemment du fait que les adultes se distancient de la problématique et qualifient le mobbing de conflit à régler entre jeunes (Alsaker, 2003). Les intéressés n'ont pourtant que très rarement la possibilité de résoudre le problème entre eux. C'est pourquoi cette situation représente un grand défi pour les adultes. Le mobbing ne doit pas être interprété comme une fatalité, mais comme une problématique qui peut et doit être réglée. Depuis

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

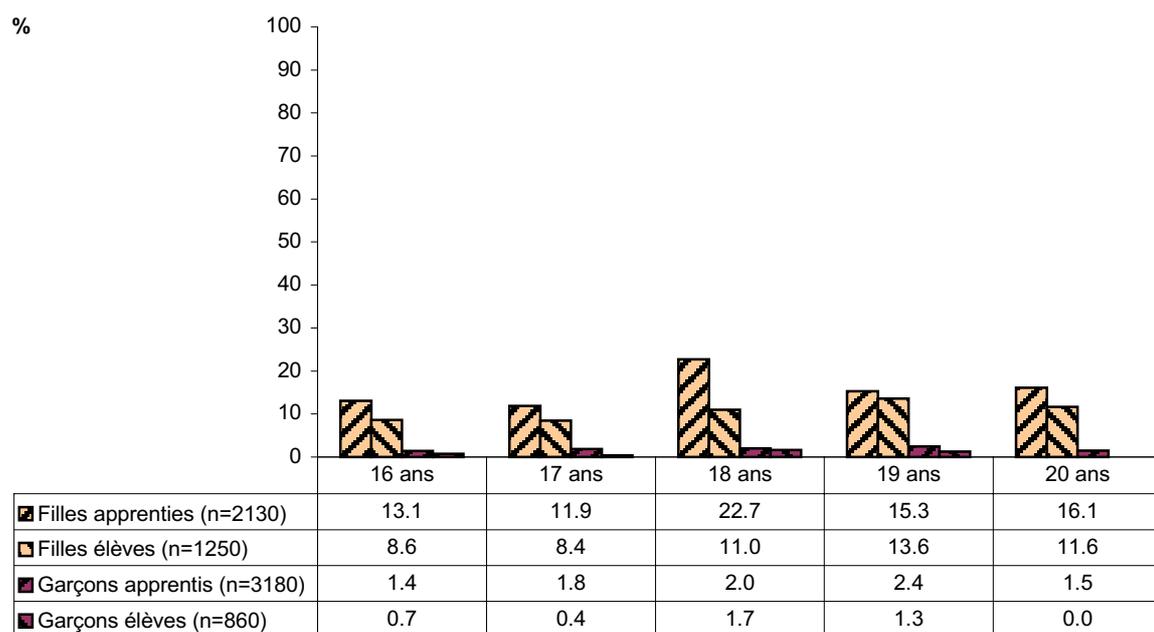
quelques années, différents programmes sont réalisés dans le monde entier, avec un bon succès, pour encourager tout le monde à regarder et à agir au lieu de détourner les yeux (Alsaker, 2003; Olweus, 1996; Smith, Pepler, & Rigby, 2003). Diverses organisations et services de consultation offrent en outre une aide, quand les responsables de la formation se sentent débordés par cette tâche de médiation. À ce propos, il faut notamment signaler la situation des apprentis. Bien que les agressions ne soient pas plus fréquentes que dans les écoles d'après les résultats de la présente étude, les cas de mobbing pourraient être nettement plus difficiles à résoudre et ce, pour plusieurs raisons. D'une part, parce qu'ils devraient être encore plus durs à déceler pour les personnes en charge de la formation (car la responsabilité de former les apprentis est partagée), d'autre part parce que l'idée que les apprentis doivent résoudre eux-mêmes leurs problèmes sociaux semble plus répandue au travail qu'à l'école. D'où la nécessité de sensibiliser les maîtres d'apprentissage et autres responsables de la formation à cette problématique et de mettre à leur disposition des instruments auxquels ils puissent recourir dans une telle éventualité.

#### 3.6.2.2 Les abus sexuels

Être victime d'un abus sexuel peut avoir des conséquences à long terme sur la santé. Dans le sondage SMASH de 1993, les filles concernées ont mentionné plus souvent que les autres des états de nervosité, de dépression, des pensées suicidaires, une image négative du corps, des problèmes familiaux, des difficultés scolaires et une consommation de stupéfiants (Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998). Ces résultats recourent ceux d'études semblables menées dans d'autres pays (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Edgardh, & Ormstad, 2000; Garnefski, & Arends, 1998).

Dans les études SMASH, l'abus sexuel a été défini comme suit : « Une agression sexuelle ou un abus sexuel c'est quand quelqu'un de votre famille ou quelqu'un d'autre vous touche à un endroit où vous ne voudriez pas qu'on vous touche, ou quand quelqu'un vous fait quelque chose qui s'adresse à votre sexualité mais qu'il ou elle ne devrait pas faire. » Cette définition est tirée du Minnesota Youth Health Survey (Chandy et al., 1996). Elle est assez ouverte et peut recouvrir des formes d'abus avec et sans contact corporel. Mais comme les abus sans contact corporel (par ex. attaques verbales, exhibitionnisme) ne sont pas mentionnés explicitement, il faut s'attendre à des lacunes dans leur saisie, comme le confirment des comparaisons avec des études mentionnant explicitement les deux formes d'abus (Halperin et al., 1996).

Dans l'ensemble, 14.4% des filles et 1.7% des garçons ont indiqué dans la présente étude avoir subi un abus sexuel. Le Graphique 3.6-4 illustre la répartition en fonction de l'âge et du sexe.



**Graphique 3.6-4** Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir été victimes d'un abus sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q74)

Les chiffres, tout comme la différence entre filles et garçons, corroborent à peu près les résultats d'autres études (Finkelhor, 1994) (Edgardh & Ormstad, 2000). Mais en principe, la fréquence effective des abus sexuels est plutôt sous-estimée dans un questionnaire, d'une part parce que beaucoup de victimes ne se souviennent plus de l'incident pendant toute une phase de leur vie (Epstein & Bottoms, 1998), d'autre part parce que les personnes concernées peuvent avoir de la peine à avouer une telle expérience dans un questionnaire, comme le prouvent notamment certains retours au sujet de l'enquête SMASH 2002. Les jeunes concernés ont décrit combien cela leur avait coûté de reconnaître effectivement l'abus sexuel qu'ils avaient subi.

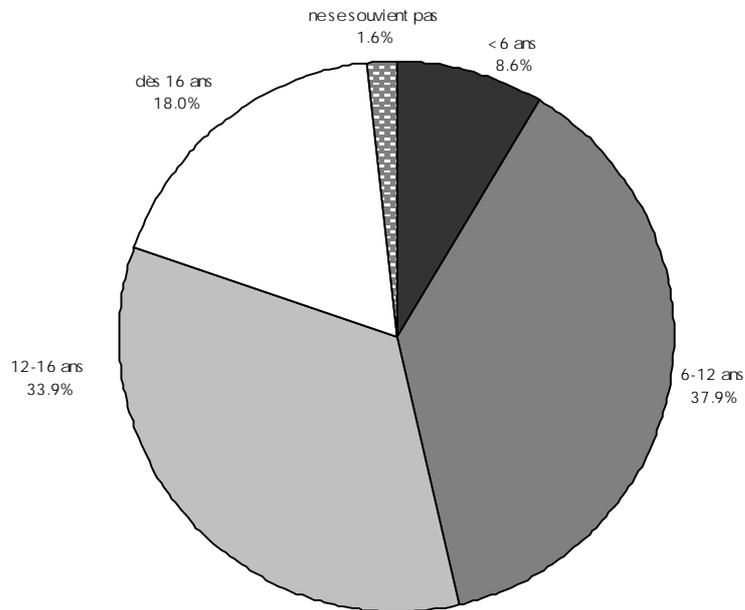
Lors de la dernière étude SMASH de 1993, 18,6% des filles et 3,9% des garçons avaient indiqué avoir déjà vécu un abus sexuel, c'est-à-dire davantage que dans le cadre de la présente étude. Dans une étude genevoise réalisée en 1994-95 auprès des classes de 9<sup>e</sup>, la proportion d'élèves concernés était également plus forte et correspondait davantage aux résultats de SMASH 1993, puisque 19% des filles et 3,5% des garçons y signalaient un attouchement non désiré (Halperin et al., 1996). La question de savoir si le présent résultat reflète une diminution effective des abus sexuels impliquant des enfants et des adolescents doit pour le moment rester ouverte. Il n'y aurait lieu de se montrer optimistes que si d'autres études confirmaient une tendance à la baisse. Pour le moment, seule une étude américaine indique une évolution semblable pour les années 1990-1999. Elle dénote une nette diminution des cas de violence sexuelle signalés durant cette période aux autorités responsables de la protection de l'enfance (Jones, Finkelhor, & Kopiec, 2001). Mais ce résultat pourrait lui aussi être influencé par d'autres facteurs et demande encore à être confirmé par d'autres sondages.

Parmi les jeunes concernés, 71,8% des filles et 58% des garçons ont pu parler de leur expérience à quelqu'un, ce qui correspond aux chiffres de SMASH 1993. Les garçons semblent avoir plus de peine à évoquer une telle expérience, ce qui pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. Mais il faut surtout se demander si les offres de consultation sont suffisantes pour les garçons concernés et suffisamment connues.

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

Le Graphique 3.6-5 indique la répartition des filles dans les différentes tranches d'âges lors du premier abus.

**Filles (n=488)**



**Graphique 3.6-5 Répartition des filles abusées sexuellement selon l'âge au premier abus (SMASH 2002, Q74)**

Chez les garçons, les chiffres sont trop petits pour pouvoir faire une affirmation fiable sur la répartition dans les différentes tranches d'âges lors du premier abus. Du point de vue de la prévention, il importe de retenir qu'une partie non négligeable des filles concernées ont subi pour la première fois un geste déplacé durant l'adolescence (Pedersen, & Aas, 1995 ; Ackard, & Neumark-Sztainer, 2002).

Etant donné que pas moins d'une fille sur sept affirme avoir été victime d'un abus sexuel et compte tenu des conséquences potentiellement graves qu'une telle expérience peut avoir sur la santé, il faut impérativement continuer à rechercher des améliorations au niveau de l'accompagnement et de l'encadrement des victimes par des spécialistes. Par ailleurs, il faut absolument poursuivre les efforts de prévention qui ont été intensifiés dans les années 90. Dans le cadre de l'éducation sexuelle, on devrait en outre mettre davantage l'accent sur la problématique des abus sexuels dans le cadre des relations amoureuses.

## 3.6.2.3 La violence sur Internet

Avec la popularité croissante d'Internet et son utilisation par des enfants et des adolescents, les jeunes sont aussi confrontés aux dangers de ce média. Dans la présente étude, on leur a demandé quelles formes de violence ils avaient déjà rencontrées sur Internet (Tableau 3.6-5).

<i>Sur Internet, avez-vous déjà été confronté(e), sans l'avoir cherché...</i>	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
... à de la pornographie	30.6	58.1	45.6
... à ces contenus racistes	13.8	20.6	17.5
... à des contenus incitant à la violence et à la haine	12.0	20.9	16.9

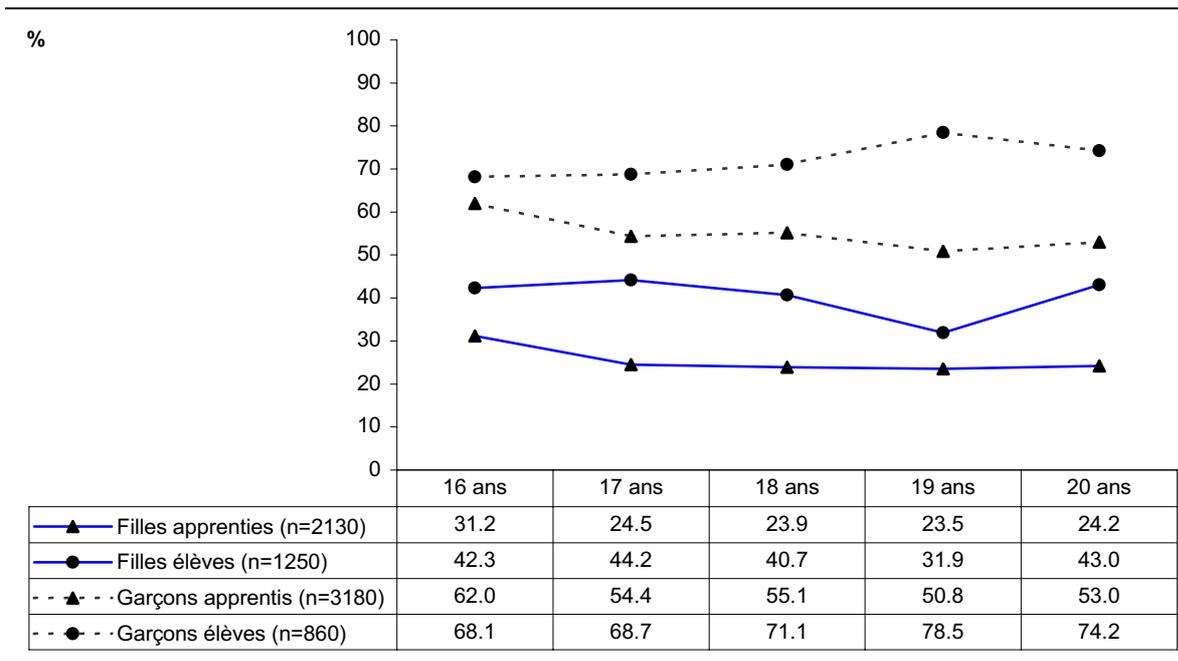
**Tableau 3.6-5** Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir été confrontés au moins une fois à différentes formes de violence sur Internet, selon le sexe (SMASH 2002, Q89)

Un peu moins de la moitié des jeunes interrogés ont répondu qu'ils avaient déjà été confrontés une fois, sans le vouloir, à de la pornographie en naviguant sur le réseau. Une plus faible proportion des jeunes de 16 à 20 ans sont aussi tombés sur des contenus racistes (17.5%) et / ou sur des appels à la haine et à la violence (16.9%). Parmi les jeunes qui ont été confrontés à des contenus pornographiques, un pourcentage très important, filles et garçons confondus, disent l'avoir été involontairement par rapport au tiers de garçons et aux quelques pour-cent de filles (voir chapitre 3.4.7) qui ont volontairement cherché de tels sites. Il se peut que les jeunes tombent sur des images pornographiques en cherchant des informations sur la sexualité. C'est regrettable, mais difficile à éviter. Seul l'apprentissage précoce d'un usage critique d'Internet peut s'avérer utile de ce point de vue.

Il apparaît au Tableau 3.6-5 qu'une plus forte proportion de garçons ont été confrontés à la violence sur Internet. Bien que les filles et les garçons aient indiqué dans les mêmes proportions (plus de 80% chacun) avoir navigué sur le réseau le mois précédant l'enquête, des différences spécifiques au sexe se manifestent pourtant au niveau de la fréquence et du volume des visites de sites (voir chapitre 3.4.7). Les garçons utilisent non seulement plus souvent Internet, mais aussi plus longtemps.

Ce constat explique en partie pourquoi les garçons ont été nettement plus souvent confrontés à des contenus indésirables sur Internet (Graphique 3.6-6). Par ailleurs, il est probable que les garçons explorent davantage le réseau et tombent ainsi sur un bon nombre de pages qu'ils n'ont pas cherchées intentionnellement.

Cette hypothèse pourrait aussi expliquer la différence constatée par rapport au type de formation : les élèves ont été plus souvent confrontés à des contenus pornographiques que les apprentis du même sexe. Les élèves passent effectivement plus de temps sur Internet (voir chapitre 3.4.7).



Graphique 3.6-6 Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir déjà été confrontés au moins une fois à de la pornographie sur Internet, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q89)

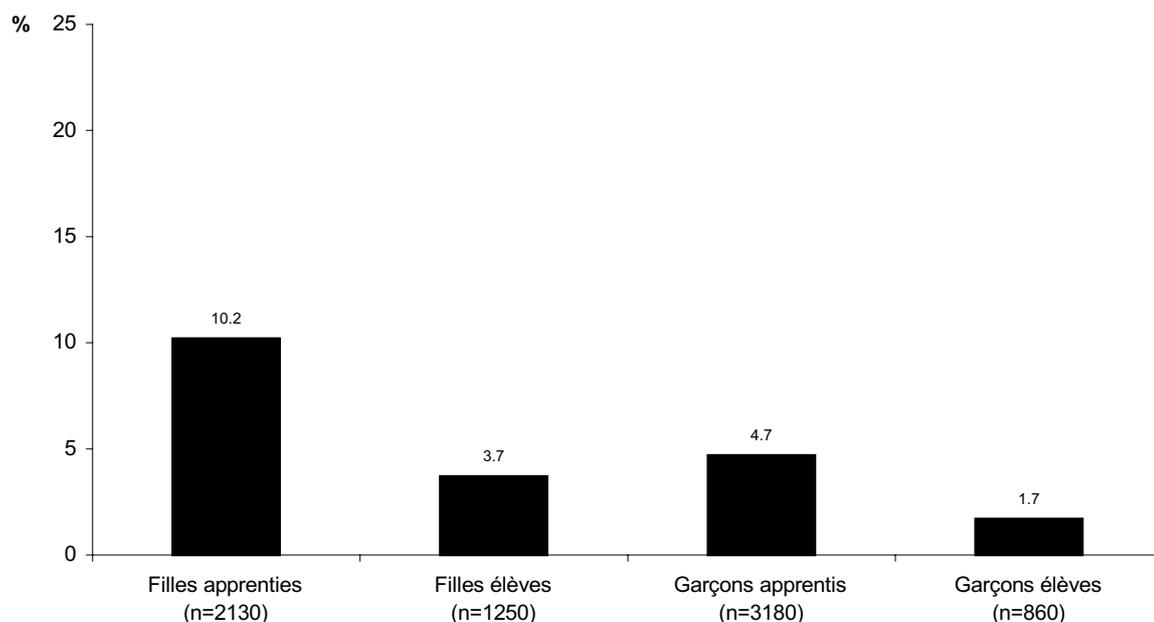
### 3.6.3 Conduites suicidaires

Le terme «conduites suicidaires» recouvre l'ensemble des idéations et comportements qui ont trait à la tentative de suicide et au suicide (Tableau 3.6-6). Elles constituent, en Europe comme en Suisse, un problème de santé publique majeur (Bille-Brahe, 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Outre le fait que le suicide représente la deuxième cause de mortalité à l'adolescence et que les taux de suicide dans notre pays n'ont pas diminué depuis 30 ans (Schlueter, Narring, Münch, & Michaud, 2003), les tentatives de suicide constituent une source de souffrance et une cause d'hospitalisation et de soins psychiatriques importants (Hawton et al., 1998; Séguin, 1999; Shaffer & Piacentini, 1994; Spirito, 1989). Plusieurs études démontrent que seul un nombre limité de tentatives de suicide sont repérées par le système de soins (Ladame, Ottino, & Pawlak, 1995; Rey Gex et al., 1998), alors même que l'une des meilleures préventions du suicide semble être le repérage et la prise en charge des jeunes ayant de fortes idéations suicidaires ou ayant commis une tentative de suicide (Shaffer & Craft, 1999). Pour se rendre compte du travail qui reste à accomplir, il est utile d'évaluer, dans des populations tout venant d'adolescents, la prévalence des idéations et conduites suicidaires.

Le Tableau 3.6-6 donne les réponses à une question touchant à l'ensemble des conduites suicidaires. La présence de simples idées suicidaires à un moment ou un autre de l'adolescence est relativement courante et ne nécessite pas forcément de mesures particulières. En revanche, une idéation allant jusqu'à l'élaboration d'un plan, d'une méthode est un signe beaucoup plus grave qui devrait alerter tout adulte confronté à une telle situation : Il est frappant de constater que près d'une fille et d'un garçon sur cinq se sont trouvés confrontés à une telle situation. De plus, un pourcentage important de jeunes disent qu'ils se seraient suicidés «s'ils en avaient eu l'occasion». Les pourcentages de répondants admettant une tentative de suicide, soit durant leur vie, soit durant la dernière année, sont considérables, et plutôt plus élevés que dans d'autres pays (Garrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller, 1991; Kienhorst et al., 1990).

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
Au cours des 12 derniers mois : vous avez pensé au suicide	21.4	15.4
il y a eu des moments où vous auriez voulu vous suicider	16.7	9.8
vous vous seriez suicidé(e) si vous en aviez eu l'occasion	4.9	3.2
vous avez pensé à la méthode que vous auriez pu utiliser pour vous suicider	22.4	17.9
vous avez fait une tentative de suicide	3.4	1.6
Au cours de votre vie : vous avez fait une tentative de suicide	8.2	3.2

**Tableau 3.6-6** Pourcentages de jeunes signalant des préoccupations ou des conduites suicidaires, selon le sexe (SMASH 2002, Q46, Q47)



**Graphique 3.6-7** Pourcentages de jeunes disant avoir commis une tentative de suicide au moins une fois au cours de leur vie, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q47)

Le Graphique 3.6-7 présente les pourcentages de jeunes disant avoir commis une tentative de suicide au moins une fois au cours de leur vie, par sexe et filière professionnelle séparés. Ces pourcentages ne sont pas différents de ceux obtenus il y a une dizaine d'années. Les filles apprenties présentent un taux de tentatives plus élevé que leurs camarades élèves et que les garçons en général. Par ailleurs, il faut rappeler que, dans une étude menée il y a quelques années auprès de jeunes décrocheurs de 16 à 20 ans (exclus d'un cursus professionnel), le taux de tentatives de suicide était beaucoup plus important, puisque 34% des jeunes filles et 17% des garçons interrogés admettaient avoir commis une tentative de suicide durant l'année précédant l'enquête (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995). Il faut donc se

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

souvenir que les pourcentages obtenus dans l'enquête SMASH (comme c'est le cas pour d'autres problèmes) sous-estiment l'ampleur du phénomène dans certaines populations de jeunes à risques.

Un certain nombre de jeunes ont commis plusieurs tentatives de suicide durant leur vie : parmi ceux disant avoir commis au moins une tentative de suicide, la proportion de jeunes rapportant plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie est particulièrement élevée parmi les apprentis (filles : 42% ; garçons : 45%), nettement moins parmi les élèves, surtout les garçons (respectivement 38% et 20%). Lorsque l'on sait que la répétition du geste suicidaire est l'un des facteurs prédictifs de suicide les plus importants (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; Hulten et al., 2001), l'on ne peut qu'être frappé par l'importance des pourcentages obtenus dans l'étude de population que représente SMASH 2002.

	Filles (%) n = 280	Garçons (%) n = 148
Copain(s) ou copine(s)	63.0	54.7
Petit(e) ami(e)	54.5	52.2
Parents	49.7	39.2
Frères / sœurs	36.9	30.4
Educateur/éducatrice de foyer	3.9	9.2
Professeur/e(s)	9.3	12.2

**Tableau 3.6-7** Taux de jeunes rapportant une tentative de suicide durant l'année écoulée et qui s'en sont ouverts à diverses personnes de leur entourage, selon le sexe (SMASH 2002, Q47)

Le Tableau 3.6-7 décline les différentes personnes à qui ces jeunes ont fait part de leur geste. Il faut tout d'abord mentionner que seuls 34% des filles et 29% des garçons ont fait part de leur tentative à une personne quelconque. En d'autres termes, la majorité des tentatives de suicide parmi les adolescents restent ignorées de leurs camarades, de leurs parents ou d'autres adultes qui les entourent. Un peu plus de la moitié s'en sont ouverts à leur entourage. Parmi les jeunes qui ont pu parler de leur tentative, seule une minorité mentionne les parents : cela est peut-être dû au fait que les relations familiales des jeunes suicidants sont médiocres ou peut-être est-ce aussi que les jeunes se sentent coupables face à leurs géniteurs du geste qu'ils ont commis.

Quelle est la proportion de ces jeunes suicidants qui bénéficient d'une aide médicale ou psychologique ? 0.6% des filles et 0.2% des garçons de l'ensemble du collectif disent avoir été admis à l'hôpital pour une tentative de suicide (Graphique 3.7-3). En d'autres termes, 16.4% des jeunes filles et 6.2% des garçons ayant signalé une tentative de suicide rapportent avoir été hospitalisés pour cette raison. Alors que beaucoup de spécialistes recommandent une hospitalisation systématique pour toute tentative de suicide, on voit bien l'écart majeur entre le pourcentage total de tentatives parmi les adolescents et celles qui aboutissent dans un établissement de soins. Les pourcentages de répondants ayant pu aborder cette thématique avec un médecin (filles : 0.4% ; garçons : 0.2%) ou avec un psychologue (filles : 1.4% ; garçons : 0.2%) est également très faible en regard du nombre de jeunes concernés (Tableau 3.7-4), alors même qu'un questionnement systématique sur la santé mentale et les idées suicidaires par les professionnels côtoyant les adolescents constitue une mesure de prévention potentielle non négligeable (Hamilton, 2000; Shaffer & Craft, 1999).

En résumé, la thématique du suicide reste, notamment dans notre pays, un objet de santé publique absolument prioritaire. Plusieurs pays ont mis sur pied des campagnes de prévention dans ce domaine, soit en direction des jeunes, soit pour l'ensemble de la population (Cotgrove, Zirinsky, Black, &

Weston, 1995; HRSA., 2002; Taylor, Kingdom, & Jenkins, 1997). En dehors de quelques initiatives isolées, notamment dans le canton de Genève ou du Tessin (Ferron & Michaud, 1998; Michaud, 2000), notre pays reste dans ce domaine à la traîne et il est urgent que les autorités sanitaires et politiques prennent la mesure de ce phénomène et y apportent des solutions adéquates à travers notamment un repérage plus efficace et un suivi plus systématique des jeunes ayant des idéations suicidaires importantes ou ayant commis une tentative de suicide. On ne peut que se féliciter à cet égard de la création récente dans notre pays d'une association pour la prévention du suicide (Ipsilon, initiative pour la prévention du suicide en Suisse, [www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch)).

#### 3.6.4 Conduites délictueuses

Pendant l'adolescence, la fréquence des conduites délictueuses est tellement élevée par rapport à d'autres phases de la vie que quelques scientifiques les considèrent comme une composante normale de la jeunesse (Elliott, Ageton, Huizinga, Knowles, & Canter, 1983). Sur la base de l'état actuel de la recherche, Flammer et Alsaker (2002) tirent toutefois la conclusion que si le comportement antisocial augmente bien entre l'enfance et l'adolescence (intra-individuel), il n'est pas pour autant devenu normatif.

Moffitt (1993) distingue deux catégories de jeunes : ceux qui manifestent un comportement antisocial depuis l'enfance et ceux qui ne développent un tel comportement qu'à l'adolescence (la délinquance dite limitée à l'adolescence). D'après Moffitt (ibid.), les adolescents tentent d'acquérir le statut d'adultes par des conduites en rupture avec la norme ou même délinquantes. «La délinquance limitée à l'adolescence» se définit comme un phénomène passager qui s'amorce au début de l'adolescence et disparaît au début de l'âge adulte. Mais d'autres études signalent que ce type de délinquance se prolonge peut-être quand même au-delà de l'adolescence et laisse des traces dans les phases suivantes de la vie (Nagin, Farrington, & Moffitt, 1995).

L'interdit exerce un grand attrait, spécialement chez les jeunes, à un moment où ils tentent de se démarquer des autorités. Silbereisen et Noack (1988) considèrent ce genre de conduites comme une tentative possible d'accélérer de façon démonstrative le passage à l'âge adulte, quand il n'y a aucun autre moyen d'accéder aux privilèges qui le caractérisent.

Les jeunes ont été priés d'indiquer s'ils avaient commis une série de ruptures par rapport à la norme ou d'actes délictueux au cours des 12 derniers mois et, si oui, à quelle fréquence. Confier aux intéressés le soin de rapporter eux-mêmes leurs actes délictueux est une méthode éprouvée qui présente généralement une bonne validité (Aebi, 1999; Haas, 2001; Klein, 1989; Loeber, Stouthamer-Loeber & van Kammen, 1989). Le Tableau 3.6-8 montre à quel point les conduites délictueuses sont répandues chez les jeunes interrogés dans le cadre de la présente étude.

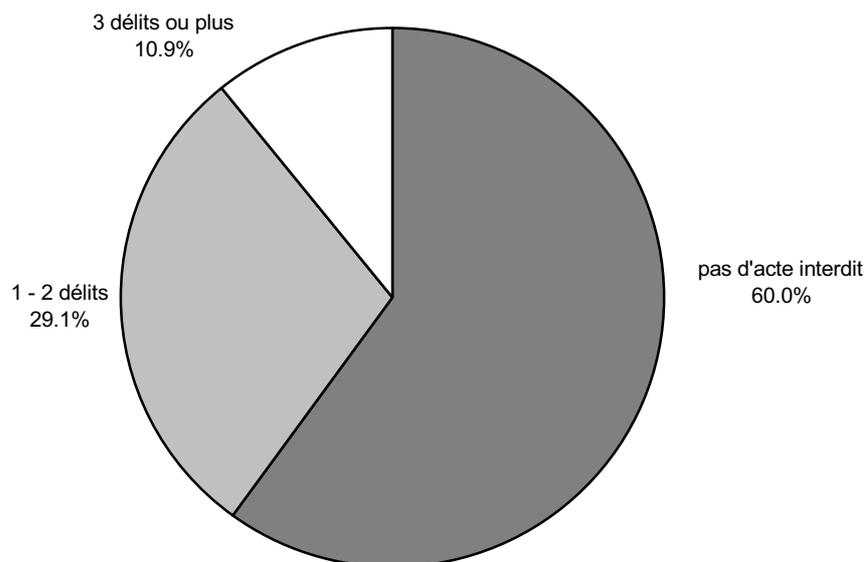
### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

<i>Qu'avez-vous fait vous-même pendant les 12 derniers mois ?</i>	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Détruit volontairement quelque chose qui ne vous appartenait pas (cabine téléphonique, réverbère, voiture, barrière, fauteuil de cinéma, etc.)	4.9	23.8	15.2
Volé ou pris quelque chose	15.0	26.6	21.3
Attaqué un adulte	2.2	9.5	6.2
Mis le feu à quelque chose	1.4	10.3	6.3
Arraché ou volé le sac, le porte-monnaie ou le natel de quelqu'un	.5	2.3	1.5
Porté une arme	6.0	18.7	12.9
Utilisé une arme dans une bagarre	.8	5.7	3.4
Vendu des drogues (y compris cannabis)	6.9	20.7	14.4

**Tableau 3.6-8** Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir commis au moins une fois différents délits au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q33)

Le Tableau 3.6-8 révèle que les garçons interrogés ne semblent pas seulement plus souvent victimes d'actes de violence (chapitre 3.6.2), mais qu'ils se livrent aussi plus souvent que les filles à des conduites délictueuses. Ce dernier point correspond aux résultats de toutes les études accessibles dans ce domaine.

Si l'on regarde combien d'actes interdits les jeunes ont indiqué avoir commis au cours des 12 derniers mois (Graphique 3.6-8), on voit que 60% des répondants ont certifié n'avoir commis aucun délit, 29% un ou deux délits et 11% trois délits ou davantage.



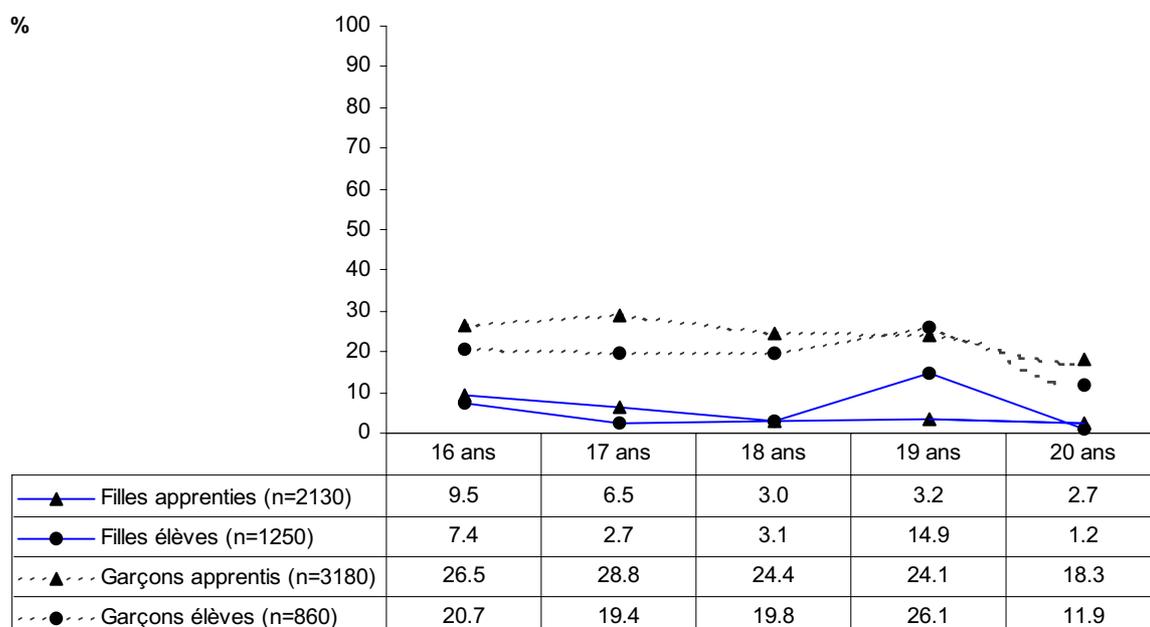
**Graphique 3.6-8** Pourcentages de jeunes (n=7420) qui ont rapporté avoir ou non commis un ou plusieurs acte(s) interdit(s) au cours des 12 derniers mois (SMASH 2002, Q33)

Ces résultats montrent clairement que les conduites délictueuses ne sont pas la norme et qu'une faible proportion de jeunes sont responsables d'une bonne partie des actes interdits. Ce sont ces 11% que les médias présentent malheureusement si souvent comme les représentants de la jeunesse en général. La proportion de jeunes qui ont commis un ou deux délits indique toutefois que, pour beaucoup, le seuil est assez vite franchi. Parmi ces 29% de jeunes, il pourrait aussi y en avoir beaucoup qui ont fait une expérience ou un coup d'essai et qui comptent en rester là.

Seules deux questions recourent l'enquête SMASH de 1993: les actes de vandalisme et les vols. Mais comme les deux échantillons ne sont pas comparables à 100%, une légère baisse ou hausse des pourcentages ne devrait pas être sur-interprétée.

Un petit quart des garçons ont intentionnellement détruit quelque chose au moins une ou deux fois au cours des 12 mois précédents. Ce pourcentage correspond à peu près à celui de 1993 (ils étaient alors 20%). Le pourcentage des filles est en revanche un peu plus bas qu'en 1993 (elles étaient alors 7%).

Si l'on examine de plus près quels répondants ont intentionnellement endommagé quelque chose qui ne leur appartenait pas, on relève une différence significative pas seulement entre les deux sexes, mais aussi en fonction de l'âge et du type de formation (apprentis / élèves) (Graphique 3.6-9).



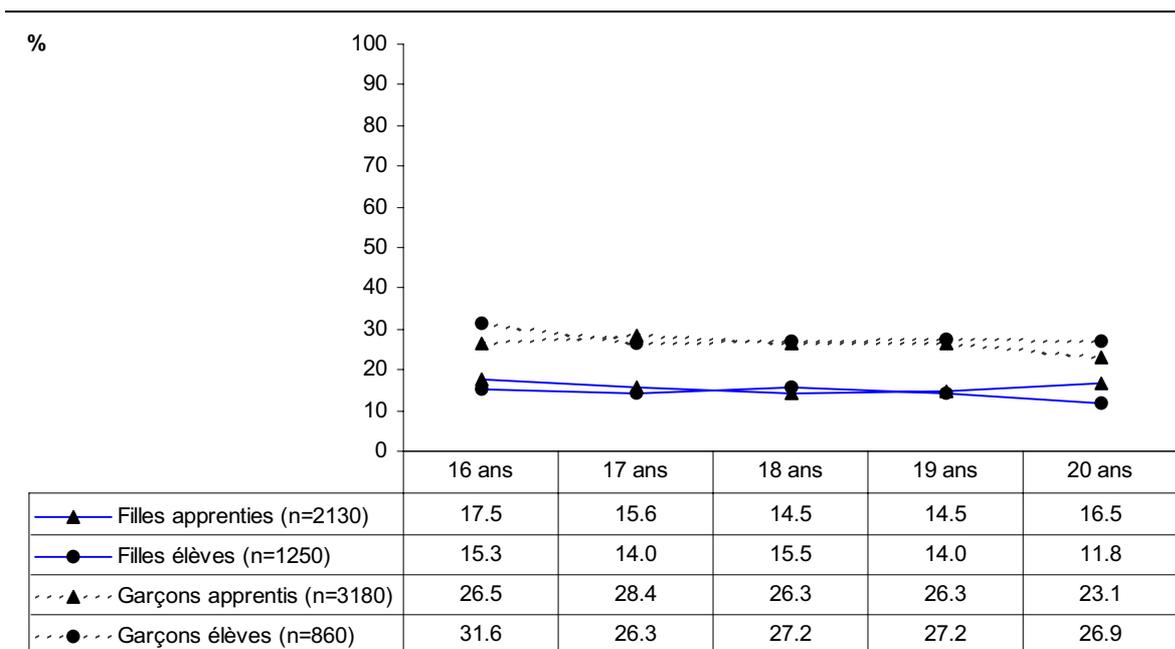
**Graphique 3.6-9** Pourcentages de jeunes qui reconnaissent avoir intentionnellement endommagé quelque chose l'an dernier (au moins 1 à 2 fois), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33)

Les jeunes de 20 ans se distinguent nettement de ceux de 16, 17, 18 et 19 ans en ce sens qu'ils sont dans l'ensemble moins nombreux que leurs cadets à déclarer avoir intentionnellement détruit quelque chose. De ce point de vue, il n'y a pas de différence entre les autres classes d'âges. Dans l'ensemble, les apprentis ont par ailleurs reconnu plus souvent que les élèves avoir commis un acte de vandalisme.

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

Concernant les vols rapportés, le Graphique 3.6-10 indique clairement qu'on peut seulement établir une différence significative entre les sexes : les garçons ont avoué plus fréquemment que les filles avoir volé ou arraché les affaires de quelqu'un durant l'année précédente. Aucune distinction ne s'impose concernant l'âge et le type de formation.

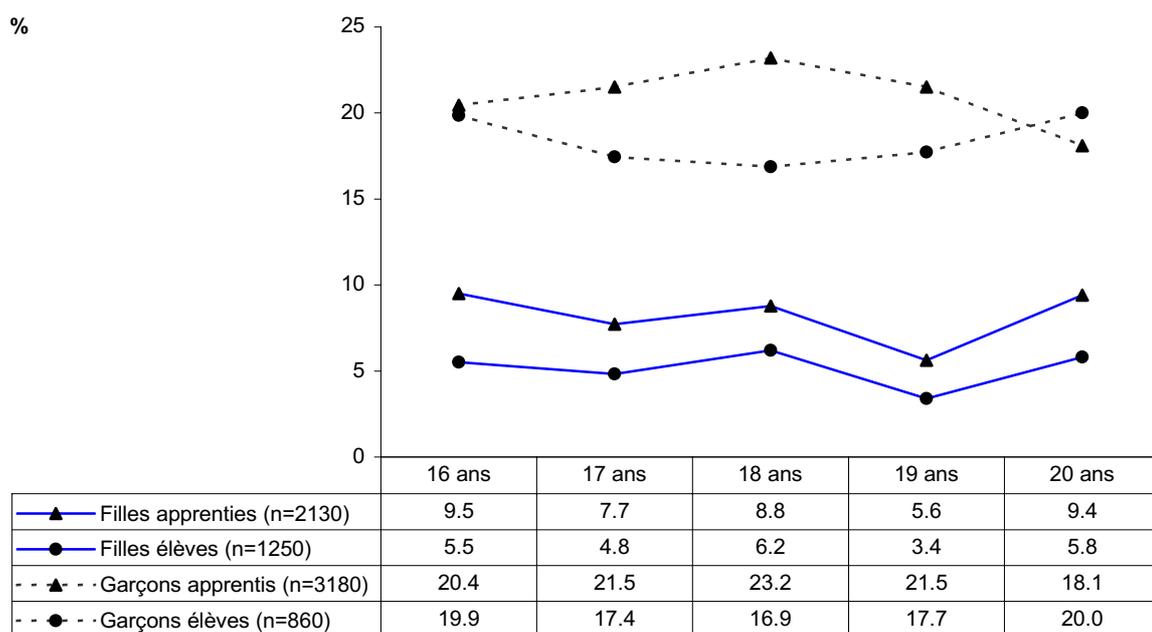
En comparant l'étude SMASH de 1993 à celle d'aujourd'hui, on constate une augmentation sensible des vols : alors que 9% des filles et 16% des garçons indiquaient avoir volé quelque chose en 1993, ils sont aujourd'hui respectivement 15% et 26.6%.



**Graphique 3.6-10** Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir volé quelque chose l'an dernier (au moins 1 à 2 fois), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33)

Les réponses montrent en outre qu'environ un jeune sur cinq a porté une arme. C'est un chiffre élevé, car le port d'une arme recèle toujours un très grand risque d'actes criminels graves, même s'ils ne sont probablement pas prémédités en tant que tels. Presque 6% des garçons avouent en outre avoir déjà utilisé une arme lors d'une bagarre. La plupart ne sont probablement pas aussi clairement conscients qu'on pourrait le souhaiter du fait que ce genre d'actes pourrait changer drastiquement le cours de leur vie et de celle d'une autre personne. Il est intéressant de relever que les armes ne semblent pas être portées en compensation d'une faible constitution physique, ni offrir une protection efficace contre les actes de violence. Les jeunes armés sont souvent les plus robustes et paraissent aussi être plus souvent victimes d'actes de violence que les autres (Killias & Rabasa, 1997).

Alors qu'un cinquième des garçons ont vendu de la drogue (cannabis inclus) au moins une ou deux fois au cours de l'année passée (Tableau 3.6-8), la proportion n'est que de 6.9% chez les filles. À côté de l'effet significatif du sexe, une différence s'esquisse aussi en fonction du type de formation (Graphique 3.6-11) : les apprentis ont signalé plus souvent que les élèves avoir vendu de la drogue. Les personnes qui ont fait état de ce type d'infraction ne se distinguent pas du point de vue de l'âge.



**Graphique 3.6-11** Pourcentages de jeunes qui ont dit avoir vendu de la drogue (cannabis inclus) au moins 1 à 2 fois l'an dernier, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33)

Le grand nombre de jeunes qui disent consommer du cannabis de façon occasionnelle et modérée (chapitre 3.4.4) laisse présumer que la vente de drogue se résume presque exclusivement à une revente de cannabis. On peut donc supposer qu'une fraction des jeunes consommateurs de cannabis revendent à des camarades une partie de la drogue acquise pour leur compte. En ce sens, il ne s'agirait pas d'un „trafic“ tel qu'on en connaît avec les drogues dures.

On l'a compris, et c'est une bonne nouvelle, la délinquance n'est pas la norme. La plupart des jeunes n'ont pas commis un seul acte délictueux au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Certains pourcentages doivent pourtant être pris au sérieux, notamment la fréquence des vols et du port d'une arme. Comme on le sait déjà par le biais de la littérature, une petite proportion de jeunes (ici 11%) sont responsables d'une grande partie des actes délictueux. Il faudra clarifier par le biais d'autres analyses dans quelle mesure les jeunes responsables de ce genre d'actes délictueux et d'actes de violence sont les mêmes que ceux qui sont par exemple eux-mêmes pris pour victimes. Mais l'état actuel de la recherche ne laisse planer aucun doute sur le fait que la base d'une carrière délinquante grave et durable est généralement posée dans l'enfance. L'interaction entre des facteurs biologiques (certains troubles) et l'environnement social joue à cet égard un rôle central (Flammer & Alsaker, 2002; Haas, 2001, Loeber & Hay, 1997). Comme un comportement antisocial a généralement pour effet de renforcer la personnalité, la prévention doit commencer le plus tôt possible, c'est-à-dire pour certains dès l'enfance et pour d'autres au commencement de l'adolescence.

## Références bibliographiques

Ackard D, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:455-473.

Aebi MF. La validité des indicateurs de la criminalité. Thèse de doctorat, Université de Lausanne ; 1999.

Alsaker FD. Quälgeister und ihre Opfer. Mobbing unter Kindern – und wie man damit umgeht. Bern: Huber Verlag; 2003.

Alsaker FD, Brunner A. Switzerland. In PK Smith, K Morita, J Junger-Tas, D Olweus, R Catalano, P Slee (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999:250-263.

Alsaker FD, Olweus D. Stability and change in global self-esteem and self-related affect. In TM Brinthaupt, RP Lipka (Eds). *Understanding early adolescent self and identity: Applications and interventions*. Albany, NY: State University of New York Press; 2002: 193-223.

Assailly JP. La mortalité des jeunes. Paris: Presses Universitaires de France ; 2001.

Bergman A, Rivara F. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics* 1991 ;88:69-74.

Bille-Brahe U, Schmidtke A. Conduites suicidaires des adolescents, la situation en Europe. In FO Ladame, J Pawlak (Eds). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson ; 1995: 18-38.

Blum RW. Global trends in adolescent health. *Journal of American Medical Association* 1991 ;265:2711-2719.

Chandy C, Blum RW, Resnick MD. Gender-specific outcomes of sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:1219-1231.

Christ R, Delhomme P, Kaba A, Mäkinen T, Sagberg F et al. GADGET - Guarding Automobile Drivers through Guidance Education and Technology. Final Report. *Investigations on Influences upon Driver Behaviour -Safety Approaches in Comparison and Combination*. Vienna; 1999.

Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18 :569-577.

Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.

Durkin MS, Laraque D, Lubman I, Barlow B. Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics* 1999;103:e74.

Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica* 2000;89:310-319.

Elliott DS, Ageton SS, Huizinga D, Knowles BA, Canter RJ. *The prevalence and incidence of delinquent behavior: 1976-1980 (The National Youth Survey Report No. 26)*. Bolder, CO: Behavioral Research Institute; 1983.

Epstein MA, Bottoms BL. Memories of childhood sexual abuse: a survey of young adults. *Child Abuse & Neglect* 1998;22:1217-1238.

Evans L. Fatality risk reduction from safety belt use. *Journal of Trauma* 1987;27:746-9

Ferron C, Michaud P. L'Unité de crise pour adolescents des HUG: évaluation de son fonctionnement après une année. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 1998.

- Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994;18:409-417.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Huber; 2001.
- Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence* 1998;21:99-107.
- Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 1991;133.
- Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, Alvin P. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104 :31-36.
- Haas H. *Agressions et victimisations: une enquête sur les délinquants violents et sexuels non détectés. Enquêtes fédérales auprès de la jeunesse et des recrues ch-x. Série scientifique, volume 15*. Aarau: Verlag Sauerländer; 2001.
- Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud R-L, Pawlak CH, Laederach J, Rey Wicky H, Astie F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *British Medical Journal* 1996;312:1326-1329.
- Hamilton NG. Suicide prevention in primary care. Careful questioning, prompt treatment can save lives. *Postgrad Medicine* 2000;108(6):81-84, 87.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Bendz L. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal* 1998;317(7156):441-447.
- Heuveline P, Slap GB. Adolescent and young adult mortality by cause: age, gender, and country, 1955 to 1994. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:29-34.
- HRSA, SCN. National strategy for suicide prevention ([www.mentalhealth.org](http://www.mentalhealth.org)). The Center for Mental Health Services; 2002.
- Hulten A, Jiang G, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001;10, 161-169.
- Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect* 2001;25, 1139-1158.
- Jugert G, Scheithauer H, Notz P, Petermann F. Geschlechtsunterschiede im Bullying: Indirekt- / relational- und offen-aggressives Verhalten unter Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2000;9 (4), 231-240.
- Kienhorst C, De Wilde E, Van den Bout J, Broese Van Groenoumi I, Diekstra RF, Wolters W. Self-Reported Suicidal Behavior in Dutch Secondary Education Students. *Suicide Life-Threat Behavior* 1990; 20, 101-112.
- Killias M, Rabasa J. Weapons and athletic constitution as factors linked to violence among male juveniles. *The British Journal of Criminology, Delinquency and Deviant Social Behaviour* 1997;37, 446-457.
- Klein MW (Ed). *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer; 1989.
- Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The Global Burden of Injuries. *American Journal of Public Health* 2000;90:523-526.
- Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995.

### 3.6 Violence non intentionnelle et intentionnelle

Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology* 1997;48:371-410.

Loeber R, Stouthamer-Loeber M, van Kammen WB. Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*; 1989:203-225.

Mansel J. Familiäre Erziehung und Gewalterfahrungen. Hintergründe und Folgen der Viktimisierung. *Zeitschrift für Familienforschung* 2001;13(3):26-51.

Michaud P. Les accidents sont-ils accidentels ? Prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 1992 ;40:391-409.

Michaud P. Prévention du suicide des adolescents dans le canton du tessin. Rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2000.

Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.

Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P. Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud, Lausanne : IUMSP; 1998.

Narring F, Pawlak C. Prévention des conduites à risque à l'adolescence. *Revue Médicale de Suisse Romande* 2001;121:247-249.

Olweus D. Gewalt in der Schule: was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können. Bern: Huber; 1996.

Pedersen W, Aas H. Sexual victimization in Norwegian children and adolescents: victims, offenders, assaults. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;23.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98 :28-33.

Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives Pédiatriques* 1997;4 :784-792.

Salvisberg U. Tués selon l'âge et le type de trafic, 1980, 1990, 2000. Office Fédéral de la Statistique ; 2002.

Schäfer M, Frey D. (Eds). Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe; 1999.

Schlueter V, Narring F, Münch U, Michaud P. Trends in violent deaths among young people 10-24years old in Switzerland 1969-1997. *European Journal of Epidemiology*, 2004 (sous presse).

Séguin M, Huon P. Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir. Outremont (Québec): Logiques ; 1999.

Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2) :70-74; discussion :75-76, 113-116.

Shaffer D, Piacentini J. Suicide and suicide attempts. In HL Rutter M, Taylor E (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications; 1994: 407-424(3d edition).

Siegrist S. Driver Training, Testing and Licensing-towards theory based management of young drivers' injury risk in road traffic. Bern: bpa; 1999.

Silbereisen RK, Noack P. On the constructive role of problem behavior in adolescence. In G Downey, A Caspi, N Bolger (Eds). *Interacting systems in human development*. New York: Cambridge University Press; 1988: 152-180.

Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee PT. (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999.

- Smith PK, Pepler D, Rigby K. (Eds). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
- Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychological Review* 1989;9 :335-363.
- Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997 ;95(6) :457-463.
- Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud P. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica* 1998; 87.
- Tursz A. Problems in Conceptualizing Adolescent Risk Behaviors: International Comparisons. *Journal of Adolescent Health* 1997 ;21:116-127.
- Vittoz L. *La prévention des accidents dans les activités physiques scolaires. Mémoire de licence en Sciences du Sport et de l'Education Physique.* Lausanne: UNIL; 2001.
- Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation. *Jugend und Gewalt 1993 – 2002 (Bibliografien zur Psychologie No. 125).* Trier: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation; 2002.
- Zucker-Rouvillois E. La mortalité liée au risque à l'adolescence. In A Tursz, Y Souteyrand, R Salmi (Eds). *Adolescence et risque.* Paris: Syros ; 1993:89-102.

## 3.7 SOINS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

### 3.7.1 Consommation de médicaments (non prescrits et prescrits)

En dehors de quelques articles consacrés à l'automédication, l'usage de médicaments par les adolescents est un thème relativement peu exploité (Chambers, Reid, McGrath, & Finley, 1997; Dengler & Roberts, 1996; Jaquier, Buclin, & Diezi, 1998; Ledoux, Choquet, & Manfredi, 1994; Pedersen & Lavik, 1991; Stoelben, Krappweis, Roessler, & Kirch, 2000). Pourtant, c'est probablement durant l'adolescence que bien des individus prennent leurs habitudes en matière de consommation de médicaments, qu'il s'agisse d'ailleurs de préparations prescrites ou de substances prises sans ordonnance. En dehors des médicaments pris occasionnellement pour des infections ou d'autres problèmes intercurrents mineurs, ce sont surtout les consommations d'analgésiques et de psychotropes qui doivent retenir l'attention (Ledoux et al., 1994; Pedersen & Lavik, 1991), étant donné leur caractère potentiellement addictogène. Il est toutefois aussi intéressant de mesurer l'utilisation d'autres substances, comme les laxatifs ou les anorexigènes, qui peuvent aussi faire l'objet d'une consommation excessive chez les jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Enfin, le recours aux vitamines, plantes, tisanes voire à certains produits homéopathiques, donne une idée de l'appétence des jeunes pour des produits censés les aider face aux enjeux et stress de la vie courante.

Deux questions portaient sur l'usage de médicaments, l'une sur les remèdes prescrits par un médecin, l'autre sur ceux pris sans recours à un professionnel de la santé (automédication). Le Tableau 3.7-1 donne les résultats, par sexe, en ce qui concerne les médicaments prescrits. On le voit, en dehors des médications adjuvantes (tisanes, vitamines, produits homéopathiques), ce sont avant tout les analgésiques qui font l'objet d'une consommation importante, puisqu'une fille sur cinq et un garçon sur 10 rapporte utiliser de tels produits au moins 2 à 3 fois par mois. Il est toutefois possible que l'excès de recours aux analgésiques par les filles par rapport aux garçons soit lié aux douleurs menstruelles (chapitre 3.3.3) En dehors des crèmes et produits contre l'acné, qui sont utilisés à parts égales par les filles et les garçons, on voit apparaître des différences de comportement majeures entre filles et garçons, ces dernières recourant de façon plus systématique aux médicaments contre la fatigue, les troubles du sommeil, et surtout la nervosité. On doit notamment s'interroger sur le fait que plus de 5% des jeunes filles interrogées disent avoir recours à des médicaments prescrits contre la nervosité et l'angoisse. Les analyses détaillées ne démontrent pas de différences selon l'âge et la filière professionnelle.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
Médicaments contre la fatigue	3.5	2.0
Médicaments pour mieux dormir	2.0	1.2
Médicaments contre la nervosité et l'angoisse	5.6	1.6
Médicaments contre la douleur	21.7	11.0
Médicaments contre la constipation	2.4	.8
Médicaments coupe-faim	1.0	.5
Médicaments contre l'acné	8.9	10.5
Tisanes, extraits plantes, vitamines, homéopathie	26.9	16.2

**Tableau 3.7-1** Pourcentages de jeunes rapportant l'usage de divers médicaments *prescrits*, au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q51)

Le tableau suivant donne, sous une forme identique, les pourcentages d'utilisateurs de médicaments non prescrits. En dehors des produits contre l'acné, qui sont en règle générale prescrits, on constate une grande similitude dans les pourcentages de jeunes faisant appel à diverses catégories de médicaments prescrits et non prescrits ; il restera à examiner dans quelle mesure ce sont les mêmes jeunes qui consomment des médicaments prescrits et non prescrits : on pourrait faire l'hypothèse que la prescription de certains produits entraîne à moyen terme leur utilisation non contrôlée voire abusive.

	Filles (%) n = 3380	Garçons (%) n = 4040
Médicaments contre la fatigue	2.1	1.6
Médicaments pour mieux dormir	1.4	1.0
Médicaments contre la nervosité et l'angoisse	7.7	1.0
Médicaments contre la douleur	17.3	5.8
Médicaments contre la constipation	2.0	.3
Médicaments coupe-faim	1.7	.4
Médicaments contre l'acné	2.5	3.8
Tisanes, extraits plantes, vitamines, homéopathie	28.9	17.3

**Tableau 3.7-2** Pourcentages de jeunes rapportant l'usage de divers médicaments *non prescrits*, au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q51)

Les chiffres élevés enregistrés dans notre étude corroborent les résultats d'une enquête réalisée il y a quelques années dans le canton de Vaud (Jaquier et al., 1998) et selon laquelle près de 7% du collectif interrogé rapportait un recours fréquent à des médicaments psychotropes pour divers motifs parmi lesquels le stress scolaire, les troubles du sommeil et la déprime jouaient le rôle le plus important. Dans une enquête similaire réalisée il y a une dizaine d'années à Oslo, le taux d'utilisation des

### 3.7 Soins et utilisation des services de santé

benzodiazépines était de l'ordre de 10% parmi des jeunes âgés de 13 à 18 ans (Pedersen & Lavik, 1991). Enfin, des auteurs français, lors d'une enquête datant également d'une dizaine d'années (Ledoux et al., 1994), trouvaient un taux d'utilisation de l'ordre de 20% dans l'année précédant l'enquête, toutes fréquences d'utilisation confondues, avec une différence filles-garçons marquée (respectivement 27.5% et 13.8%).

Ces résultats, similaires à d'autres recherches, imposent une réflexion accrue sur l'information des adolescents, de leurs parents et enfin des professionnels de la santé. Il importe de se demander notamment si tous ces jeunes utilisateurs sont correctement informés sur les risques potentiels de ces divers médicaments. En effet, une recherche menée récemment en Allemagne démontre que chez beaucoup de jeunes, les informations sur la nature, les effets et les risques des médicaments qu'ils s'administrent sont fort lacunaires (Stoelben et al., 2000).

#### 3.7.2 Consultations

Les études menées en Suisse et ailleurs (Alvin, Marcelli, Fortin, Collinet, & Rosen, 2000 ; Deschamps, 1987 ; Lapointe & Michaud, 2002; Michaud, Narring, Tschumper, & Wydler, 1995; Narring & Michaud, 2000) démontrent qu'une part substantielle des adolescents présentant des problèmes de santé sérieux ne sont pas pris en charge adéquatement, soit parce qu'ils ont de la peine à faire une démarche auprès d'un médecin, soit que les praticiens ont des difficultés à identifier la problématique sous jacente à un motif de consultation apparemment banal : cela vaut notamment pour les jeunes usagers de drogues illicites (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995). On peut donc se demander si les jeunes manquent d'occasion de régler leurs problèmes de santé plutôt en raison d'une sous-utilisation du système de soins ou plutôt en raison d'une inadéquation entre le fonctionnement des praticiens et les besoins propres du jeune consultant. Par ailleurs, la facture liée aux soins ambulatoires étant en augmentation, on doit aussi se demander dans quelle mesure les jeunes consultent les médecins plus qu'auparavant, quelle part les adolescents ont dans l'accroissement des coûts de la santé. C'est dans cette perspective que sont livrés les résultats de ce chapitre consacré au nombre et motifs de consultations que les jeunes font chez différents professionnels de la santé. Cette analyse est complétée par un chapitre consacré spécifiquement à l'usage de médicaments.

Le Tableau 3.7-3 présente la proportion de jeunes qui ont consulté divers professionnels de la santé, à une ou deux reprises ou plus souvent durant l'année précédant l'enquête. Il existe de larges différences entre filles et garçons, ces dernières tendant à consulter divers praticiens dans une proportion beaucoup plus notable que leurs camarades de sexe masculin. On l'a vu (chapitre 3.3.1), les filles rapportent des problèmes de santé dans une plus forte proportion que les garçons ; ceci explique probablement en partie la différence de consommation de soins ; il est aussi possible que les jeunes de sexe féminin aient plus de facilité à demander de l'aide que leurs congénères de sexe masculin. La seule catégorie de professionnels pour laquelle on n'observe aucune différence selon le sexe est celle des travailleurs sociaux. Les filles apprenties consultent le gynécologue dans une proportion plus importante que les élèves, sans doute parce qu'elles tendent à être sexuellement actives dans une plus large proportion. En revanche, en ce qui concerne les soins donnés par d'autres spécialistes, les proportions sont plus élevées parmi les élèves que parmi les apprentis, ceci autant chez les filles que les garçons. Enfin, les consultations chez le psychologue ou le psychiatre semblent légèrement supérieures chez les garçons élèves que chez les apprentis, la différence entre filles apprenties et élèves étant négligeable. Cette différence entre apprentis et élèves résultent probablement plus d'un accès facilité à de tels traitements pour des raisons socio-économiques qu'à une forte différence en termes de souffrance. Il est aussi possible que les garçons élèves soient a priori plus portés que leurs camarades apprentis à mettre en mot leur souffrance, ces derniers traduisant alors leur malaise plutôt en acte ou en symptôme fonctionnels.

	Une à deux fois		Plus de deux fois		Total	
	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)
Un médecin généraliste	55.0	58.1	22.5	16.5	77.5	74.6
Un gynécologue	47.3	nc	3.9	nc	51.2	nc
Un autre médecin spécialiste	27.4	25.3	9.1	6.3	36.5	31.6
L'infirmière de l'école	5.5	4.9	.4	.3	5.9	5.2
Un centre de planning familial	5.3	1.7	1.2	.2	6.5	1.9
Une assistante sociale	2.1	1.6	1.1	.8	3.2	2.4
Un psychologue ou un psychiatre	4.0	2.6	4.2	2.1	8.2	4.7

\* nc : not concerned

\*\*filles : n = 3380 ; garçons : n = 4040

**Tableau 3.7-3 Proportions de jeunes qui ont consulté des professionnels de la santé durant l'année précédente, à diverses fréquences, selon le sexe (SMASH 2002, Q48)**

Enfin, les chiffres concernant les consultations ambulatoires ont peu évolué depuis 1993 sauf dans deux domaines : un accroissement modéré de la proportion de filles ayant consulté un gynécologue au moins une fois (qui passe de 39% à environ 50%) et surtout un quasi doublement du pourcentage des consultations auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (filles : 5% à 8% ; garçons : 2.5% à 5%). Ce constat doit cependant être interprété avec prudence étant donné les limites imposées par des échantillons légèrement différents dans leur composition.

Une autre question (Tableau 3.7-4) permet de se faire une idée des motifs pour lesquels les adolescents ont consulté le plus souvent durant les 12 mois précédant l'enquête. À première vue, les pourcentages de répondants faisant appel à un médecin ou un psychologue, à d'autres professionnels ou même à une ligne téléphonique paraissent négligeables. Il importe de se souvenir que sur la masse de jeunes interrogés, cela représente plus de demandes qu'il n'y paraît au premier abord : par exemple, si quelques pour-cent de jeunes font appel à une ligne téléphonique pour des problèmes de santé mentale (tentatives de suicide, nervosité, fatigue, difficultés de sommeil), cela implique tout de même, rapporté à l'ensemble de la population des adolescents, plusieurs milliers de jeunes.

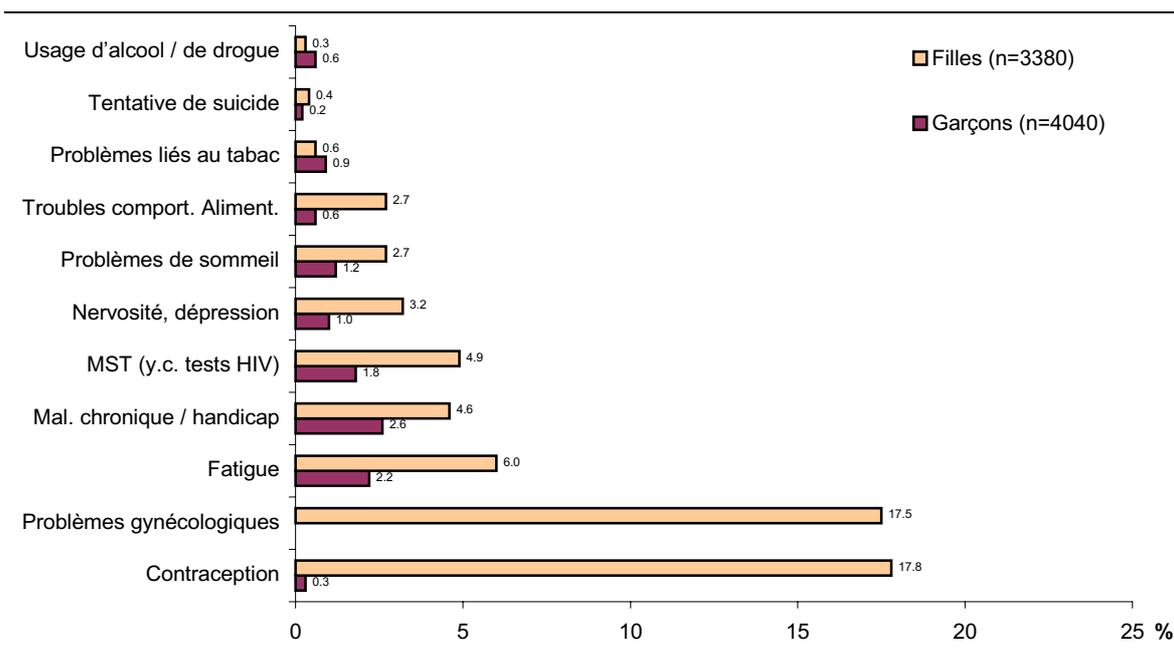
### 3.7 Soins et utilisation des services de santé

	Médecin		Psychologue		Autres professionnels		Ligne téléphonique d'aide	
	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Filles (%)	Garçons (%)
Fatigue	6.0	2.2	.9	.4	1.3	.5	.2	0
Problèmes de sommeil	2.7	1.2	.7	.3	.7	.4	.1	0
Troubles comport. alimentaire	2.7	.6	1.4	.2	.7	.3	.1	.1
Problèmes gynécologiques	17.5	0	.3	0	3.8	0	.3	.3
MST (y.c. tests VIH)	4.9	1.8	.1	0	1.1	.7	.2	.1
Contraception	17.8	.3	.1	.1	4.0	.4	.3	0
Tentative de suicide	.4	.2	1.4	.2	.1	.1	0	.1
Problèmes liés au tabac	.6	.9	.1	.4	.3	.7	0	.2
Usage d'alcool / de drogue	.3	.6	.1	.6	.4	.8	.1	.1
Nervosité, dépression	3.2	1.0	3.3	1.3	1.5	.5	.1	.1
Maladie chronique / handicap	4.6	2.6	.2	.1	1.4	.6	.1	.1

\* Filles : n = 3380 ; Garçons : n = 4040

**Tableau 3.7-4** Pourcentages de jeunes disant avoir consulté des professionnels pour divers motifs durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q50)

Le Graphique 3.7-1 présente les résultats en ce qui concerne les consultations chez les médecins. On voit la place tenue par les consultations gynécologiques chez les jeunes filles (non seulement contraception, mais aussi troubles menstruels, problèmes liés à la grossesse, etc.) de même que l'importance tenue, chez les jeunes des deux sexes, par les problèmes de fatigue et de santé mentale. Le taux élevé de consultations reliées aux infections transmises sexuellement est à mettre sans doute au compte des demandes de test de dépistage du VIH. Enfin, la proportion non négligeable de jeunes consultant pour une affection chronique recoupe les données livrées dans le chapitre 3.3.2 Les différences entre filles et garçons sont nettes en ce qui concerne – outre le domaine de la gynécologie – la fatigue, les troubles du sommeil, la nervosité, et, comme on pouvait l'attendre, les troubles de la conduite alimentaire (chapitre 3.3.4). Il n'y a en revanche pas d'évolution mesurable de la demande en fonction de l'âge, sauf dans le domaine gynécologique et de la contraception (plus de consultations chez les filles plus âgées).



Graphique 3.7-1 Pourcentages de jeunes disant avoir consulté un médecin pour divers motifs durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q50)

Ces résultats démontrent sans conteste que, contrairement à une idée répandue, la proportion d'adolescents qui ont recours au système de soins est importante (Narring & Michaud, 2000). Trois quarts des garçons et des filles voient leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année, 50% des filles ont une consultation gynécologique, près d'un tiers du collectif rencontre un spécialiste une fois au moins dans l'année et enfin, environ 5% des garçons et 8% des filles sont vus au moins une fois par un psychologue ou un psychiatre. C'est dire que l'accès au système de soins dans notre pays semble relativement bien assuré, du moins pour les jeunes inscrits dans un projet professionnel. Si l'on veut améliorer le niveau de ces soins, c'est donc plutôt sur les aspects qualitatifs de la rencontre entre médecins et adolescents qu'il faudra porter l'accent à l'avenir. Des travaux portant sur les résultats de l'enquête SMASH 1993 démontrent en effet que les jeunes souffrant de problèmes importants, comme l'usage de drogues dures ou un passé de tentative de suicide, ne sont pas en mesure d'abordir cette problématique avec leur médecin dans une large proportion de cas (Konings et al., 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Il existe de nombreux exemples (Lapointe & Michaud, 2002; Neinstein, 1996; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilisch, 1998) de la manière de répondre adéquatement à ce défi, notamment, depuis quelques années, le concept de « Youth friendly services », que l'on peut traduire par des services adaptés aux jeunes ou services confortables pour les adolescents (McIntyre, 2001). Il importe aussi de réfléchir à une meilleure formation des médecins et des professionnels de la santé au décryptage, au traitement et à l'accompagnement de problématiques spécifiques à cette période de la vie (Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilisch, 1999).

### 3.7.3 Hospitalisations

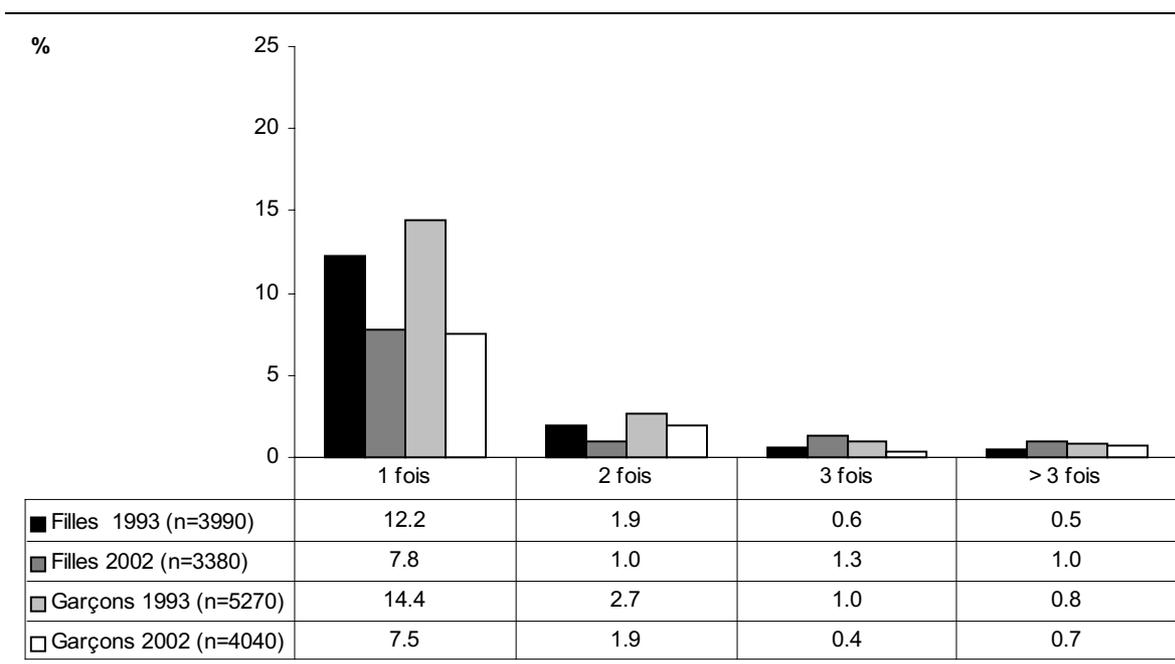
Une hospitalisation constitue toujours dans la vie d'un adolescent une effraction psychologique et une rupture des rythmes de vie non négligeables. Qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'une infection aiguë, d'une admission en milieu psychiatrique ou encore d'une situation gynécologique délicate (infection sexuellement transmise, interruption de grossesse) l'enjeu d'une telle crise est important (Alvin, Jemmet, & Pommereau, 1997; Cafilisch & Alvin, 2000; Viner & Keane, 1998). D'un autre côté, un tel événement constitue aussi une source potentielle de prévention, puisque c'est l'occasion de proposer à

### 3.7 Soins et utilisation des services de santé

des jeunes un bilan de santé qu'il n'ont pas nécessairement effectué dans les années précédentes. Deux questions du questionnaire SMASH 2002 permettent de se faire une idée de la prévalence de cet événement.

Le Graphique 3.7-2 illustre les pourcentages de répondants qui disent avoir été hospitalisés, à une ou plusieurs reprises, durant l'année précédant l'enquête. Une hospitalisation était définie comme un séjour d'« au moins une nuit passée à l'hôpital ou aux urgences ». Un peu plus de 10% des filles et des garçons rapportent avoir passé au moins une nuit à l'hôpital : ce chiffre élevé comprend très probablement un large éventail de situations qui vont de la simple surveillance pour des douleurs abdominales, pour coma éthylique ou pour traumatisme crânien simple, à des séjours prolongés pour des pathologies lourdes comme un poly-traumatisme ou le traitement d'une affection chronique grave. Parmi les jeunes hospitalisés plus d'une fois se retrouvent sans doute en majorité les porteurs d'affection chronique.

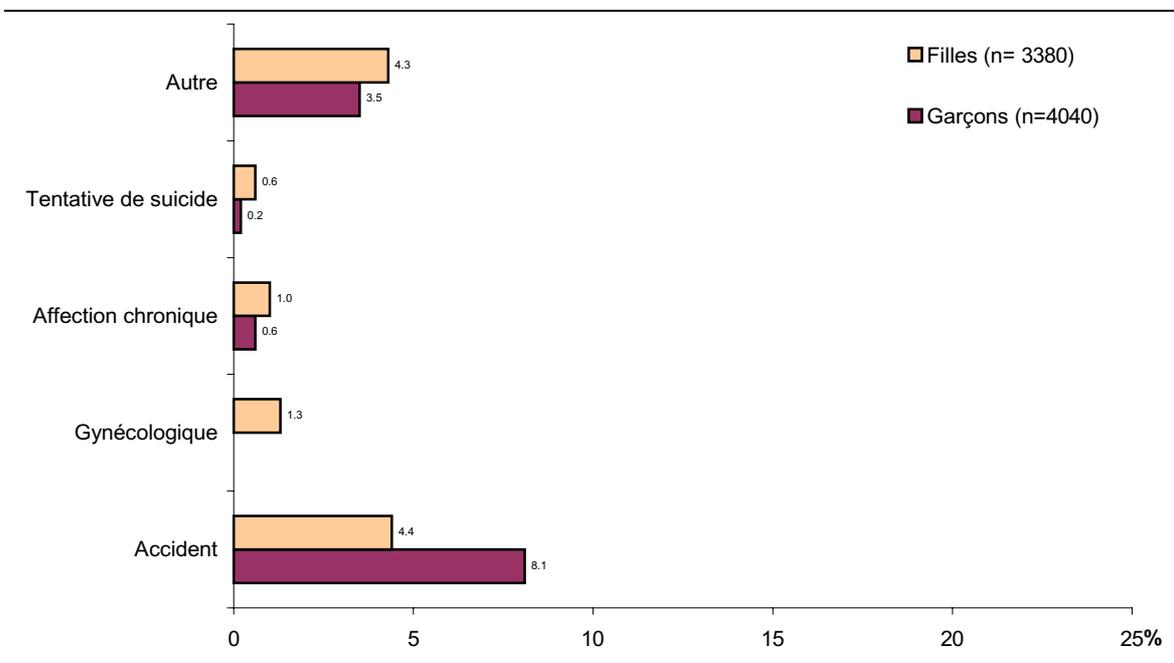
Enfin, les données SMASH font apparaître une tendance intéressante, soit une diminution globale nette des pourcentages de filles et de garçons ayant été hospitalisés. Relevons que le libellé de la question était identique dans les deux enquêtes : cette diminution peut être liée à la fois au développement, durant ces dernières années des soins ambulatoires et des hospitalisations d'un jour (nuit non comprise) pour des interventions et traitements qui nécessitaient auparavant un plus long séjour. Il n'est pas exclu non plus que la proportion de traumatismes nécessitant une hospitalisation ait diminué, notamment chez les garçons. Chez les filles, la réduction devrait être logiquement être attribuée à une réduction des pathologies gynécologiques et des traumatismes, mais les données disponibles ne permettent pas de vérifier cette hypothèse.



**Graphique 3.7-2** Pourcentages de jeunes qui disent avoir été hospitalisés, à une ou plusieurs reprises durant l'année précédant l'enquête, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q49)

Une question complémentaire proposait quelques causes majeures d'hospitalisation à cet âge (Graphique 3.7-3). On constate sans surprise la place prise, surtout chez les garçons, par les traumatismes accidentels qui occupent de très loin la première place. Chez les filles, les accidents sont également une cause nettement plus fréquente de séjour hospitalier que les problèmes gynécologiques. Les chiffres concernant la maladie chronique recourent les constats faits au chapitre 3.3.2. Enfin, les

hospitalisations pour tentatives de suicide sont en gros trois fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Comme on le relève dans le chapitre 3.6.3 consacré aux tentatives de suicide, cette différence de prévalence des soins n'est pas tellement due à la différence de prévalence de la tentative de suicide elle-même qu'au fait que les garçons accomplissant un tel geste n'accède pas au système de soins dans la même proportion que les filles.



Graphique 3.7-3 Pourcentages de jeunes disant avoir été hospitalisés pour différents motifs, durant l'année précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q49)

En conclusion, si les hospitalisations restent une source importante de soins à l'adolescence, puisque environ un jeune sur dix est hospitalisé durant une année donnée, on peut se féliciter de constater que ce taux semble avoir diminué depuis une dizaine d'années, dans les limites autorisées par les comparaisons d'échantillons modérément différents dans leur composition. Il est vraisemblable qu'à l'avenir ce chiffre tende à baisser encore quelque peu, mais il risque de se maintenir tout de même à des niveaux relativement élevés étant donné d'une part la place prise à cette période de la vie par les pathologies liées à la santé mentale, et d'autre part l'accroissement du nombre d'enfants qui survivent à des affections chroniques autrefois létales et nécessitent des soins continus (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; Blum, 1991; World Health Organization, 1993). Par ailleurs, si des efforts sont consentis pour diminuer le nombre et la durée des hospitalisations, il importe d'optimiser la qualité des soins ambulatoires, les situations tendant à devenir plus intriquées et complexes, associant souvent aux aspects somatiques des problèmes psychosociaux non négligeables. Il faut par ailleurs réfléchir à une adaptation optimale du milieu hospitalier aux besoins développementaux et psychosociaux des adolescents, ainsi qu'à la formation des professionnels des soins concernés (Alvin et al., 1997; Berg-Kelly, 2000; Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Lapointe & Michaud, 2002; Narring & Michaud, 2000; Oppong-Odiseng & Heycock, 1997; Viner & Keane, 1998).

## Références bibliographiques

- Alvin P, Jeammet P, Pommereau X. L'hospitalisation des adolescents. Paris: Fondation de France ; 1997.
- Alvin P, Marcelli D, Fortin J, Collinet C, Rosen H. La relations de soins avec l'adolescent. In P. Alvin & D. Marcelli (Eds). Médecine de l'adolescent. Paris: Masson ; 2000: 41-53.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics* 1993;92(5):731-733.
- Berg-Kelly K. EU-Teach: a network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. *Acta Paediatrica Scandinavica* 2000;89(10):1270.
- Blum R. Global trends in adolescent health. *Journal of the American Medical Association* 1991;265(20) (May 22-29):2711-2719.
- Cafilisch M, Alvin P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. Management of adolescents in pediatric hospitals. A national survey. *Archives de Pédiatrie* 2000;7(7):732-737.
- Chambers C, Reid G, McGrath P, Finley G. Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1997;151:449-455.
- Dengler R, Roberts H. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparation. *Journal of Public Health Medicine* 1996;18:437-442.
- Deschamps J. Ces jeunes sont sans besoins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1987;(41):43-57.
- Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Automédication chez l'adolescent. *Swiss Medical Weekly* 1998;128:203-207.
- Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying adolescent drug users results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 1995;16:240-247.
- Kraus B, Stronski S, Michaud P. Training needs in adolescent medicine of practising doctors: a Swiss national survey of six disciplines. *Medical Education* 2003;37 :709-714.
- Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? *Revue Médicale de Suisse Romande* 2002 ;122 :585-588.
- Ledoux S, Choquet M, Manfredi R. Self-reported use of drugs for sleep and distress among French adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1994;15:495-502.
- McIntyre P. Adolescent friendly health services (draft report). Geneva: World Health Organisation, Child and Adolescent Health; 2001.
- Michaud P, Narring F, Tschumper A, Wydler H. Les médecins et les problèmes de santé des adolescents: un défi? *Bulletin des Médecins Suisses* 1995;3:105-111.
- Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. *Archives Françaises de Pédiatrie* 2000;7:25-33.
- Neinstein L. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In L Neinstein (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Baltimore, ML: Williams & Wilkins; 1996: 46-60.
- Oppong-Odiseng A, Heycock E. Adolescent health services-through their eyes. *Archives of Disease in Childhood* 1997;77:115-119.
- Pedersen W, Lavik N. Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84 :94-98.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives de Pédiatrie* 1997;4:784-792.

Stoelben S, Krappweis J, Roessler G, Kirch W. Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 2000;159 :608-614.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis. *Paediatrica* 1998;9(3):35-36.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis-erste Resultate einer gesamtschweizerischen Umfrage. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129(Suppl 108):10.

Viner R, Keane M. *Youth Matters: Evidence-based best practice for the care of young people in hospital*. London: Caring for Children in Health services; 1998.

World Health Organization. *The health of young people*. Geneva: World Health Organization; 1993.



## 4 TABLE DES ILLUSTRATIONS

### 4.1 LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 3.2-1	Proportions de jeunes ayant rapporté que leurs parents vivent ensemble, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q21).....	39
Graphique 3.2-2	Proportions de jeunes qui ont déclaré s'ouvrir de leurs problèmes de santé à leurs parents, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q38).....	41
Graphique 3.2-3	Proportions de jeunes ayant affirmé qu'ils discutent de différents problèmes avec leurs amis, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q38).....	42
Graphique 3.2-4	Proportions de jeunes qui ont affirmé discuter avec leurs amis des problèmes qui se posent à l'école et au travail, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q38).....	43
Graphique 3.2-5	Score total moyen de stress rapporté par les apprentis, selon le sexe et l'âge (SMASH 2002, Q10).....	46
Graphique 3.3-1	Proportions de jeunes qui se déclarent en bonne ou mauvaise santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q1).....	50
Graphique 3.3-2	Proportions de jeunes qui disent rencontrer souvent ou très souvent divers problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q36, Q37).....	51
Graphique 3.3-3	Proportions de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre divers problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q45).....	52
Graphique 3.3-4	Proportions de jeunes qui disent avoir besoin d'une aide personnelle pour résoudre divers problèmes de santé, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q45).....	54
Graphique 3.3-5	Proportions de jeunes qui disent avoir recours à différents partenaires pour les aider à résoudre leurs problèmes de santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q38).....	55
Graphique 3.3-6	Proportions des jeunes qui déclarent avoir un handicap physique et/ou une maladie chronique, selon le sexe (SMASH 2002, Q39, Q40).....	57
Graphique 3.3-7	Proportions de jeunes indiquant les limitations imposées par leur handicap physique ou leur maladie chronique, selon le sexe (SMASH 2002, Q39, Q40).....	58
Graphique 3.3-8	Proportions de jeunes souffrant d'une maladie chronique et/ou d'un handicap physique qui se déclarent en bonne ou mauvaise santé, selon le sexe (SMASH 2002, Q1).....	59
Graphique 3.3-9	Pourcentages de jeunes qui se sentent trop minces, convenables ou trop gros, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q56).....	64
Graphique 3.3-10	Proportions de jeunes ayant signalé des problèmes alimentaires au moment de l'enquête en précisant qu'ils auraient besoin d'aide, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q45).....	67
Graphique 3.3-11	Pourcentages de filles et de garçons se plaignant de troubles du sommeil assez souvent ou très souvent (SMASH 2002, Q37).....	68
Graphique 3.3-12	Pourcentages de filles et de garçons se plaignant de divers troubles du sommeil ou de fatigue diurne assez souvent ou très souvent (SMASH 2002, Q41).....	69
Graphique 3.3-13	Proportions de répondants qui ont affirmé avoir subi un traumatisme acoustique (sentiment de surdité ou acouphène suite à une exposition au bruit) au cours des 12 derniers mois, par sexe, filière de formation et âge (SMASH 2002, Q86).....	70

Graphique 3.3-14	Proportions de répondants qui ont fait état d'un traumatisme acoustique subi dans des situations spécifiques (plusieurs mentions possibles), par sexe et filière de formation (SMASH 2002, Q86) .....	71
Graphique 3.3-15	Pourcentages de jeunes qui signalent des valeurs de dépressivité comprises entre 3 et 4, en fonction du sexe, du type de formation et de l'âge (SMASH 2002, Q35) .....	74
Graphique 3.3-16	Intensité moyenne de la recherche de sensations fortes et du comportement à risque des jeunes, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q85) .....	77
Graphique 3.4-1	Proportions de jeunes signalant avoir pratiqué, à diverses fréquences au cours de la semaine précédant l'enquête, des activités physiques qui les ont fait transpirer ou respirer rapidement, durant au moins 20 minutes d'affilée, selon le sexe (SMASH 2002, Q2) .....	84
Graphique 3.4-2	Proportions de jeunes qui signalent une activité physique qui les a fait transpirer ou respirer rapidement, pratiquée au moins 3 fois 20 min. par semaine (considérée comme le minimum apte à garantir une forme physique adéquate), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q2) .....	85
Graphique 3.4-3	Pourcentages de jeunes se livrant en dehors des cours à une activité sportive – structurée ou non – durant la semaine, selon le sexe (SMASH 2002, Q4) .....	86
Graphique 3.4-4	Pourcentages de jeunes qui pratiquent des sports au moins 2 à 3 fois par semaine, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q4) .....	86
Graphique 3.4-5	Proportions de jeunes disant pratiquer des sports individuels, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q3) .....	88
Graphique 3.4-6	Pourcentages de jeunes qui pratiquent des sports collectifs, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q3) .....	88
Graphique 3.4-7	Évolution du pourcentage de jeunes qui pratiquent des sports à différentes fréquences, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q4) .....	89
Graphique 3.4-8	Pourcentages de jeunes se considérant comme fumeurs réguliers, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q75) .....	90
Graphique 3.4-9	Pourcentages de jeunes fumeurs, selon la formation et l'âge, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q75) .....	91
Graphique 3.4-10	Profil de consommation des jeunes fumeurs, suivant le temps séparant le réveil de la première cigarette fumée et selon le sexe (SMASH 2002, Q75) .....	92
Graphique 3.4-11	Pourcentages de jeunes consommant divers types d'alcool à des fréquences variables, selon le sexe (SMASH 2002, Q76) .....	93
Graphique 3.4-12	Pourcentages de jeunes consommant divers types d'alcool à des fréquences variables, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q76) .....	94
Graphique 3.4-13	Pourcentages de jeunes disant consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q76) .....	95
Graphique 3.4-14	Pourcentages de jeunes ayant connu au moins un épisode d'ivresse, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q78) .....	96
Graphique 3.4-15	Pourcentages de jeunes signalant au moins un épisode d'ivresse dans les 12 mois et/ou les 30 jours précédant l'enquête, parmi les consommateurs d'alcool, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q78) .....	97
Graphique 3.4-16	Pourcentages de jeunes reconnaissant avoir conduit en état d'ivresse un véhicule (2 ou 4 roues), sur l'ensemble du collectif, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q30) .....	98
Graphique 3.4-17	Pourcentages de jeunes qui signalent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80) .....	101
Graphique 3.4-18	Pourcentages de jeunes rapportant avoir fait usage à une reprise au moins de cannabis, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q80) .....	102
Graphique 3.4-19	Fréquences de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours, selon le sexe (SMASH 2002, Q81) .....	103

Graphique 3.4-20	Pourcentages de jeunes qui admettent avoir recouru une fois au moins dans leur vie à diverses drogues, selon le sexe (SMASH 2002, Q80) .....	105
Graphique 3.4-21	Pourcentages de jeunes signalant avoir usé de diverses drogues durant le mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q81) .....	106
Graphique 3.4-22	Pourcentages de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie une drogue de synthèse, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80) .....	107
Graphique 3.4-23	Pourcentages de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie de la cocaïne, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q80).....	107
Graphique 3.4-24	Proportions de jeunes ayant consommé une fois au moins dans leur vie diverses drogues illégales, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q80) .....	108
Graphique 3.4-25	Proportions de jeunes ayant conduit divers véhicules au cours des 30 derniers jours, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q25, Q26, Q27, Q29) .....	110
Graphique 3.4-26	Proportions des jeunes qui conduisent différents véhicules et usent des moyens protecteurs, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29) .....	110
Graphique 3.4-27	Pourcentages de jeunes disant avoir recours à Internet, à différentes fréquences, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q87) .....	112
Graphique 3.4-28	Temps moyen passé par les jeunes sur Internet, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q87) .....	113
Graphique 3.4-29	Pourcentages de jeunes qui disent aborder différents thèmes sur le web, selon le sexe (SMASH 2002, Q88) .....	114
Graphique 3.5-1	Proportions des jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q65) .....	122
Graphique 3.5-2	Proportions des jeunes sexuellement actifs à 17 ans, selon le sexe, Suisse 1972-2002.....	123
Graphique 3.5-3	Pourcentages de jeunes sexuellement actifs selon le nombre total de partenaires, selon le sexe (SMASH 2002, Q67) .....	123
Graphique 3.5-4	Proportions de jeunes sexuellement actifs déclarant avoir utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q69) .....	126
Graphique 3.6-1	Prévalence de divers types d'accidents reportée par les jeunes durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24) .....	130
Graphique 3.6-2	Proportions de jeunes signalant avoir eu des séquelles d'accidents (physiques ou psychologiques), selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24) .....	132
Graphique 3.6-3	Pourcentages de jeunes qui ont affirmé avoir été victimes de violences physiques au moins une fois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q 31).....	134
Graphique 3.6-4	Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir été victimes d'un abus sexuel, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q74).....	137
Graphique 3.6-5	Répartition des filles abusées sexuellement selon l'âge au premier abus (SMASH 2002, Q74) .....	138
Graphique 3.6-6	Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir déjà été confrontés au moins une fois à de la pornographie sur Internet, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q89).....	140
Graphique 3.6-7	Pourcentages de jeunes disant avoir commis une tentative de suicide au moins une fois au cours de leur vie, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q47) .....	141

Graphique 3.6-8	Pourcentages de jeunes (n=7420) qui ont rapporté avoir ou non commis un ou plusieurs acte(s) interdit(s) au cours des 12 derniers mois (SMASH 2002, Q33) .....	144
Graphique 3.6-9	Pourcentages de jeunes qui reconnaissent avoir intentionnellement endommagé quelque chose l'an dernier (au moins 1 à 2 fois), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33) .....	145
Graphique 3.6-10	Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir volé quelque chose l'an dernier (au moins 1 à 2 fois), selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33) .....	146
Graphique 3.6-11	Pourcentages de jeunes qui ont dit avoir vendu de la drogue (cannabis inclus) au moins 1 à 2 fois l'an dernier, selon le sexe, la filière de formation et l'âge (SMASH 2002, Q33) .....	147
Graphique 3.7-1	Pourcentages de jeunes disant avoir consulté un médecin pour divers motifs durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q50) .....	157
Graphique 3.7-2	Pourcentages de jeunes qui disent avoir été hospitalisés, à une ou plusieurs reprises durant l'année précédant l'enquête, selon le sexe, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q49) .....	158
Graphique 3.7-3	Pourcentages de jeunes disant avoir été hospitalisés pour différents motifs, durant l'année précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q49).....	159

## 4.2 LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1-1	Echantillon analysé (pondéré) de l'enquête SMASH 2002 .....	37
Tableau 3.2-1	Répartition des jeunes selon la situation de logement en semaine qu'ils mentionnent (plusieurs réponses possibles), par sexe et filière de formation (SMASH 2002, Q19) .....	39
Tableau 3.2-2	Proportions de jeunes d'accord avec diverses affirmations concernant la relation avec leurs parents, selon le sexe (SMASH 2002, Q84) .....	40
Tableau 3.2-3	Pourcentages de jeunes d'accord avec différentes affirmations relatives à l'ambiance qui règne sur leur lieu de formation, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q8) .....	44
Tableau 3.2-4	Proportions d'apprentis d'accord avec différentes affirmations relatives à l'ambiance qui règne au travail, selon le sexe (SMASH 2002, Q9) .....	45
Tableau 3.2-5	Proportions d'apprentis qui se trouvent perturbés par différents facteurs de stress, par sexe (SMASH 2002, Q10) .....	46
Tableau 3.3-1	Pourcentages de filles signalant divers symptômes de dysménorrhée selon leur fréquence au cours des 12 derniers mois, par filière de formation (SMASH 2002, Q64) .....	61
Tableau 3.3-2	Pourcentages de filles signalant diverses conséquences de la dysménorrhée sur les activités quotidiennes selon leur fréquence au cours des 12 derniers mois, par filière de formation (SMASH 2002, Q64).....	61
Tableau 3.3-3	Pourcentages de jeunes qui aimeraient ou qui n'aimeraient pas modifier leur poids, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q57).....	64
Tableau 3.3-4	Pourcentages de jeunes qui se sont reconnus partiellement ou tout à fait dans certains items de l'échelle de dépressivité, selon le sexe (SMASH 2002, Q35) .....	73
Tableau 3.3-5	Pourcentages de jeunes qui se reconnaissent en partie ou tout à fait dans les items de recherche de sensations fortes et goût du risque, selon le sexe (SMASH 2002, Q85) .....	76

Tableau 3.4-1	Proportions de jeunes qui évoquent différentes raisons pour ne pas pratiquer de sports, selon le sexe (SMASH 2002, Q4) .....	87
Tableau 3.4-2	Pourcentages de jeunes ayant connu des épisodes d'ivresse à diverses fréquences, selon le sexe (SMASH 2002, Q78) .....	96
Tableau 3.4-3	Pourcentages de jeunes qui admettent avoir connu divers problèmes suite à la consommation d'alcool, sur l'ensemble du collectif, selon le sexe (SMASH 2002, Q79) .....	99
Tableau 3.4-4	Proportions de jeunes signalant avoir connu divers problèmes en relation avec la prise de drogue, selon le sexe (SMASH 2002, Q83) .....	104
Tableau 3.4-5	Pourcentages de jeunes qui disent avoir été confronté, sans l'avoir cherché, à des informations ou images à caractère violent, raciste ou pornographique sur Internet, selon le sexe (SMASH 2002, Q89) .....	114
Tableau 3.5-1	Distribution (en pourcentages) de l'âge des premières règles, selon l'âge des répondantes (SMASH 2002, Q63) .....	120
Tableau 3.5-2	Description du décalage pubertaire perçu, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q62) .....	121
Tableau 3.5-3	Utilisation (%) des différentes méthodes de contraception au premier rapport sexuel et au dernier rapport sexuel avec le partenaire actuel, selon le sexe (SMASH 2002, Q68) .....	124
Tableau 3.6-1	Pourcentages de jeunes victimes de divers types d'accidents de la circulation, selon le sexe et la filière de formation (SMASH 2002, Q24) .....	131
Tableau 3.6-2	Pourcentages de jeunes signalant un accident dans les 12 derniers mois, par type d'accident, selon le sexe et la filière de formation, comparaison 1993-2002 (SMASH 2002, Q24) .....	132
Tableau 3.6-3	Pourcentages de jeunes qui ont mentionné diverses formes de violence au cours des 12 derniers mois (au moins une fois) (SMASH 2002, Q31) .....	133
Tableau 3.6-4	Pourcentages de jeunes ayant indiqué avoir été victimes de harcèlement verbal et d'exclusion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q32) .....	135
Tableau 3.6-5	Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir été confrontés au moins une fois à différentes formes de violence sur Internet, selon le sexe (SMASH 2002, Q89) .....	139
Tableau 3.6-6	Pourcentages de jeunes signalant des préoccupations ou des conduites suicidaires, selon le sexe (SMASH 2002, Q46, Q47) .....	141
Tableau 3.6-7	Taux de jeunes rapportant une tentative de suicide durant l'année écoulée et qui s'en sont ouverts à diverses personnes de leur entourage, selon le sexe (SMASH 2002, Q47) .....	142
Tableau 3.6-8	Pourcentages de jeunes qui ont indiqué avoir commis au moins une fois différents délits au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q33) .....	144
Tableau 3.7-1	Pourcentages de jeunes rapportant l'usage de divers médicaments prescrits, au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q51) .....	153
Tableau 3.7-2	Pourcentages de jeunes rapportant l'usage de divers médicaments non prescrits, au moins deux à trois fois par mois au cours des 12 derniers mois, selon le sexe (SMASH 2002, Q51) .....	153
Tableau 3.7-3	Proportions de jeunes qui ont consulté des professionnels de la santé durant l'année précédente, à diverses fréquences, selon le sexe (SMASH 2002, Q48) .....	155
Tableau 3.7-4	Pourcentages de jeunes disant avoir consulté des professionnels pour divers motifs durant les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe (SMASH 2002, Q50) .....	156

### 4.3 LISTE DES FIGURES

Figure 1.3-1	Une illustration du modèle conceptuel de Bronfenbrenner, avec ses différents niveaux d'analyse (Bronfenbrenner, 1979) .....	27
Figure 1.3-2	Un modèle explicatif de la santé (Bronfenbrenner, 1979) .....	28

## 5 INDEX

- abus, 7, 10, 13, 16, 18, 52, 53, 93, 101, 153  
abus sexuel, 14, 129, 136, 137, 138  
accident, 13, 18, 24, 27, 33, 57, 69, 83, 98, 99,  
104, 109, 129, 130, 131, 132, 158  
affection chronique, 7, 15, 33, 56, 57, 58, 59,  
156, 158, 159  
affectivité, 17  
alcool, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 19, 22, 23, 26,  
52, 53, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 103, 108,  
109, 132, 134, 156  
alcopops, 10, 11, 18, 93, 94, 100  
alimentation, 7, 9, 16, 17, 23, 24, 26, 33, 44, 52,  
62, 65, 66, 67, 109, 152, 156  
ami, 6, 17, 27, 42, 43, 47, 54, 71, 87, 99, 104,  
115, 142  
armes, 146  
assistant social, 155  
audition, 70  
autres drogues, 10, 105  
avenir, 6, 17, 24, 53, 157  
avortement, 126  
avortement spontané, 12, 126  
bagarre, 13, 98, 99, 104, 134, 144, 146  
besoins de santé, 5, 7, 23, 25, 26, 50, 52, 55  
bière, 93, 94  
camarade, 6, 19, 38, 41, 42, 43, 58, 67, 95, 121,  
130, 134, 135, 141, 142, 147, 154  
cannabis, 10, 11, 16, 93, 101, 102, 103, 104,  
105, 106, 108, 144, 146, 147  
canton, 5, 6, 14, 23, 32, 33, 35, 109, 127, 143,  
153  
casque, 13, 24, 109, 111, 129, 132  
ceinture de sécurité, 13, 26, 109, 111, 129, 133  
chronique, 59, 65, 66  
club, 87  
cocaïne, 11, 105, 106, 107, 108  
comparaison 1993-2002, 54, 89, 91, 94, 97, 98,  
102, 108, 132  
comportements protecteurs, 24, 33, 109  
concept, 5, 16, 25, 26, 27, 109, 157  
conclusion, 5, 17, 18, 69, 92, 104, 106, 108,  
143, 159  
conduites suicidaires, 13, 129, 140  
consommation, 9, 10, 11, 13, 16, 23, 44, 53, 69,  
75, 90, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103,  
104, 105, 106, 107, 108, 109, 132, 134, 136,  
152, 154  
constat, 7, 8, 17, 34, 43, 47, 61, 63, 65, 74, 90,  
94, 99, 101, 103, 106, 108, 113, 114, 115,  
125, 127, 139, 140, 146, 155, 158, 159  
consultation, 15, 34, 58, 59, 72, 125, 136, 137,  
154, 155, 156, 157  
contraception, 12, 24, 124, 125, 127, 156  
délinquance, 14, 15, 75, 133, 143, 147  
délit, 144, 145  
dépendance, 10, 23, 27, 68, 91  
dépressivité, 8, 18, 33, 60, 68, 72, 73, 74, 75,  
136, 156  
difficulté, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 40, 47,  
50, 54, 55, 59, 62, 69, 103, 109, 136, 154,  
155  
divorce, 41  
dos, 7, 8, 51, 61  
douleur, 7, 15, 35, 44, 60, 61, 152, 153, 158  
dysménorrhée, 7, 33, 60, 61  
échantillon, 6, 21, 32, 33, 34, 36, 62, 70, 72, 94,  
108, 145, 155, 159  
école, 5, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 32, 33, 36, 38,  
41, 42, 43, 44, 47, 58, 59, 60, 62, 66, 69, 72,  
74, 83, 92, 99, 104, 109, 115, 135, 136, 155  
ecstasy, 105  
environnement, 5, 8, 10, 11, 13, 18, 24, 25, 26,  
27, 28, 38, 72, 92, 109, 129, 132, 133, 134,  
147  
famille, 6, 14, 17, 19, 38, 40, 41, 42, 43, 47, 54,  
136  
fatigue, 16, 44, 51, 60, 69, 152, 153, 155, 156  
fréquence, 9, 11, 14, 21, 60, 61, 66, 70, 72, 83,  
84, 85, 89, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 103, 104,  
112, 114, 129, 133, 137, 139, 143, 147, 154,  
155  
fumeur, 10, 90, 91, 92  
futur, 6, 47, 53, 93  
grossesse, 12, 121, 125, 126, 127, 156, 157  
gynécologie, 7, 15, 51, 154, 155, 156, 157, 158  
handicap, 7, 33, 56, 57, 58, 59, 87, 129, 156  
harcèlement, 134, 135  
héroïne, 11, 105, 108, 109  
hospitalisation, 13, 14, 15, 129, 140, 142, 157,  
158, 159  
idées suicidaires, 13, 140, 142  
image, 8, 9, 20, 42, 63  
image corporelle, 7, 9, 18, 62, 74, 136  
IMC, 62, 63  
implant, 124  
implication, 17, 19, 47, 55  
infirmière, 13, 19, 32, 59, 69, 129, 155  
information, 6, 12, 16, 25, 26, 32, 34, 36, 59,  
61, 75, 112, 113, 114, 115, 125, 127, 129,  
139, 154

injection, 108, 124  
 Internet, 23, 33, 75, 112, 113, 114, 115, 129, 139, 140  
 interruption grossesse, 12, 126, 157  
 ivresse, 10, 95, 96, 97, 98, 100  
 maladie, 7, 55, 56, 57, 58, 127  
 malaise, 7, 51, 53, 60, 154  
 maux, 7, 8, 50, 51, 59  
 médecin, 14, 15, 16, 58, 59, 60, 62, 74, 125, 129, 142, 152, 154, 155, 156, 157  
 médecine, 5, 13, 22, 23, 34, 113  
 médicament, 16, 60, 61, 65, 68, 105, 152, 153, 154  
 morbidité, 93, 109, 129  
 mortalité, 24, 109, 140  
 objectif, 5, 23, 25, 26, 52, 75, 109, 115  
 ouïe, 28, 70  
 parents, 6, 10, 15, 16, 17, 19, 25, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 47, 53, 72, 73, 75, 92, 99, 101, 104, 142, 154  
 partenaire, 12, 39, 55, 123, 124, 125, 126, 127  
 perception de la santé, 24, 56  
 pilule, 12, 124, 125, 127  
 poids, 7, 9, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 72  
 préoccupation, 7, 9, 10, 12, 14, 32, 34, 65, 90, 121, 125, 141  
 préservatif, 12, 100, 122, 124, 125, 126, 127  
 prévalence, 5, 14, 25, 56, 61, 65, 72, 73, 74, 126, 127, 129, 130, 140, 158, 159  
 prévention, 5, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 32, 47, 56, 66, 67, 71, 77, 91, 92, 104, 108, 109, 111, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 138, 140, 142, 143, 147, 157  
 problème, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 24, 25, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 72, 75, 89, 93, 95, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 108, 109, 129, 131, 133, 135, 136, 142, 152, 156, 157, 158, 159  
 problème de santé, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 24, 33, 40, 41, 44, 51, 52, 54, 55, 56, 90, 93, 109, 127, 132, 140, 154, 155  
 problème psychologique, 41, 52, 54, 55, 58  
 professeur, 6, 32, 44, 142  
 professionnels de la santé, 9, 16, 27, 59, 154, 155, 157  
 promotion de la santé, 5, 19, 20, 25, 26, 47  
 psychiatre, 15, 59, 154, 155, 157  
 psychologue, 14, 15, 69, 74, 142, 154, 155, 156, 157  
 puberté, 63, 74, 120  
 questionnaire, 5, 6, 8, 9, 10, 21, 23, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 50, 56, 65, 71, 84, 93, 105, 120, 126, 127, 137, 158, 172  
 racket, 14, 133  
 recherche de sensations, 33, 75, 76, 77  
 régime, 9, 57, 65, 66, 67  
 règles, 7, 59, 60, 120  
 relation, 5, 6, 7, 11, 17, 24, 27, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 51, 52, 53, 55, 73, 99, 103, 104, 108, 120, 124, 126, 134, 138, 142  
 retrait, 12, 124  
 santé, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 38, 42, 44, 46, 47, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 68, 69, 83, 101, 104, 109, 112, 113, 115, 121, 127, 133, 134, 136, 142, 152, 154, 158  
 santé mentale, 7, 8, 11, 14, 17, 23, 28, 33, 50, 51, 55, 83, 109, 142, 155, 156, 159  
 santé somatique, 50  
 sensation, 10, 44, 65, 71, 75, 77, 100  
 sexualité, 8, 11, 12, 14, 18, 23, 24, 26, 33, 34, 99, 103, 104, 113, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 137, 138, 139, 154, 156, 157  
 société, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 75, 95, 100  
 soins, 5, 7, 13, 14, 15, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 56, 57, 59, 129, 140, 142, 152, 154, 157, 158, 159  
 sommeil, 8, 16, 61, 68, 69, 152, 153, 155, 156  
 spécialiste, 14, 19, 58, 59, 74, 138, 142, 154, 155, 157  
 sport, 7, 8, 9, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 33, 60, 61, 65, 67, 76, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 101, 112, 113, 129, 130, 132  
 stérilet, 124  
 stress, 6, 7, 8, 18, 38, 44, 45, 46, 47, 52, 53, 65, 72, 74, 83, 106, 134, 152, 153  
 structure familiale, 38  
 suicide, 13, 14, 24, 72, 140, 141, 142, 143, 155, 156, 157, 159  
 tabac, 10, 18, 52, 53, 83, 90, 92, 93, 101, 156  
 tendance, 5, 7, 11, 15, 18, 40, 50, 53, 60, 63, 72, 74, 95, 100, 104, 111, 121, 122, 129, 130, 137, 158  
 tranches d'âge, 36, 46, 53, 74, 91, 96, 135, 138  
 traumatisme, 13, 14, 15, 83, 109, 129, 131, 132, 157, 158  
 traumatisme acoustique, 70, 71  
 travail, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 25, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 59, 60, 62, 66, 69, 70, 77, 83, 87, 89, 99, 104, 106, 113, 115, 121, 130, 132, 133, 136, 140, 154  
 véhicule, 9, 13, 89, 98, 108, 109, 110, 111, 130, 131, 132  
 vin, 94

violence, 8, 13, 14, 18, 19, 38, 41, 47, 98, 103,  
112, 114, 129, 133, 134, 135, 137, 139, 144,  
146, 147  
vol, 13, 14, 75, 133, 145, 146, 147

vomissement, 9  
vue, 51  
web, 112, 113, 114, 115



## 5 ANNEXE

### LE QUESTIONNAIRE SMASH 2002



# IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et  
préventive, Université de Lausanne  
Directeur: Professeur Fred Paccaud

**UMSA** UNITÉ MULTIDISCIPLINAIRE DE SANTÉ DES ADOLESCENTS

Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents

# Universität Bern

Institut für Psychologie

Psychologie der Entwicklung  
und der Entwicklungsstörungen



## Etude sur la santé et les styles de vie des adolescents en Suisse (2002)

Code formation :

(pour les apprenti(e)s seulement)

Bonjour !

Ce questionnaire sur la santé et le bien-être a été préparé par des jeunes de votre âge et par des professionnels. Il va servir à mieux comprendre les besoins des jeunes en formation après l'école obligatoire, afin d'améliorer les services de santé, de prévention et d'accueil qui sont mis à votre disposition (consultations, planning familial, services d'aide, loisirs, etc.).

Environ 10'000 jeunes de toute la Suisse sont invités à participer à cette enquête. Comme vous n'avez pas tous et toutes le même avis, ni les mêmes expériences, les réponses de chacun et chacune nous intéressent. Nous allons aborder des sujets très divers, dont certains assez personnels. Par conséquent, nous vous garantissons l'anonymat, c'est-à-dire que nous ne connaissons jamais votre nom, et que personne ne pourra reconnaître vos réponses, même pas les professionnel/les présent(e)s aujourd'hui dans la classe. Cependant, vous êtes libres de ne pas répondre à certaines ou à toutes les questions.

Nous vous remercions de votre aide et de votre confiance, et vous souhaitons une bonne lecture !

Prof. Pierre-André Michaud  
médecin-chef de l'UMSA

Dr Françoise Narring  
médecin-associée à l'UMSA

Véronique Addor, MPH  
cheffe de projet de recherche

Laura Inderwildi Bonivento, Lic. Soc.  
coordinatrice pour la Suisse  
Italienne

Prof. Françoise D. Alsaker  
Inst. de psychologie, Université  
de Berne

Dr Annemarie Tschumper  
Inst. de psychologie, Université  
de Berne

### Comment répondre ?

- Prenez le temps de bien lire la question, mais ne réfléchissez pas trop longtemps avant de répondre.
- Mettez une croix dans le carré correspondant à la réponse qui vous semble la plus appropriée. En général, il n'y a qu'une seule réponse par question, sauf si une indication spéciale est donnée. Si vous voulez corriger une réponse, biffez-la par 2 traits horizontaux, et mettez une nouvelle croix.
- Si une question ne vous concerne pas, passez à la suivante sans répondre.
- Les cases grises sont pour les chiffres, écrivez très lisiblement en suivant les exemples ci-dessous (saisie optique) :

#### Pour corriger:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Veuillez écrire les chiffres ainsi

~~46~~ ans

Tracer l'erreur 2 fois

17

Ecrire le nouveau  
chiffre à côté

oui

~~☒~~

Tracer l'erreur 2 fois

non

☒

Cocher la  
nouvelle case

## VOTRE BIEN-ETRE ET VOS ACTIVITES ...

### 1 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est

excellente    très bonne    bonne    médiocre    mauvaise  
 1     2     3     4     5

### 2 Au cours de la dernière semaine, indiquez le nombre de jours où vous avez pratiqué des activités physiques, durant au moins 20 minutes d'affilée, qui vous ont fait transpirer ou respirer rapidement ?

Par activité physique, on entend par exemple faire du sport, aller en vélo à l'école, avoir un travail 'physique', etc.

(répondre de 0 à 7 jours)     jours par semaine

### 3 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous participé aux activités de sociétés ou de clubs en-dehors de l'école ?

(une seule réponse par ligne)

	oui	non
▪ club sportif pour un sport individuel	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ club sportif pour un sport d'équipe	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ cours ou groupe de ballet/danse ou de théâtre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ groupe de musique (orchestre de jeunes, chorale, etc...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ scouts, cadets	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ société de jeunesse	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ groupe paroissial	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ groupe d'entraide (actions de solidarité, Croix-Rouge, samaritains, etc...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ groupe politique, parlement de jeunes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ autre, précisez _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

### 4 Pratiquez-vous un sport en dehors des cours ?

oui, tous les jours ou presque    oui, 2 à 3 fois par semaine    oui, environ 1 fois par semaine    **non**  
 1     2     3     4

**Si non**, pour quelles raisons ? ←

(plusieurs réponses possibles)

- 1  je souffre d'une blessure ou d'un handicap physique
- 2  je me sens mal à l'aise avec mon corps
- 3  je ne suis pas doué(e)
- 4  je n'aime pas le sport
- 5  mes horaires de travail irréguliers m'empêchent de m'inscrire à un cours ou un club de sport
- 6  j'ai déjà un travail physiquement dur
- 7  j'ai trop à faire et je n'ai pas le temps
- 8  je manque d'occasions ou il n'y a pas de club/de salle pour le sport qui me plairait
- 9  je n'en ai pas envie, j'ai la flemme
- 10  je préfère faire d'autres choses
- 11  mes ami(e)s ne font pas de sport non plus
- 12  autres raisons

## VOTRE FORMATION ...

### 5 Quelle est votre situation professionnelle ou scolaire ?

- en apprentissage ou en école de métier  
 à l'école, précisez :
  classes préparant à la maturité  
 écoles techniques  
 classes préparant au diplôme, Ecole de Commerce  
 autre, décrivez \_\_\_\_\_

### 6 En quelle année d'études ou de formation êtes-vous (depuis la fin de l'école obligatoire) ?

- 1<sup>ère</sup> année  
 2<sup>ème</sup> année  
 3<sup>ème</sup> année  
 4<sup>ème</sup> année ou plus

### 7 Au cours de toute votre scolarité, vous avez redoublé

(inscrivez 0 si vous n'avez jamais redoublé)

fois

### 8 D'une façon générale, comment trouvez-vous votre classe ?

(une seule réponse par ligne)

	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ la plupart d'entre nous se sentent bien dans notre classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les professeurs s'occupent des problèmes des élèves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ quand un(une) élève dit quelque chose de faux, tout le monde se moque de lui (d'elle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ les professeurs ont confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je reçois de mes professeurs la reconnaissance que je mérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9 POUR LES APPRENTI(E)S

Comment trouvez-vous l'ambiance sur votre lieu d'apprentissage ?

(une seule réponse par ligne)

	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ la plupart d'entre nous se sentent bien dans notre équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ notre chef(fe)/maître(sse) d'apprentissage est très sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ notre chef(fe)/maître(sse) d'apprentissage s'occupe des problèmes des apprenti(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ quand quelqu'un de notre équipe fait une erreur, tout le monde se moque de lui (d'elle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ mon/ma chef(fe)/maître(sse) d'apprentissage a confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je reçois de mon chef(fe)/de mon maître(sse) d'apprentissage la reconnaissance que je mérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10 POUR LES APPRENTI(E)S

### A propos de l'effort ou du stress au travail

Indiquez d'abord si vous êtes d'accord ou non avec chacune des phrases, puis à quel point cela vous perturbe

		je ne suis pas du tout perturbé(e)	je suis un peu perturbé(e)	je suis perturbé(e)	je suis très perturbé(e)
▪ je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ j'ai beaucoup de responsabilités à mon travail	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je suis souvent obligé(e) de faire des heures supplémentaires	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ mon travail exige des efforts physiques	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ au cours de mon apprentissage, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	pas d'accord <input type="checkbox"/>				
	d'accord <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SITUATION PERSONNELLE ...

### 11 Que pensez-vous de ces affirmations ?

(une seule réponse par ligne)

	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ j'ai de bons résultats à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je suis sûr(e) d'arriver à terminer une formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ je suis sûr(e) de trouver du travail plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12 Quel est votre sexe ?

féminin  masculin

### 13 Quel est votre âge ?

ans

#### 14 De quels pays ou région/s avez-vous la ou les nationalités?

(plusieurs réponses possibles)

- 1  Suisse
- 2  Italie
- 3  Allemagne
- 4  France
- 5  Autriche
- 6  Portugal
- 7  Espagne
- 8  Turquie
- 9  République de Yougoslavie
- 10  Croatie
- 11  République de Macédoine
- 12  autre pays de l'Europe de l'Ouest
- 13  autre pays de l'Europe de l'Est
- 14  Proche-Orient, Maghreb, Moyen-Orient
- 15  autre pays d'Afrique
- 16  Asie
- 17  Amérique du Sud, Amérique Centrale
- 18  Amérique du Nord, Australie

#### 15 Etes-vous né(e) en Suisse ?

oui

**non**

1

0

**Si non**, depuis combien de temps vivez-vous en Suisse ?    années      mois

#### 16 Quel est le pays ou la région d'origine de vos parents ?

(une seule réponse par colonne)

	mère	père
▪ Suisse	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Italie	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
▪ Allemagne	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ France	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Autriche	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Portugal	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Espagne	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
▪ Turquie	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
▪ République de Yougoslavie	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
▪ Croatie	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
▪ République de Macédoine	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
▪ autre pays de l'Europe de l'Ouest	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
▪ autre pays de l'Europe de l'Est	13 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
▪ Proche-Orient, Maghreb, Moyen-Orient	14 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
▪ autre pays d'Afrique	15 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
▪ Asie	16 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
▪ Amérique du Sud, Amérique Centrale	17 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
▪ Amérique du Nord, Australie	18 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
▪ vous ne savez pas	19 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>

#### 17 Où habitez-vous (vous-même) ?

à la montagne, à la  
campagne ou dans un  
village

1

dans une ville ou en banlieue  
d'une ville

2

### 18 Dans quel canton habitez-vous ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Appenzell-RE  | <input type="checkbox"/> 15 Obwald                    |
| <input type="checkbox"/> 2 Appenzell-RI  | <input type="checkbox"/> 16 Schaffhouse               |
| <input type="checkbox"/> 3 Argovie       | <input type="checkbox"/> 17 Schwytz                   |
| <input type="checkbox"/> 4 Bâle-Campagne | <input type="checkbox"/> 18 Soleure                   |
| <input type="checkbox"/> 5 Bâle-Ville    | <input type="checkbox"/> 19 St-Gall                   |
| <input type="checkbox"/> 6 Berne         | <input type="checkbox"/> 20 Tessin                    |
| <input type="checkbox"/> 7 Fribourg      | <input type="checkbox"/> 21 Thurgovie                 |
| <input type="checkbox"/> 8 Genève        | <input type="checkbox"/> 22 Uri                       |
| <input type="checkbox"/> 9 Glaris        | <input type="checkbox"/> 23 Valais                    |
| <input type="checkbox"/> 10 Grisons      | <input type="checkbox"/> 24 Vaud                      |
| <input type="checkbox"/> 11 Jura         | <input type="checkbox"/> 25 Zoug                      |
| <input type="checkbox"/> 12 Lucerne      | <input type="checkbox"/> 26 Zurich                    |
| <input type="checkbox"/> 13 Neuchâtel    | <input type="checkbox"/> 27 vous habitez à l'étranger |
| <input type="checkbox"/> 14 Nidwald      |   |

### 19 Dans la liste suivante, veuillez cocher toutes les personnes avec lesquelles vous vivez le plus souvent :

(plusieurs réponses possibles)



*Si ce sont les mêmes personnes que pendant la semaine, sautez la deuxième colonne !*

#### pendant la semaine

- 1 mère
- 2 belle-mère, ou amie de votre père
- 3 mère d'accueil
- 4 père
- 5 beau-père, ou ami de votre mère
- 6 père d'accueil
- 7 frères et sœurs, nombre :    
(y compris demi-frères et demi-sœurs si vous vivez avec eux)
- 8 autres personnes de la famille  
(grands-parents, oncles et tantes, autres enfants, etc.)
- 9 vous vivez seul(e)
- 10 vous partagez un logement avec d'autres ou vous vivez en internat
- 11 vous vivez avec votre partenaire
- 12 vous vivez dans un foyer d'accueil
- 13 autre situation

#### pendant le week-end

- 1 mère
- 2 belle-mère, ou amie de votre père
- 3 mère d'accueil
- 4 père
- 5 beau-père, ou ami de votre mère
- 6 père d'accueil
- 7 frères et sœurs, nombre :    
(y compris demi-frères et demi-sœurs si vous vivez avec eux)
- 8 autres personnes de la famille  
(grands-parents, oncles et tantes, autres enfants, etc.)
- 9 vous vivez seul(e)
- 10 vous partagez un logement avec d'autres ou vous vivez en internat
- 11 vous vivez avec votre partenaire
- 12 vous vivez dans un foyer d'accueil
- 13 autre situation

## 20 Avez-vous été adopté(e) ?

- par votre mère  oui  non  
 par votre père

**Si vous avez été adopté(e), à quel âge environ ?**   ans   mois

**Si vous avez été adopté(e), quel est votre pays/continent d'origine ?**

- 1 Suisse ou Europe de l'Ouest  
 2 Europe de l'Est  
 3 Turquie, Balkans  
 4 Proche-Orient, Maghreb  
 5 Reste de l'Afrique  
 6 Amérique du Sud / Amérique Centrale  
 7 Asie  
 8 autre pays

## 21 Quelle est la situation actuelle de vos parents ?

- 1 ils vivent ensemble  
 2 ils sont séparés ou divorcés  
 3 votre père est décédé  
 4 votre mère est décédée  
 5 votre père et votre mère sont décédés  
 6 autre situation, précisez \_\_\_\_\_

## 22 Quelle est la dernière formation scolaire de vos parents (ou de vos beaux-parents ou de l'ami(ami) du parent, avec lesquels vous vivez le plus souvent) ?

(une seule réponse par colonne)

	mère	père
▪ n'est pas allé(e) à l'école (ni en Suisse ni à l'étranger)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ école obligatoire (ou quelques années d'école)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ apprentissage, école de métier	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ études commerciales ou techniques	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ université ou Haute Ecole	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ vous ne savez pas	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

## 23 Parfois, on a peur que certains événements puissent se produire. Vous arrive-t-il de craindre les événements suivants ?

(une seule réponse par ligne)

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
▪ voir vos parents divorcer, se séparer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
▪ être frappé(e) par l'un de vos parents	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## LES ACCIDENTS ET LES BLESSURES ...

24 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un accident ayant nécessité des soins (infirmière, médecin, etc.) ?**

**oui** non

**Si oui,** inscrivez le nombre pour chaque genre d'accident(s) :

1	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) de la circulation (piéton, vélo, scooter, planche à roulette, voiture, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> en tant que piéton <input type="text"/> <input type="text"/> en tant que cycliste <input type="text"/> <input type="text"/> comme passager d'un véhicule à moteur <input type="text"/> <input type="text"/> comme conducteur d'un véhicule à moteur
2	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) à l'école (à l'exclusion du sport)	
3	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) au travail	
4	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) de sport	
5	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) à la maison	
6	<input type="text"/> <input type="text"/>	accident(s) pendant les loisirs, autres que le sport	
7	<input type="text"/> <input type="text"/>	autre(s)	

**Si vous avez eu un ou plusieurs accidents au cours de ces 12 derniers mois, ont-ils entraîné des conséquences graves ?**

	oui	non
■ des séquelles physiques (vous ne pouvez plus faire certaines activités de la vie quotidienne, ou ne pouvez plus les faire sans aide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ des séquelles psychologiques (changement dans votre manière d'être, peurs, problèmes de concentration, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 **Au cours des 30 derniers jours, avez-vous conduit une bicyclette/vélo ?**

	<b>oui</b>	non		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Si oui</b> , avez-vous porté un casque ?	toujours	la plupart du temps	parfois	jamais
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

26 **Au cours des 30 derniers jours, avez-vous conduit un vélomoteur ou scooter ?**

	<b>oui</b>	non		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Si oui</b> , avez-vous porté un casque ?	toujours	la plupart du temps	parfois	jamais
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27 **Au cours des 30 derniers jours, avez-vous conduit une moto de 125 cm<sup>3</sup> ou plus ?**

	<b>oui</b>	non		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Si oui</b> , avez-vous porté un casque ?	toujours	la plupart du temps	parfois	jamais
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

28 **Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous mis votre ceinture lorsque vous étiez passager d'une voiture (à l'avant ou à l'arrière) ?**

	toujours	la plupart du temps	parfois	jamais
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

29 **Au cours des 30 derniers jours, avez-vous conduit une voiture ?**

	<b>oui</b>	non		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Si oui</b> , avez-vous porté la ceinture ?	toujours	la plupart du temps	parfois	jamais
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

30 **Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous conduit un véhicule (vélo, vélomoteur, moto, voiture) en ayant bu passablement d'alcool (en étant un peu ivre) ?**

	jamais	1 ou 2 fois	plusieurs fois	très souvent
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## LA VIOLENCE ...

31 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous**

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais	une fois	quelques fois	souvent
▪ été victime d'un vol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ été victime de racket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ été victime de violences physiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**32 Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que les autres**

(une seule réponse par ligne)

	jamais	1-2 fois	environ 1 fois/semaine	plus souvent
▪ se moquent de vous ou vous insultent ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vous agressent physiquement ou vous brutalisent ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vous excluent exprès ou vous empêchent de participer ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**33 Voici une liste de choses qui sont interdites, mais qui arrivent quand même quelquefois. Qu'avez-vous fait vous-même pendant les 12 derniers mois ?**

(une seule réponse par ligne)

	jamais	1-2 fois	3 fois ou plus
▪ détruit volontairement quelque chose qui ne vous appartenait pas (cabine téléphonique, réverbère, voiture, barrière, fauteuil de cinéma, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ volé ou pris quelque chose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ attaqué un adulte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ mis le feu à quelque chose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ arraché ou volé le sac, le porte-monnaie ou le natel de quelqu'un	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ porté une arme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Si oui**, quelle/s arme/s ?

- 1  couteau (cran d'arrêt, Opinel)  
 2  masse  
 3  coup de poing américain  
 4  pistolet ou autre arme à feu  
 5  spray (au poivre ou autre)  
 6  autre, précisez \_\_\_\_\_

	jamais	1-2 fois	3 fois ou plus
▪ utilisé une arme dans une bagarre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Si oui**, lesquelles ?

- 1  couteau (cran d'arrêt, Opinel)  
 2  masse  
 3  coup de poing américain  
 4  pistolet ou autre arme à feu  
 5  spray (au poivre ou autre)  
 6  autre, précisez \_\_\_\_\_

	jamais	1-2 fois	3 fois ou plus
▪ vendu des drogues (y compris cannabis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## LES PROBLEMES DE SANTE ...

### 34 Au cours des 12 derniers mois, en formation ou au travail, vous est-il arrivé de

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais ou presque	env. 1 fois par mois	env. 1 fois par semaine	tous les jours ou presque
▪ ne pas aller aux cours (sécher) ou au travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ manquer pour maladie ou indisposition temporaire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ manquer pour une autre raison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 35 Il arrive dans la vie que l'on passe par des moments difficiles. Est-ce le cas pour vous actuellement ?

*(une seule réponse par ligne)*

	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ je me sens souvent déprimé(e), sans savoir pourquoi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ par moments, je pense que tout est tellement désespérant que je n'ai envie de rien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ par moments, je pense que je n'ai rien dont je puisse me réjouir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ par moments, je suis tellement déprimé(e) que je resterais bien au lit toute la journée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je suis souvent triste, sans pouvoir trouver de raison à cela	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je trouve ma vie assez triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ces derniers temps, j'ai beaucoup pensé à la mort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ par moments, je pense que ma vie ne vaut pas le coup d'être vécue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 36 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais	rarement	assez souvent	très souvent
▪ vue	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ ouïe	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ acné	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ eczéma (allergie de la peau)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ voies respiratoires (asthme, rhume des foins et autres)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ douleurs aux os, aux muscles et aux articulations	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 37 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais	rarement	assez souvent	très souvent
▪ dos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ poids	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ maux de tête	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ maux de ventre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ maux de jambes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ sommeil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ gynécologie (pour les filles)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ malaises et évanouissements (hypotension, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

- 38 En général, lorsque vous avez des problèmes, en parlez-vous avec votre famille, vos ami(e)s ou d'autres adultes (professeurs, médiateurs, etc.) ?

	vous en parlez avec					
	votre famille	d'autres adultes proches	vos amis	votre petit(e) ami(e)	d'autres adultes dans le cadre scolaire ou professionnel	vous n'en parlez pas
<i>(plusieurs réponses possibles par ligne)</i>						
▪ problèmes de santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes scolaires et/ou professionnels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes psychologiques (déprime, angoisse)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

- 39 Avez-vous un handicap physique, c'est-à-dire une lésion qui atteint l'intégrité de votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit ?

	oui			non		
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Si oui</b> , votre handicap est-il dû à	une maladie			un accident		
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
				un problème de naissance		
				oui non		
▪ ce handicap vous empêche-t-il d'avoir les mêmes activités (type et/ou quantité d'activités) que les autres jeunes ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		
▪ ce handicap demande-t-il un régime spécial, un appareillage, ou l'aide d'autres personnes pour accomplir les activités de la vie quotidienne ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		
▪ ce handicap entraîne-t-il des soins ou des traitements spéciaux ou plus fréquents que pour les autres jeunes ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		

- 40 Avez-vous une maladie chronique, c'est à dire une maladie qui dure longtemps (au moins 6 mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers (exemple : diabète, scoliose, etc.) ?

	oui			non		
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Si oui</b>						
▪ cette maladie vous empêche-t-elle d'avoir les mêmes activités (type et/ou quantité d'activités) que les autres jeunes ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		
▪ cette maladie demande-t-elle un régime spécial, un appareillage, ou l'aide d'autres personnes pour accomplir les activités de la vie quotidienne ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		
▪ cette maladie entraîne-t-elle des soins ou des traitements spéciaux ou plus fréquents que pour les autres jeunes ?	1 <input type="checkbox"/>			0 <input type="checkbox"/>		

- 41 Actuellement, en ce qui concerne la fatigue et le sommeil

	(une seule réponse par ligne)			
	jamais	rarement	assez souvent	très souvent
▪ vous avez l'impression d'être fatigué(e), ou vous avez envie de dormir dans la journée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez de la difficulté à vous endormir le soir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous réveillez la nuit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez un sommeil agité (y compris des cauchemars)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

42 Du lundi au vendredi, à quelle heure vous couchez-vous habituellement ?

vers  heures  minutes

43 Du lundi au vendredi, à quelle heure vous levez-vous habituellement ?

vers  heures  minutes

44 Comment estimez-vous votre quantité de sommeil au cours des 30 derniers jours ?

insuffisante    adéquate    trop importante  
1                     2                     3

45 Voici une liste de problèmes rencontrés chez des jeunes de votre âge. Pouvez-vous dire pour lesquels vous auriez besoin, en ce moment, d'une aide pour vous-même ?

	oui	non
▪ problèmes liés à l'alimentation	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes en relation avec l'école ou le travail	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ nervosité, tension, stress	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ tristesse, déprime	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ difficultés de sommeil	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes liés à l'usage du tabac	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes liés à l'usage de l'alcool	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes en relation avec la drogue	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes en relation avec la vie sentimentale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes en relation avec la sexualité et la contraception	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes en relation avec le sport	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ difficultés à se faire des ami(e)s	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ difficultés avec les parents	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes liés à l'avenir professionnel	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

46 Au cours de ces 12 derniers mois

	oui	non
▪ vous avez pensé au suicide	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ il y a eu des moments où vous auriez voulu vous suicider	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous seriez suicidé(e) si vous en aviez eu l'occasion	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez pensé à la méthode que vous auriez pu utiliser pour vous suicider	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez fait une tentative de suicide	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

47 **Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?**

**oui**      non  
 <sub>1</sub>       <sub>0</sub>

**Si oui**, combien de fois      fois

**Si vous avez fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois**, votre entourage est-il au courant ?

*(s'il y a eu plusieurs épisodes, répondez pour la dernière tentative)*

**oui**      non  
 <sub>1</sub>       <sub>0</sub>

**Si oui**, qui ?  
*(plusieurs réponses possibles)*

<sub>1</sub> parents  
 <sub>2</sub> copain(s) ou copine(s)  
 <sub>3</sub> petit(e) ami(e)  
 <sub>4</sub> frères/sœurs  
 <sub>5</sub> éducateur/éducatrice de foyer  
 <sub>6</sub> professeur/e(s)  
 <sub>7</sub> autre(s) personne(s), précisez  
 \_\_\_\_\_

## LES CONSULTATIONS ET LES HOSPITALISATIONS ...

48 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en consultation auprès**

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais	1 à 2 fois	plus souvent
▪ d'un médecin généraliste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ d'un gynécologue	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ d'un autre médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ de l'infirmière de l'école	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ d'un centre de planning familial	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ d'une assistante sociale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ d'un psychologue ou d'un psychiatre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

49 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé (au moins une nuit passée à l'hôpital ou aux urgences) ?**

oui      non  
1       0

↓

**Si oui**, combien de fois ?       fois

**Si oui**, pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisé(e) au cours de ces 12 derniers mois ?

*(plusieurs réponses possibles)*

	oui	non
▪ accident(s) ou suites d'accident(s)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes gynécologiques (pour les filles)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ maladie chronique (maladie qui dure longtemps, au moins 6 mois et qui peut nécessiter des soins réguliers, ex. diabète, scoliose, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ tentative de suicide	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ autre, précisez _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

50 **Au cours des 12 derniers mois, qui avez-vous consulté pour chacun des problèmes suivants ?**

*(plusieurs réponses possibles par ligne)*

	médecin	psychologue	autres professionnels	ligne téléphonique d'aide	vous n'avez pas consulté
▪ fatigue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes de sommeil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ comportements alimentaires (anorexie, boulimie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes gynécologiques, suivi de grossesse (pour les filles)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ maladies sexuellement transmissibles, y compris tests de dépistage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ contraception	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ tentative de suicide ou ses suites	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes liés au tabac	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes liés à l'alcool ou à la drogue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ nervosité, dépression	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ maladie chronique ou handicap	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

vous n'avez pas eu ces problèmes

## 51 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments ?

### J'ai pris des médicaments prescrits par un médecin

(une seule réponse par ligne)

	jamais	rarement	2 à 3 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	tous les jours
▪ médicaments contre la fatigue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments pour mieux dormir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la nervosité et l'angoisse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la constipation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments coupe-faim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre l'acné	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ remèdes (homéopathie, tisanes, extraits de plantes, vitamines, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### J'ai pris des médicaments non prescrits par un médecin (de ma propre initiative)

(une seule réponse par ligne)

	jamais	rarement	2 à 3 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	tous les jours
▪ médicaments contre la fatigue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments pour mieux dormir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la nervosité et l'angoisse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre la constipation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments coupe-faim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicaments contre l'acné	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ remèdes (homéopathie, tisanes, extraits de plantes, vitamines, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## VOTRE CORPS ...

### 52 Actuellement, que pensez-vous de votre corps ?

	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ je suis satisfait(e) de mon apparence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ j'aimerais changer une ou deux choses à mon corps	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ j'aimerais changer beaucoup de choses à mon corps	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 53 Certains jeunes "embellissent" leur corps par différents moyens ; avez-vous

	aucun	oui, un seul	oui, plusieurs
▪ un piercing (à l'exception des boucles d'oreilles) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ un tatouage permanent ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

54 Quelle est votre taille ?

 cm

55 Combien pesez-vous ?

 ,  kg

56 Actuellement, vous vous sentez

	trop maigre	un peu trop maigre	bien	un peu trop gros(se)	trop gros(se)
	<input type="checkbox"/>				

57 Souhaitez-vous changer votre poids ?

(une seule réponse possible)

- oui**, je souhaite maigrir mais cela n'est pas mon principal souci
- oui**, je souhaite maigrir et j'y pense tout le temps
- oui**, je souhaite prendre du poids mais cela n'est pas mon principal souci
- oui**, je souhaite prendre du poids et j'y pense tout le temps
- non

→ **Si oui**, que faites vous pour changer votre poids ?

(plusieurs réponses possibles)

- vous ne faites rien (vous n'arrivez pas à vous décider)
- vous faites du sport et de l'exercice physique
- vous faites un régime
- vous prenez des tisanes, des remèdes homéopathiques ou des traitements naturels
- vous prenez des médicaments

58 Depuis quelques mois, vous arrive-t-il

(une seule réponse par ligne)

	jamais	une fois par semaine	une à plusieurs fois par semaine	tous les jours
▪ d'avoir peur de grossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de vous sentir "moché" quand vous avez trop mangé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de penser souvent à la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ d'aimer la sensation d'avoir le ventre vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de manger énormément et d'avoir de la difficulté à vous arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de vous faire vomir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59 Avez-vous déjà fait un ou plusieurs régimes amaigrissants ?

oui  non  
 1  2

Si oui, à quel âge avez-vous fait votre premier régime ? vers   ans

## L'AMOUR ET LA SEXUALITE ...

60 Avez-vous un petit ami ou une petite amie en ce moment ?

oui  non  
 1  0

Si oui, quel âge a-t-il(elle) ?   ans

Depuis combien de temps sortez-vous avec lui(elle) ?

moins d'un mois	1-3 mois	4-6 mois	6-12 mois	plus d'une année
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Comment trouvez-vous votre relation ?

excellente	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

61 Les thèmes de la sexualité (y compris l'éducation sexuelle) ont-ils été abordés au cours de votre scolarité ?

oui  non  
 1  0

62 Si vous pensez à l'âge auquel vous avez commencé votre puberté : par rapport aux autres jeunes de votre âge, diriez-vous que vous étiez

très en avance sur eux	plutôt en avance sur eux	comme eux	plutôt en retard sur eux	très en retard sur eux
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

63 **POUR LES FILLES**  
 A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

vers   ans

je n'ai pas encore eu mes règles

#### 64 POUR LES FILLES

**Au cours des 12 derniers mois, comment se sont passées vos règles ?**

*(une seule réponse par ligne)*

	jamais	parfois	presque toujours
▪ vous vous sentez bien et vous avez des activités normales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez mal au ventre ou au dos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vos seins sont douloureux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vomissez ou vous avez des problèmes intestinaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous sentez faible ou fatiguée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous évanouissez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous sentez de mauvaise humeur ou vous avez des sautes d'humeur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous sentez déprimée	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous devez rester à la maison	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous limitez vos activités sportives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous sentez limitée dans vos activités sociales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous vous sentez limitée dans vos activités scolaires et/ou professionnelles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous prenez des médicaments	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous allez consulter un médecin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vous avez d'autres problèmes, décrivez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

#### 65 POUR TOUS

**Avez-vous déjà eu une ou plusieurs relations sexuelles complètes (avec pénétration) ?**

- 1  oui, une seule fois  
 2  oui, plusieurs fois  
 3  **non**, jamais



**Si non**, passez à la question 72

**66 Quel âge aviez-vous la première fois ?**

ans

**67 Combien de partenaire(s) sexuel(s) avez-vous eu(s) jusqu'à présent, en tout ?**

partenaires

**68 Quels moyens de contraception ou de protection contre les maladies sexuellement transmissibles avez-vous utilisé, vous et votre partenaire actuel(le)?**

<i>(Si vous avez eu une seule relation sexuelle, répondez seulement à la première colonne)</i>	lors de votre <b>première</b> relation sexuelle		lors de votre <b>dernière</b> relation sexuelle	
	oui	non	oui	non
▪ pilule contraceptive	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ pilule du lendemain – pilule d'urgence	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ préservatif masculin (capote)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ moyens chimiques (crèmes, ovules, éponge)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ diaphragme	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ retrait (interruption du rapport sexuel)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ calcul de la période favorable	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ préservatif féminin (Femidom)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ stérilet	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ injection ou implant	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ autre, précisez _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ aucun moyen	1 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	

actuellement, vous n'avez pas de partenaire

**69 Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernière relation sexuelle?**

oui non  
1  0

**70 POUR LES FILLES**  
**Avez-vous déjà été enceinte ?**

oui non  
1  0

**Si oui :**

- 1  vous avez poursuivi la grossesse  
2  votre grossesse s'est arrêtée spontanément  
3  vous avez interrompu la grossesse

**71 POUR LES GARCONS**  
**L'une de vos partenaires a-t-elle été enceinte à la suite d'un rapport sexuel avec vous ?**

oui non vous ne savez pas  
1  0  2

**Si oui :**

- 1  elle a poursuivi la grossesse  
2  sa grossesse s'est arrêtée spontanément  
3  elle a interrompu sa grossesse  
4  vous ne savez pas

**72 POUR TOUS****Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez ?**

- <sub>1</sub> je suis seulement attiré(e) par des personnes du sexe opposé et j'imagine que j'aurai des relations sexuelles uniquement avec des personnes du sexe opposé
- <sub>2</sub> je suis fortement attiré(e) par des personnes du sexe opposé et j'imagine que j'aurai la plupart de mes expériences sexuelles avec des personnes du sexe opposé
- <sub>3</sub> je suis attiré(e) aussi bien par des hommes que par des femmes et j'aimerais avoir des relations sexuelles avec les deux
- <sub>4</sub> je suis fortement attiré(e) par des personnes du même sexe que moi et j'imagine que la plupart de mes expériences sexuelles se dérouleront avec des personnes de même sexe que moi
- <sub>5</sub> je suis seulement attiré(e) par des personnes du même sexe que moi et j'imagine que j'aurai des relations sexuelles uniquement avec des personnes du même sexe que moi

**73 Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogue ?**

oui                  non  
<sub>1</sub>                  <sub>0</sub>

**74 Avez-vous déjà subi une agression sexuelle ou un abus sexuel ?**

*Une agression sexuelle ou un abus sexuel, c'est quand quelqu'un de votre famille ou quelqu'un d'autre vous touche à un endroit où vous ne voudriez pas qu'on vous touche, ou quand quelqu'un vous fait quelque chose qui s'adresse à votre sexualité mais qu'il ou elle ne devrait pas faire.*

**oui**                  non  
<sub>1</sub>                  <sub>0</sub>

▼

**Si oui :**

En avez-vous parlé à quelqu'un ?                  oui                  non  
<sub>1</sub>                  <sub>0</sub>

A quel âge cela vous est-il arrivé la première fois ?

<sub>1</sub> avant l'âge de 6 ans

<sub>2</sub> entre 6 et 8 ans

<sub>3</sub> entre 8 et 12 ans

<sub>4</sub> entre 12 et 14 ans

<sub>5</sub> entre 14 et 16 ans

<sub>6</sub> entre 16 et 20 ans

<sub>7</sub> je ne me souviens pas

## LE TABAC ET L'ALCOOL ...

75 **Actuellement**, est-ce que vous fumez des cigarettes ?

- 1  jamais
- 2  j'ai arrêté de fumer, depuis   mois
- 3  irrégulièrement   cigarettes par semaine
- 4  **régulièrement**   cigarettes par jour

**SI VOUS FUMEZ REGULIEREMENT**A partir de quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? à   ans

Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

  heures   minutes

## 76 Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ?

	jamais	de temps en temps	1 fois par semaine	plusieurs fois par semaine	tous les jours	plusieurs fois par jour
▪ du vin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ de la bière	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ des alcools forts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ des cocktails alcoolisés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ des alcopops (limonade ou soda avec alcool, hooch)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

77 **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois vous est-il arrivé de boire 5 boissons alcoolisées ou plus lors d'une même occasion ?

Une boisson alcoolisée, c'est par ex. 1 bière, 1 verre de vin,  
1 mesure d'alcool fort (pur ou dilué), 1 apéritif

jamais      moins d'une fois par mois      1 ou plusieurs fois par mois      une fois par semaine      chaque jour ou presque tous les jours

1       2       3       4       5

## 78 Avez-vous déjà pris une "cuite" ? (= être vraiment soûl(e) ou ivre)

**oui**      non

1       0

**Si oui**

(une seule réponse par ligne)

	jamais	1 à 2 fois	3 à 9 fois	10 fois ou plus
▪ au cours de votre vie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ au cours des 12 derniers mois	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ au cours des 30 derniers jours	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 79 Avez-vous déjà eu un problème après avoir consommé de l'alcool ?

	oui	non
<b>Problèmes individuels</b>		
▪ diminution des performances à l'école, y compris manqué l'école ou le travail	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ objets ou habits endommagés	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ valeurs perdues (argent, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ accidents, blessures	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Problèmes relationnels</b>		
▪ querelle, bagarre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec des ami(e)s	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec vos parents	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec vos enseignant(e)s	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec des collègues	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Relations sexuelles</b>		
▪ relation sexuelle non voulue	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ relation sexuelle non protégée	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes d'érection (ne pas arriver à bander)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

## LES DROGUES ...

### 80 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé l'une des substances ci-dessous ?

<i>Si oui, indiquez à quel âge vous en avez pris pour la première fois</i>	non	oui	pour la première fois à	
▪ cannabis (ou marijuana, haschisch, herbe)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ produit à inhaler (colles, sniff)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ médicament pour se droguer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ mop	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ ecstasy, thaï, speed, designer drugs, autres stimulants	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ LSD (trip), champignons hallucinogènes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ GHB (salty water, drogue des violeurs)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ cocaïne ou crack	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ héroïne	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ tranquillisants sans ordonnance	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ méthadone	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans
▪ autre, laquelle	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→	ans

**81 Au cours des 30 derniers jours, vous est-il arrivé de prendre l'une de ces substances ?**

	jamais	1 ou 2 fois	3 à 9 fois	plus souvent	tous les jours
▪ cannabis (ou marijuana, haschisch, herbe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ produit à inhaler (colles, sniff)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ médicament pour se droguer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ mop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ ecstasy, thai, speed, designer drugs, autres stimulants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ LSD (trip), champignons hallucinogènes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ GHB (salty water, drogue des violeurs)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ cocaïne ou crack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ héroïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ tranquillisants sans ordonnance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ méthadone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ autre, laquelle _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**82 Vous êtes-vous déjà injecté/e de la drogue ?**

oui      non  
1       0

**83 Avez-vous déjà eu un problème après avoir consommé de la drogue ?**

	oui	non
<b>Problèmes individuels</b>		
▪ diminution des performances à l'école, y compris manqué l'école ou le travail	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ objets ou habits endommagés	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ valeurs perdues (argent, ...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ accidents, blessures	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Problèmes relationnels</b>		
▪ querelle, bagarre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec des ami(e)s	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec vos parents	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec vos enseignant(e)s	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problèmes relationnels avec des collègues	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Relations sexuelles</b>		
▪ relation sexuelle non voulue	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ relation sexuelle non protégée	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

...

**84 Voici les opinions de certains jeunes à propos de leurs parents. Qu'en est-il pour vous ?**

<i>(une seule réponse par ligne)</i>	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ mes parents m'acceptent comme je suis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je raconte souvent mes difficultés et mes problèmes à mes parents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mes parents me comprennent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ j'ai confiance en mes parents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mes parents remarquent quand je suis triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mes parents me font confiance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**85 A la recherche de sensations ...**

<i>(une seule réponse par ligne)</i>	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ de temps en temps j'ai besoin de me défouler sans aucune contrainte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je recherche souvent des situations dans lesquelles je peux me donner à fond	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je vais souvent jusqu'aux limites de mes possibilités physiques et psychiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ les sports dangereux me donnent beaucoup de plaisir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ les situations dangereuses m'attirent énormément	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## LE BRUIT ...

- 86 **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà souffert de bruits d'oreille désagréables (ex : sifflements, bourdonnements ou tintements) ou d'une impression de surdité (comme de la ouate dans les oreilles) juste après être resté(e) dans un endroit très bruyant (ex : concert, discothèque, bruit au travail, walkman, etc...) ?**

**oui**      non  
<sub>1</sub>      <sub>0</sub>

**Si oui**, après combien de temps ces bruits désagréables ou cette impression de surdité ont-ils disparu ?

après 24 heures ou moins      après une semaine      ils sont toujours présents  
<sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>

**Si oui**, la dernière fois que vous avez souffert de tels problèmes, dans quelle situation cela a-t-il eu lieu ?

*(plusieurs réponses possibles)*

- <sub>1</sub> concert rock ou pop  
<sub>2</sub> rave party  
<sub>3</sub> discothèque, bar  
<sub>4</sub> évènement sportif (ex : tir, karting)  
<sub>5</sub> walkman (baladeur)  
<sub>6</sub> feux d'artifice, pétards  
<sub>7</sub> lieu de travail  
<sub>8</sub> autre, précisez \_\_\_\_\_

## INTERNET ...

- 87 **Au cours des 30 derniers jours, vous êtes-vous connecté(e) à Internet ?**

**oui**      non  
<sub>1</sub>      <sub>0</sub>

**Si oui**, au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous connecté(e) à Internet ?

*(une seule réponse)*

- <sub>1</sub> tous les jours  
<sub>2</sub> plusieurs jours par semaine  
<sub>3</sub> un jour par semaine  
<sub>4</sub> moins souvent qu'un jour par semaine

Les jours où vous vous connectez, combien de temps passez-vous sur Internet (en moyenne) ?

- <sub>1</sub> moins de 30 minutes  
<sub>2</sub> environ 1 heure  
<sub>3</sub> environ 2 heures  
<sub>4</sub> plus de 2 heures

**88 Au cours des 30 derniers jours, sur quels thèmes avez-vous consulté Internet ?**

(plusieurs réponses possibles)

	oui	non
▪ santé, sexualité, médecine	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ sport	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ loisirs	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ vedettes de cinéma ou personnages connus	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ pornographie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ www.ciao.ch	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ informations liées aux devoirs scolaires	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ autre, précisez _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**89 Sur Internet, avez-vous déjà été confronté(e), sans l'avoir cherché**

	oui	non
▪ à de la pornographie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ à des contenus racistes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ à des contenus incitant à la violence ou à la haine	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ autre, précisez _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**VOS PROJETS ET VOS AMI(E)S ...**

**90 Savez-vous quel métier vous voulez exercer plus tard ?**

	oui	non, pas encore
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<p><b>Si oui</b>, lequel ? _____</p>		

**91 Avez-vous un copain ou une copine avec lequel/laquelle vous pouvez discuter de temps en temps ?**

oui non  
1  0

**92 Voici les opinions de certains jeunes concernant leurs ami(e)s. Qu'en est-il pour vous ?**

(plusieurs réponses possibles)	tout à fait d'accord	assez d'accord	pas tellement d'accord	pas du tout d'accord
▪ j'ai confiance en mes amis/amies	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mes amis/amies m'acceptent comme je suis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ je parle de mes problèmes à mes amis/amies	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mes amis/amies remarquent quand je suis triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

93 Et voilà, vous êtes arrivé(e) au bout du questionnaire ! Franchement, pensez-vous que vos réponses sont suffisamment sincères pour être utilisées ?

oui

non

***Si vous avez des remarques sur le questionnaire, sur la santé, ou des propositions sur ce qu'on pourrait faire, vous pouvez les noter ici :***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Un grand merci de votre collaboration !***





# Dernières parutions

Disponibles sur [www.hospvd.ch/iumsp/](http://www.hospvd.ch/iumsp/)

- N° 92 *Bovet P, Gustafsson S, Ortegren J, Madeleine G, Viswanathan B.* Prevalence of self-reported risk behaviors related to non-communicable diseases among Seychellois aged 15 years and relationships with personal and other characteristics. Lausanne: IUMSP, 2003.
- N° 93 *Samitca S, Huissoud T, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet de l'OMSV 'Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées'. Lausanne : IUMSP, 2003.
- N° 94 *Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B.* Demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud : Analyse des données 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95a *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95b *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.

**Service d'édition et de diffusion - SED  
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine  
et santé communautaires DUMSC  
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne  
Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07  
Téléfax ■ ■ 41 21 314 48 87  
e-mail [claudemuhlemann@hospvd.ch](mailto:claudemuhlemann@hospvd.ch)





Bulletin de commande à

**Service d'édition et de diffusion - SED**

**Hospices cantonaux**

Département universitaire de médecine et santé communautaire

DUMSC

21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone 0041 21 314 70 07

Fax 0041 21 314 70 11

E-mail [claude.muhlemann@hospvd.ch](mailto:claude.muhlemann@hospvd.ch)

**Je désire recevoir**

	n° _____
<b>Auteurs</b>	_____
	_____
	_____
<b>Titre</b>	_____
	_____
	_____
	Nombre d'exemplaires _____
	n° _____
<b>Auteurs</b>	_____
	_____
	_____
<b>Titre</b>	_____
	_____
	_____
	Nombre d'exemplaires _____
	n° _____
<b>Auteurs</b>	_____
	_____
	_____
<b>Titre</b>	_____
	_____
	_____
	Nombre d'exemplaires _____

**A l'adresse suivante**

**Nom et prénom** \_\_\_\_\_

**Institution** \_\_\_\_\_

**Rue** \_\_\_\_\_

**NPA/Ville** \_\_\_\_\_

**Téléphone/téléfax** \_\_\_\_\_





