



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

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

Quoi de neuf depuis 1994 ?

Décembre 2003

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



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



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



Préface

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

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

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

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

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

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

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

Nicole MARÉCHAL

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



Rédaction

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

Editeur responsable
Danielle PIETTE

Coordination
Florence PARENT

Photos
Stéphane De BROYER

Mise en page
Nathalie da COSTA MAYA
CDCS asbl

Diffusion
Anne-Sylvie LADMIRANT
Spéciose NIBASENGE
CDCS asbl

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

Brochure diffusée gratuitement grâce à la Communauté française de Belgique.

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

Dépôt légal : D/2003/8119/1

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



Remerciements

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

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

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

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

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

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

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

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

Professeur Danielle PIETTE

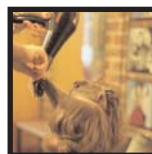


[Table des matières



VARIABLES, ABRÉVIATIONS ET CONCEPTS STATISTIQUES

..... page 6



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

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

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



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

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

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

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



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

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

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



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

Chapitre 1. Bien-être et perception de la santé

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

Chapitre 2. Nutrition et sédentarité

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

Chapitre 3. Conduites à risque

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

Chapitre 4. Vie affective et sexuelle et prévention du sida

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

Chapitre 5. Vivre à l'école

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

Chapitre 6. Accidents, violences et traumatismes

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



CONSTATS ET LIGNES DE FORCE

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

..... page 104



RÉFÉRENCES

Références citées dans les textes ainsi que quelques sites internet.

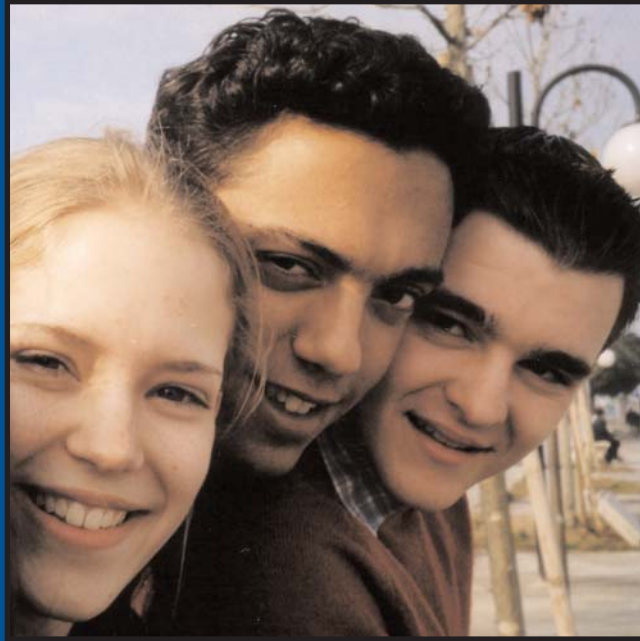
..... page 108



ADRESSES

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

..... page 110



[Variables, abréviations et concepts statistiques

► LISTE DES VARIABLES ÉTUDIÉES, PAR CHAPITRE

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

[1] Bien-être et perception de la santé

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

[2] Nutrition et sédentarité

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

[3] Conduites à risque

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

[4] Vie affective et sexuelle et prévention du sida

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

[5] Vivre à l'école

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

[6] Accidents, violences et traumatismes

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

PARTIE 2 : «PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DES ÉLÈVES»

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

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

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

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

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

► LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

ISSP : Institut de Santé Publique

Centre PMS : centre Psycho-Médico-Social

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

OR : odds ratio

RC : rapport de cotes

► LISTE DES CONCEPTS STATISTIQUES UTILISÉS

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

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

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

Proportions standardisées :

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

Statistiques descriptives :

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

Stratification :

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

Signification statistique (▲) :

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



[Introduction générale

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

Pages 14 à 89.

1. CADRE DE RÉFÉRENCE

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

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

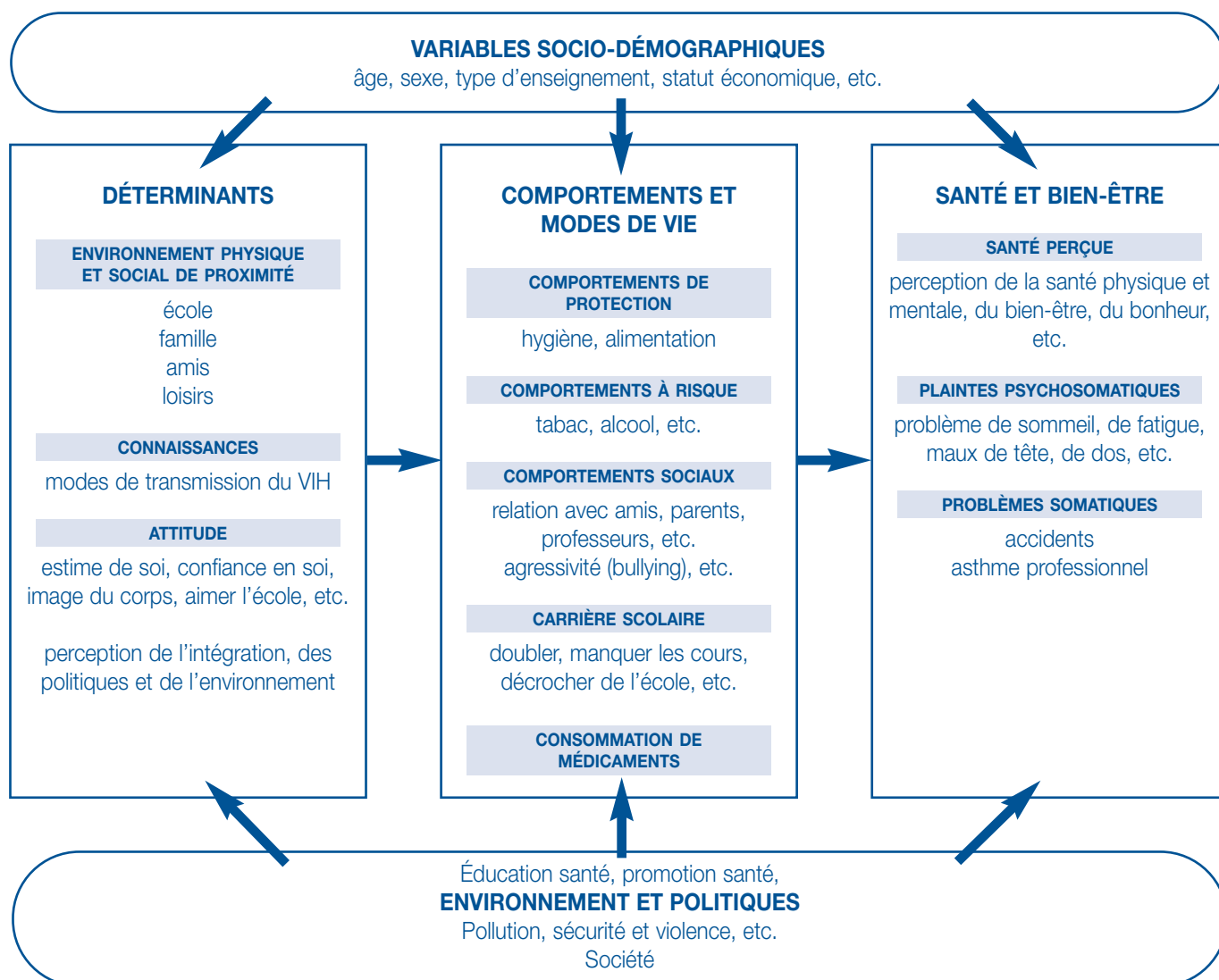
autres environnements comme la famille ou le cercle d'amis. La collecte des informations doit être répétée de manière standardisée pour permettre l'analyse des trajectoires de vie et pour que les effets à long terme puissent être identifiés et compris.

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

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

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

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



D. Piette ULB-PROMES

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

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

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

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

2. MÉTHODOLOGIE ET ÉCHANTILLON

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

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

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

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

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

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

La répartition par âge est présentée dans le tableau I.

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

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

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

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

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

Ces différents thèmes sont abordés selon deux axes :

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

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

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

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

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

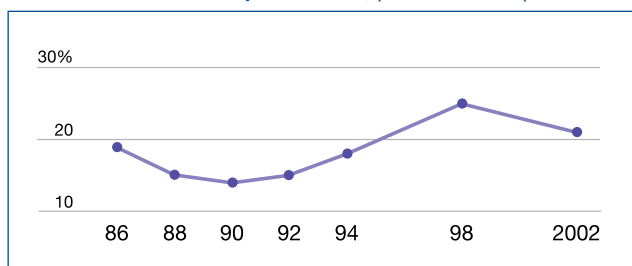
Tableau I : échantillon de l'étude «Santé et bien-être des jeunes» par année d'enquête et par âge.

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

L'évolution dans le temps

Exemple

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



Lecture

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

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

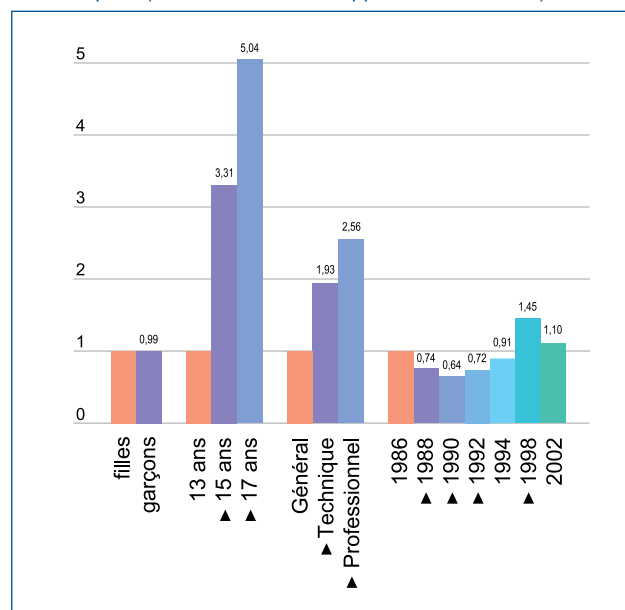
Concept statistique

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

L'analyse multivariée

Exemple

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



Lecture

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

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

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

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

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

Concepts statistiques

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

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

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

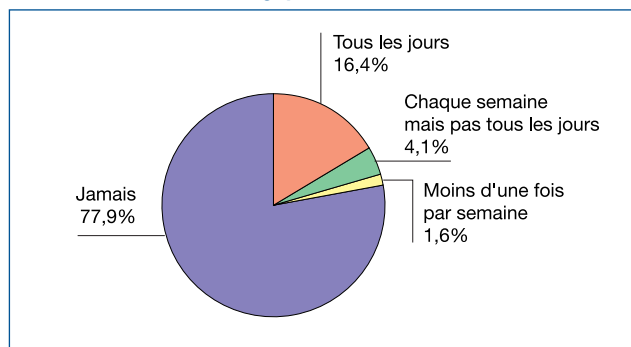
Si la valeur est inférieure à «1», c'est que le risque est plus faible dans ce groupe que dans le groupe de référence.

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

Graphique de distribution

Exemple

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



Lecture

La lecture de ce graphique permet d'observer :

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

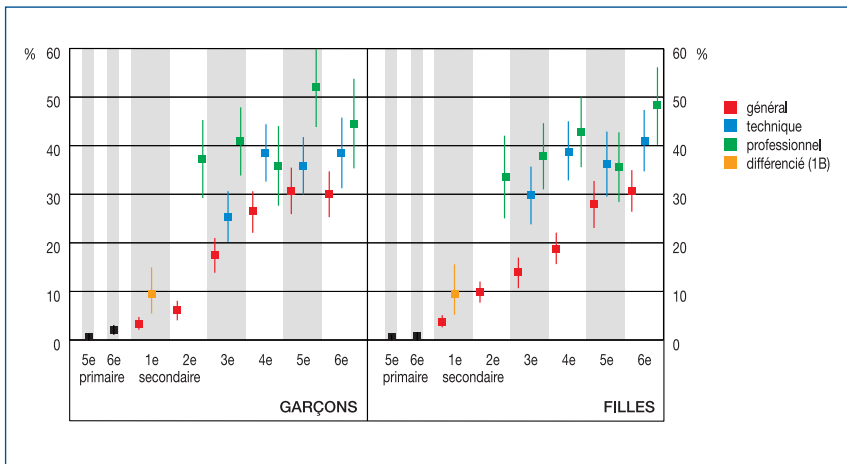
Concept statistique

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

Stratification par sexe, classes et type d'enseignement

Exemple

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



Lecture

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

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

Concepts statistiques

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

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

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

Pages 90 à 95.

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

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

Pages 96 à 103.

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