



DOSSIER DE PRESSE

LE 25 JUIN 2004

PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS DE SANTE DES 12-25 ANS VIVANT EN FRANCE

Synthèse nationale et
Données régionales

Alsace
Nord – Pas de Calais
Pays de la Loire
Picardie

CONTACT PRESSE

INPES - Sophie Decroix, 01 49 33 23 06, sophie.decroix@inpes.sante.fr

Synthèse nationale

Présentation de l'enquête

De quoi s'agit-il ?

Le Baromètre santé est la principale enquête nationale répétée sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances des Français en matière de santé réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Pourquoi ?

Connaître les pratiques de la population en matière de comportements de santé (expérimentation, prise de risque, protection...) contribue à la définition des priorités de santé publique, à la mise en place des programmes nationaux de prévention et de promotion de la santé et à l'identification de populations particulièrement vulnérables.

Comment ?

Cette connaissance des pratiques et des perceptions se fait par le biais d'une enquête répétée régulièrement depuis 1992. Le recueil des données se fait par téléphone de façon rigoureuse selon un protocole d'enquête commun à ceux mis en œuvre par l'Inserm dans le cadre de ses enquêtes. Au total, près de 18 000 personnes âgées de 12 à 75 ans ont participé à cette étude. **L'étude présentée ici porte sur les 12-25 ans, soit 2 765 adolescents et jeunes. Des comparaisons interrégionales sont pour la première fois présentées.**

Sur quels thèmes ?

- Activité sportive
- Vaccination
- Tabac
- Alcool
- Pensées suicidaires et tentatives de suicide
- Violence et prise de risque
- Activité sexuelle, contraception, IST
- Drogues illicites
- Consommation de soins et de médicaments
- Accidents

Partenaires

CNAMTS, Ministère de la santé (DREES, DGS), MILDT, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Haut Comité de la santé publique, Fédération Nationale de la Mutualité Française, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS), ORS Alsace, ORS Nord-Pas-de-Calais, ORS Pays de la Loire, ORS Picardie

Et ensuite ?

A venir : publication des données complètes de l'enquête Baromètre santé nutrition 2002 (octobre 2004).

La prochaine enquête doit avoir lieu à partir d'octobre 2004 auprès d'environ 15 000 personnes de 12-75 ans.

La pratique sportive, composante majeure de l'activité physique des jeunes

Mortalité estimée liée à une insuffisance de l'activité physique : 12 % des décès américains seraient attribuables à une insuffisance d'une pratique régulière d'activité physique [Paffenbarger, N. Engl. J. Med. 1986]

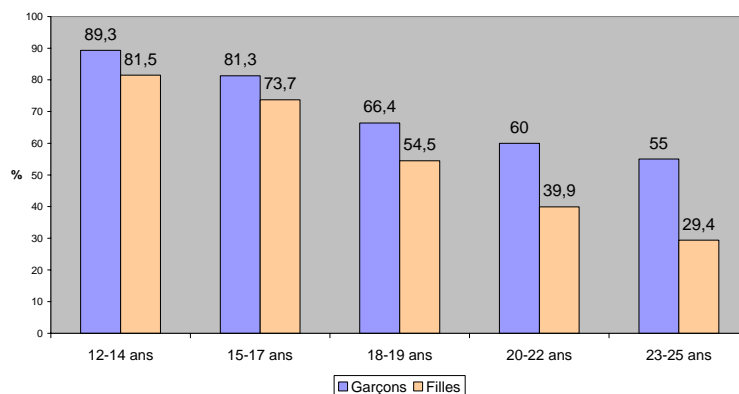
Rappel Programme National Nutrition Santé (PNNS) :
préconisation d'une activité physique équivalente à ½ heure de marche rapide par jour

Le sport est fortement présent dans la vie des jeunes puisque, parmi les 12-25 ans, près des 2/3 d'entre-eux (64,2 %) disent en avoir pratiqué au moins un au cours de la semaine qui vient de s'écouler, les garçons plus que les filles (71,3 % versus 56,5 %). Lorsque l'on regarde les données dans le détail, ce portrait d'une jeunesse sportive est remis en question. En effet, à partir de 21 ans, un jeune sur deux déclare ne pas avoir fait d'activité sportive dans la semaine. Cette baisse du pourcentage de pratiquants avec l'âge est particulièrement forte pour les filles ; entre 12-19 ans et 20-25 ans : diminution de 52,0 % de pratiquantes chez les filles contre diminution de 28,5 % chez les garçons.

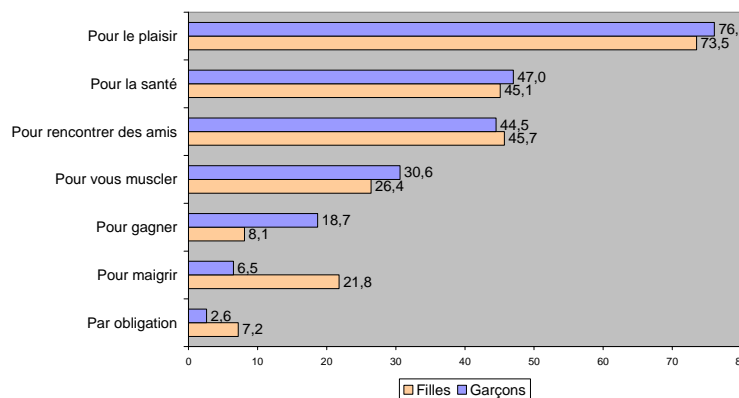
Plusieurs raisons peuvent expliquer cette baisse. Il y a tout d'abord une raison que l'on pourrait qualifier de mécanique : les filles déclarent plus souvent faire du sport par obligation (7,2 % vs 2,6 %). Avec la disparition du sport obligatoire après le lycée, on assiste à une diminution spectaculaire de la pratique sportive dans le cadre de l'enseignement supérieur où le sport est souvent optionnel, d'autant plus forte chez les filles qu'elles étaient plus nombreuses à dire faire du sport en raison de son caractère obligatoire.

Ensuite, lorsque l'on regarde les motivations affichées pour la pratique d'un sport, les trois premières sont : le plaisir (74,9 %), la santé (46,2 %) et la rencontre avec des amis (45,0 %). Avec l'âge, on peut penser qu'un phénomène de multiplication et de diversification des sources de plaisir et de rencontre amicale s'opère. En particulier, le passage à l'enseignement supérieur pour les uns, et le passage à la vie active pour les autres ne sont pas sans conséquences sur la diminution de l'importance accordée à la pratique sportive. Ce peut être dès lors, une recherche de plaisir qui passe aussi par la pratique d'activités culturelles, la rencontre amoureuse. Sans pour autant adopter une position de rejet vis-à-vis du sport, on pourrait dire qu'après le lycée le sport est moins une priorité, d'autant plus que concernant la pratique motivée par la recherche d'une meilleure santé, nous nous situons à des âges de la vie où une absence d'activité sportive est sans conséquence visible sur le sentiment de se sentir ou non en forme.

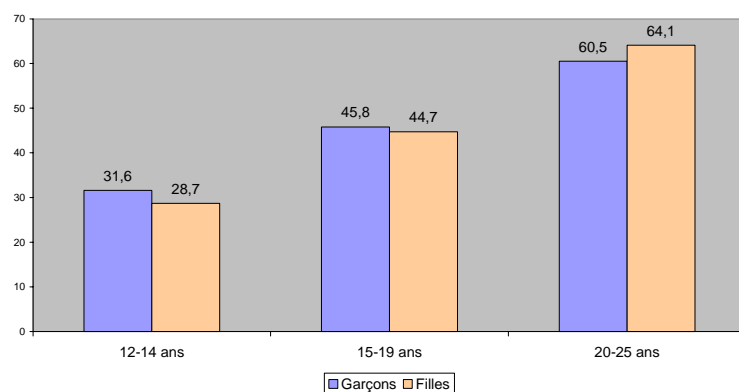
Proportion de jeunes déclarant avoir pratiqué un sport au cours des sept derniers jours selon l'âge (en pourcentage)



Motivations à la pratique d'un sport selon le sexe parmi les pratiquants (en pourcentage)



Proportion de jeunes déclarant faire du sport pour la santé selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Loi Evin : son respect et le sentiment de son respect

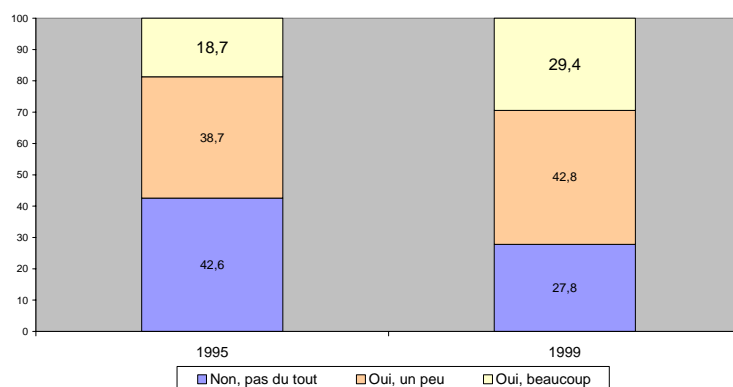
Mortalité estimée liée au tabagisme passif :
entre 2 500 et 3 000 décès par an selon l'Académie de Médecine [Rapport du Groupe de travail sur le tabagisme passif – DGS]

69,8 % des jeunes de 12-25 ans se déclarent gênés par la fumée des autres : 28,9 % beaucoup et 40,9 % un peu. Plus d'un fumeur sur deux se dit gêné par la fumée des autres et plus des $\frac{3}{4}$ des non-fumeurs. Ce sentiment est plus fort parmi les adolescentes : 78,4 % pour les non-fumeuses et 60,8 % chez les fumeuses. Depuis 1995, on constate une augmentation significative des déclarations de gêne occasionnée par la fumée de cigarette. La loi Evin est perçue par les jeunes comme moins bien suivie dans les bars et les cafés que sur le lieu d'étude ou de travail et dans les restaurants.

Les zones non-fumeurs les moins bien respectées par les jeunes fumeurs sont celles situées dans les bars et les cafés, dans les lieux d'étude et dans les lieux publics : ils sont en moyenne $\frac{1}{4}$ à déclarer fumer dans ces lieux. Si près d'un jeune fumeur sur deux (49,6 %) déclare qu'il lui arrive d'allumer une cigarette dans un espace non-fumeurs, la loi Evin semble, au fil des ans, de mieux en mieux respectée.

Les jeunes fumeurs sont 53,8 % à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer et disent souvent avoir tenté de stopper leur consommation (66,2 % durant au moins une semaine). Ce passage à l'acte vers l'arrêt est projeté pour eux dans un avenir mal défini, car beaucoup pensent qu'ils gardent toute leur liberté vis-à-vis de ce produit. Ce sentiment, combiné à des conséquences pour la santé perçues comme relativement éloignées, font que l'engagement dans un processus d'arrêt est particulièrement difficile à ces âges. C'est pourquoi des facteurs d'environnement, comme le prix du tabac ou l'interdiction de la publicité directe ou indirecte, jouent un rôle primordial dans ce processus d'abandon. L'enjeu principal reste donc que le moins de jeunes possible entrent précocement dans le tabagisme.

Gêne occasionnée par la fumée des autres parmi les 18-25 ans (en pourcentage)



Respect des zones non-fumeurs selon les lieux (en pourcentage)

18-25 ans	1993	1995	1999
Lieu de travail	19,7	20,4	18,5
Ecole, lycée, université	-	-	26,9
Transports	12,1	6,5	7,6
Restaurants *	22,4	20,7	11,2
Bars, cafés *	43,1	32,1	27,0
Lieux publics	29,7	32,7	25,2

12-19 ans	1997	1999
Lieu de travail	21,5	17,7
Ecole, lycée, université*	34,0	24,4
Transports	11,7	10,6
Restaurants*	15,7	8,9
Bars, cafés*	33,6	27,1
Lieux publics*	29,8	24,8

* différence statistiquement significative

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide dramatiquement stables

Mortalité par suicide : environ 10 000 par an (Inserm)

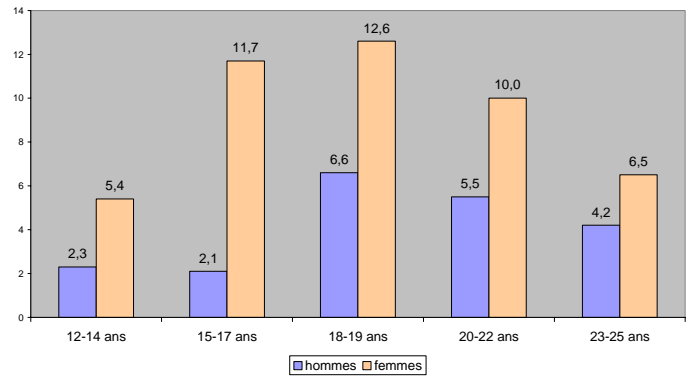
En 1999, 3,9 % [2,7-5,1] de jeunes hommes et 9,0 % [7,3-10,7] de jeunes femmes de 12-25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Tous âges confondus (12-75 ans), ce sont les adolescentes de 18-19 ans qui sont les plus nombreuses à être dans ce cas (12,6 %). Pour les garçons, les pourcentages sont toujours inférieurs à ceux des adolescentes, avec un maximum chez les 18-19 ans (6,6 %). Ce taux est ensuite stable, autour de 5 % jusqu'à 65 ans. Avoir des pensées suicidaires se retrouve plus fréquemment chez les filles, les personnes victimes d'abus sexuels, les jeunes ayant des problèmes d'alcool-dépendance, les consommateurs répétés de cannabis, les personnes déclarant avoir pris un risque par plaisir ou par défi et les personnes ayant consommé des somnifères/tranquillisants ou des antidépresseurs. Il est très difficile de définir parmi ces facteurs associés ceux qui relèvent du symptôme (par exemple, la prise d'antidépresseur et les pensées suicidaires peuvent constituer deux expressions différentes d'un même mal être), de ceux qui relèvent d'une relation « cause-conséquence » (par exemple, les abus sexuels peuvent être la cause des pensées suicidaires). Pour le risque d'alcool-dépendance le lien peut être double.

La moitié environ des jeunes qui ont eu des pensées suicidaires déclare en avoir parlé à quelqu'un (47,5 %). Les principaux interlocuteurs cités sont les amis du même sexe (43,3 %), les amis du sexe opposé (23,4 %), la mère (22,8 %), le psychologue (20,5 %). Plus loin arrivent le père (9,4 %) et le médecin (6,3 %).

Le pourcentage de jeunes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie est de 4,6 % [3,7 - 5,5], les filles davantage que les garçons (6,5 % vs 2,7 %). Lors de la dernière tentative, la prise en charge s'est faite de la manière suivante : 36,5 % sont allés à l'hôpital, 42,5 % ont été suivis par un professionnel de la santé mentale.

La parole de l'adolescent en souffrance est possible, puisque près de la moitié des jeunes disent en avoir parlé autour d'eux. Mais ceux à qui ces mots ont été adressés sont-ils en capacité de répondre à la demande qu'ils sous-tendent ? Les pairs, la famille, en particuliers les parents sont-ils prêts à jouer ce rôle ? Par ailleurs, si 50 % des jeunes ont parlé de leurs idées de suicide, cela veut dire aussi que la moitié n'a pas trouvé d'interlocuteur ou n'a pas souhaité ou su s'exprimer à ce sujet. A ceux-là, il est nécessaire d'ouvrir les portes, de donner des adresses, d'offrir une aide spécialisée. Là encore, les résultats de cette étude montrent que c'est possible : un jeune sur quatre a trouvé un interlocuteur auprès d'un psychologue ou d'un médecin. Il est donc important de poursuivre un maillage efficace du territoire national pour que le jeune en proie à de telles difficultés trouve facilement, là où il vit, un interlocuteur de première intention qui puisse l'orienter vers un professionnel.

Pensées suicidaires selon le sexe et l'âge

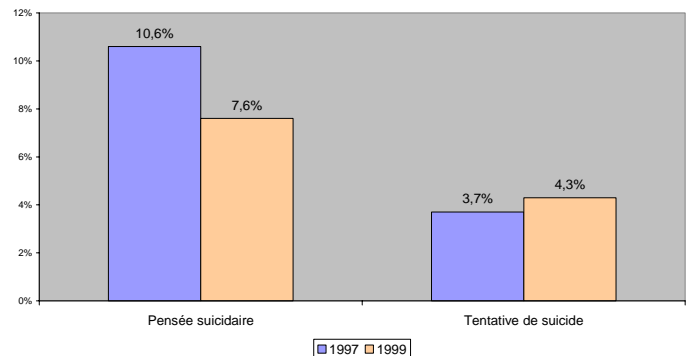


Déclaration de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Sexe	Pourcentage
Homme	3,9
Femme	9,0 *
Consommation de cannabis répété	
Non	5,4
Oui	13,3*
Prise de risque	
Non	5,5
Oui	11,6*
Prise de tranquillisants/somnifères	
Non	5,0
Oui	22,5*
Prise d'antidépresseurs	
Non	5,1
Oui	35,0*
Abus sexuel	
Non	6,6
Oui	22,5*
Violence subie	
Non	5,8
Oui	12,5*
Dépendance alcoolique (Test DETA)	
Non	5,8
Oui	15,6*

* différence statistiquement significative

Pensées suicidaires et tentatives de suicide parmi les 15-19 ans en 1997 et 1999 (en pourcentage)



Une stabilisation des actes de violence

Parmi l'ensemble des 12 à 25 ans interrogés, 7,2 % déclarent avoir porté des coups au cours des douze derniers mois et 8,2 % en avoir reçu. 1,4 % des personnes ayant subi des actes de violence dit avoir été frappé ou blessé par une arme blanche et 12,2 % par un autre objet ; une majorité (79,7 %) l'ayant été par les mains.

Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à affirmer avoir porté des coups (10,4 % vs 3,7 %) ou en avoir reçu (10,9 % vs 5,3 %). Le lien existant entre frapper et avoir frappé est différent selon le sexe : près d'un garçon sur deux ayant reçu un coup (47,4 %) en a porté un lui-même, alors que pour les filles, c'est une sur cinq (20,3 %). Dans près de quatre cas sur cinq (78,7 %), les filles ont fait l'objet de violence de la part d'une seule personne, alors que c'est seulement le cas de 55,6 % des garçons. 44,4 % de ces derniers déclarent qu'ils ont été frappés ou blessés physiquement par un groupe de personnes. Ces résultats laissent donc penser que les filles sont moins impliquées dans des bagarres que les garçons et plus souvent victimes dans le cadre de relations interindividuelles.

Aucune différence significative n'est observée depuis 1997 : les proportions des 12-19 ans déclarant avoir frappé ou avoir été frappées au cours des douze derniers mois étaient, comme en 1999, proches des 8,0 %.

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans, 2,2 % déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés au cours de leur vie : 0,4 % des garçons et 4,1 % des filles. Pour près de trois sur cinq (59,5 %), cela leur est arrivé une fois, pour 21,1% deux ou trois fois, pour 14,4 % quatre fois ou plus, et 5,0 % ne disent pas combien.

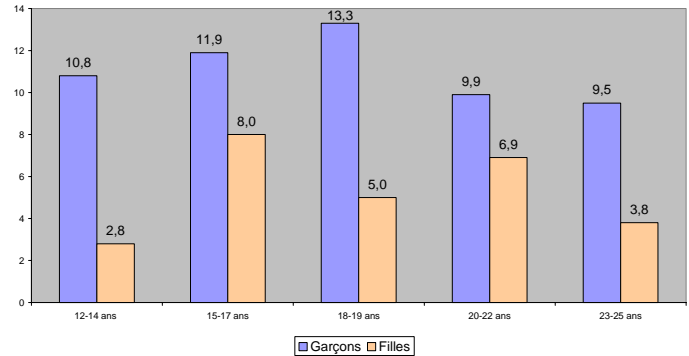
En 1999, 2,2 % des jeunes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir été victimes de rapports sexuels forcés versus 1,7 % en 1997.

De façon générale, l'implication des jeunes hommes dans les violences interpersonnelles est très largement prédominante. C'est entre 12 et 17 ans que les garçons déclarent commettre le plus souvent des actes de violence, avec plus d'un jeune sur dix (13,8 %) qui dit avoir frappé quelqu'un au cours de l'année écoulée. Une grande différence existe aussi entre les adolescents et les adolescentes en ce qui concerne les circonstances de ces violences. Dans de nombreux cas, les violences subies par les jeunes hommes se situent dans le cadre de bagarres à plusieurs, avec réciprocité des coups (frappé et être frappé), alors que les filles sont, le plus souvent, victimes d'une seule personne. De façon générale, les garçons sont plus souvent dans des actes visibles et actifs, liés à des prises de risques extériorisées en groupe. Les filles, quant à elles, sont plus régulièrement en situation de victimes avec un lien qui est à faire avec les pensées suicidaires déclarées plus fréquemment chez elles.

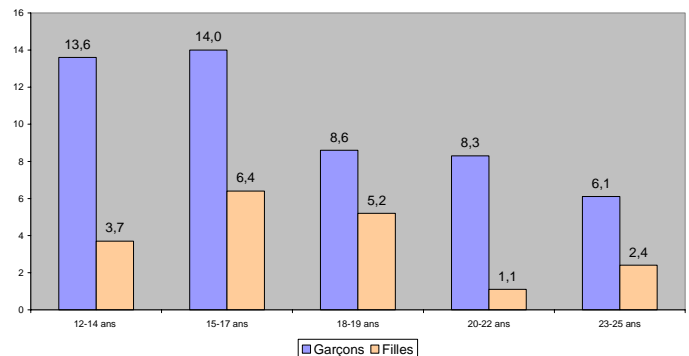
Les recherches en santé publique abordent de plus en plus fréquemment la violence de façon globale. La prévention en matière

de santé tient alors toute sa place à côté d'autres stratégies relevant de domaines différents et complémentaires : actions sur l'environnement physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel.

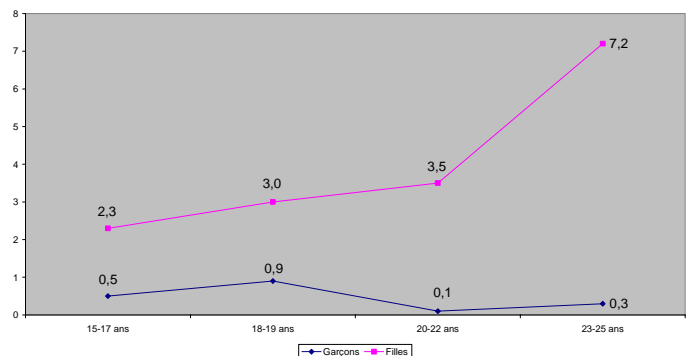
Personnes ayant été frappées ou blessées physiquement au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Personnes ayant frappé quelqu'un au cours des douze derniers mois selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Personnes déclarant avoir subi dans leur vie au moins un rapport sexuel forcé, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Un usage du préservatif qui stagne et un recours important à la pilule du lendemain

Mortalité par sida : environ 700 en 2002 selon l'InVS (BEH)

Plus des deux tiers (69,2 %) des 15-25 ans interrogés déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, sans différence significative selon le sexe. Si moins d'une personne sur six est sexuellement active à 15 ans, 96,7 % le sont à 25 ans. La médiane se situe légèrement après 17 ans, ce qui est très proche du résultat obtenu dans le Baromètre santé jeunes 97/98 chez les 15-19 ans et dans d'autres études.

Près de quatre jeunes sur cinq (79,6 %) déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Des différences apparaissent selon l'âge des adolescents. Les plus jeunes au moment de l'enquête ont déclaré plus fréquemment que les autres avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport : 89,8 % des 15-19 ans *versus* 75,1 % des 20-25 ans. Par ailleurs, la proportion d'utilisateurs, peu importante avant 1992, augmente significativement jusqu'en 1996 et reste ensuite assez stable, semblant avoir atteint un seuil qui se situe autour de 85,0 %.

Entre le Baromètre santé de 1997 et celui de 1999, aucune différence significative n'est observée quant à l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel. Une augmentation est observée concernant la crainte du virus pour soi-même : 40,8 % des jeunes de 12 à 19 ans interrogés en 1997 *vs* 44,8 % en 1999.

Le recours à la pilule du lendemain n'est pas exceptionnel : 13,9 % des filles de 15 à 25 ans sexuellement actives ont déjà eu l'occasion d'utiliser cette contraception d'urgence au cours de leur vie. Les réponses des garçons sont concordantes, puisque 15,4 % affirment spontanément que leur partenaire l'a déjà utilisée (alors que 7,9 % ont déclaré « *ne pas savoir* »).

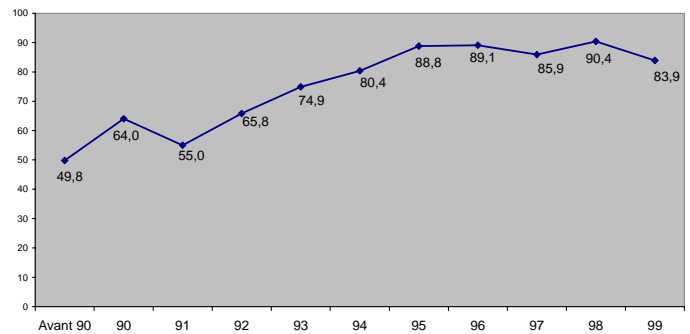
La majorité des jeunes femmes s'est procurée la pilule du lendemain sur ordonnance de son médecin (42,3 %) ou d'un autre médecin (24,7 %). 10,0 % d'entre elles l'ont obtenue auprès du planning familial, 9,4 % l'ont achetée directement en pharmacie, 4,0 % avaient déjà une plaquette de pilules et pour 3,7 % d'entre elles, c'est une amie qui la leur a donnée. Certaines différences apparaissent selon l'âge : avant 20 ans, une part plus importante s'est procurée la pilule auprès du planning familial ou auprès d'une amie alors qu'après 20 ans, une grande partie s'est fait prescrire la pilule par un médecin.

7,5 % des filles de 15 à 25 ans sexuellement actives déclarent avoir déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce taux est significativement plus élevé parmi les 23-25 ans (10,4 %) que chez les plus jeunes filles (5,9 %).

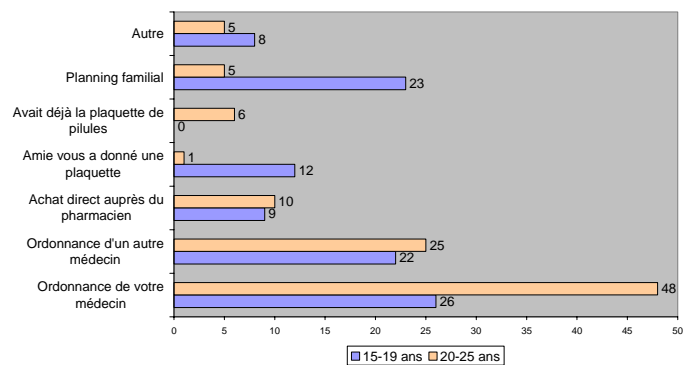
Le recours fréquent à la pilule du lendemain et l'existence d'une population importante de jeunes filles qui ont eu recours à l'IVG soulignent qu'un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation est nécessaire. Il pourrait :

- s'appuyer sur des travaux approfondis explorant de façon plus analytique la sexualité des jeunes, la place qu'elle occupe comme facteur ou non de bien-être, d'épanouissement voire d'insertion dans la société adulte ;
- bénéficier de travaux de recherche évaluative sur les approches en éducation sexuelle qui ont fait leur preuve en termes de qualité et d'efficacité. Un premier travail significatif a été fait dans ce sens avec l'expertise collective Inserm sur l'éducation pour la santé et les jeunes, qui traite des comportements sexuels à risque. Il reste à exploiter les travaux existants sur l'éducation sexuelle en général.

Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, selon l'année du premier rapport (en pourcentage)



Provenance de la pilule du lendemain, selon l'âge et pour le dernier usage (en pourcentage)



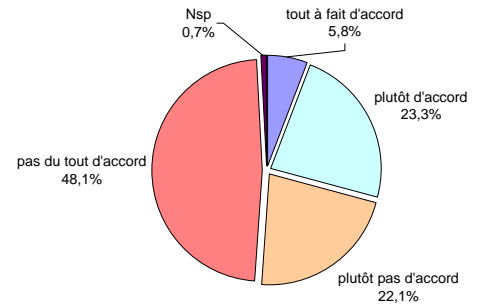
Désaccord massif pour la mise en vente libre du cannabis

Les jeunes de 15 à 25 ans ont été invités à donner leur opinion sur la législation à l'égard de deux produits psychotropes : l'héroïne et le cannabis. Pour ce dernier, deux formulations de questions ont été utilisées. La première moitié de l'échantillon devait se prononcer sur l'item : « Il faut mettre les drogues douces en vente libre », l'autre moitié : « La consommation de cannabis ou de haschisch devrait être autorisée ». Au final, les résultats montrent une différence légère mais significative, avec plus de jeunes « tout à fait » d'accord lorsque la seconde formulation était utilisée. Dans tous les cas, 30 % environ des 15-25 ans déclarent être d'accord (« tout à fait » et « plutôt ») avec l'autorisation de consommer du cannabis. Pour l'héroïne, la question portait sur l'autorisation de la consommation. La proportion d'avis favorables n'atteint pas 1 % et 92,3 % se disent « pas du tout » d'accord.

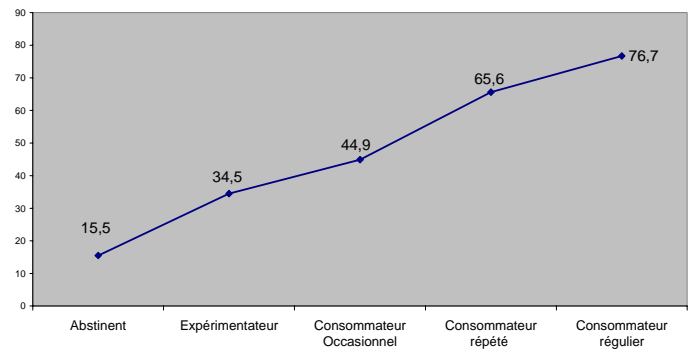
Affirmer être d'accord avec une législation plus souple envers le cannabis varie significativement selon différents facteurs. Les garçons, les personnes s'étant déjà vu proposer du cannabis et ceux inscrits dans un établissement scolaire (collège, lycée, université, etc.) sont plus nombreux à déclarer être de cet avis. Plus la consommation de cannabis est importante, plus la probabilité d'être en accord avec la proposition énoncée est grande.

La relative banalisation de la consommation de cannabis dans la population adolescente n'entraîne pas chez les jeunes un souhait fort de légalisation (sauf pour la faible proportion de consommateurs répétés ou réguliers de cannabis). Les deux tiers d'entre eux se déclarent opposés à la mise en vente libre.

Opinion à l'égard de la mise en vente libre des drogues douces (en pourcentage)



Opinion favorable à la mise en vente libre des drogues douces selon la consommation de cannabis déclarée (en pourcentage)



Comportements de santé : quatre régions à la loupe

Pour la première fois, les comportements de santé des jeunes de 12 à 25 ans ont été étudiés à travers le Baromètre santé dans quatre régions françaises. Cette enquête livre des surprises et des interrogations. Ainsi, par exemple, les régions où la consommation de tabac est la plus élevée n'ont pas forcément les taux de mortalité ou de prévalence de cancers les plus élevés ; il en est de même pour l'alcool. Plus généralement, cette enquête délivre des informations utiles pour mettre en œuvre des politiques de prévention et d'éducation à la santé.

De nombreuses données sont nécessaires pour appréhender globalement l'état de santé d'une population : morbidité, comportements à risque (risques liés à la consommation ou à l'abus de substances psycho-actives, à des pratiques sexuelles, à la conduite automobile ou de deux-roues, etc.), facteurs de risque (obésité), conditions de vie et de travail (logement, accès au système de soins, etc.), qualité de l'environnement et qualité de vie. Dans la pratique, les indicateurs de mortalité demeurent relativement les seuls éléments permettant de comparer la situation entre les régions françaises.

L'analyse de l'état de santé au travers d'indicateurs de mortalité et même de recours au système de soins ne peut être que parcellaire. De plus, pour les maladies chroniques, les décès peuvent n'intervenir que plusieurs années après l'apparition de la pathologie, qui elle-même peut être la résultante de comportements à risque ou d'expositions datant de plusieurs dizaines d'années. Il en va ainsi en particulier des maladies liées à la consommation de tabac ou d'alcool. La mortalité ne donne par conséquent qu'une image tardive de la réalité sanitaire d'une région.

Un portrait régional inédit

Le Baromètre santé 2000 présente, de ce point de vue, une grande avancée dans la connaissance des réalités sanitaires des quatre régions concernées : **Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie**. Complétant les sources de données régionales, parcellaires et hétérogènes, cette enquête permet de broser un portrait des comportements de santé propres de ces régions. Réalisée, par les observatoires régionaux de la santé, sur les 12-25 ans, elle éclaire des points encore mal connus.

Si l'on se réfère aux données de mortalité habituellement retenues, le Nord – Pas-de-Calais présente la situation la plus défavorable de l'ensemble du territoire métropolitain, avec une mortalité supérieure de 21 % à la moyenne nationale. Les positions de la Picardie et de l'Alsace ne sont guère plus enviables, ces deux régions se situant respectivement aux deuxième et cinquième rangs des régions les moins bien classées. Quant aux Pays de la Loire, si leur situation est nettement moins défavorable dans la mesure où ils présentent des taux de mortalité équivalents à la moyenne nationale, elle ne peut être considérée comme satisfaisante au regard des taux bien plus faibles observés dans le sud de la France.

Des résultats surprenants

TABAC

Les données présentées dans ce Baromètre santé (volumes 3.1 et 3.2) apportent un nouvel éclairage, quelques confirmations mais aussi leur lot de surprises. La consommation de tabac est de ce point de vue exemplaire. Si l'on s'en tient aux données de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, la situation du Nord – Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure, celles de la Picardie et de l'Alsace sont tout à fait préoccupantes. Ces trois régions enregistrent en effet pour les hommes — qui représentent 85 % des décès par cancer du poumon en 1999 — des taux de mortalité significativement supérieurs à la moyenne française, alors qu'à l'inverse, la mortalité des Pays de la Loire est l'une des plus faibles du territoire. Force est de constater qu'en matière de consommation de tabac des 12-25 ans, la situation est sensiblement différente. En effet, si l'on prend en référence la proportion de jeunes consommant quotidiennement du tabac, le Nord – Pas-de-Calais est, des quatre régions enquêtées, celle qui présente les taux de consommation les plus faibles, inférieurs même à la moyenne nationale, alors que la consommation dans les Pays de la Loire se situe sensiblement au-dessus de cette moyenne. La Picardie est, à peu de choses près, au niveau des Pays de la Loire.

Tabagisme régulier selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Nord_Pas-de-Calais = 1)

Alsace	1,2
Nord_Pas-de-Calais	1
Pays de la Loire	1,7*
Picardie	1,7*

* : augmentation statistiquement significative.

Consommer plus de 5 cigarettes par jour selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Nord - Pas-de-Calais = 1)

Alsace	1,1
Nord_Pas-de-Calais	1
Pays de la Loire	1,3
Picardie	1,4*

* : augmentation statistiquement significative.

Craindre les maladies liées au tabac chez les non-fumeurs selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Alsace = 1)

Alsace	1
Nord_Pas-de-Calais	1,5*
Pays de la Loire	1,4*
Picardie	1,2

* : augmentation statistiquement significative.

ALCOOL

En ce qui concerne l'alcool, le même décalage existe entre l'image que l'on se fait de la situation sanitaire d'une région à partir des données de mortalité et l'image que l'on s'en fait à partir des données de comportements de santé du Baromètre santé 2000. Ainsi, le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie enregistrent des taux de mortalité nettement plus élevés que l'Alsace et les Pays de la Loire pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose et psychose alcoolique), alors que c'est dans ces deux dernières régions que l'on observe les consommations les plus élevées chez les jeunes.

Avoir bu plus de 5 verres le dernier samedi selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Nord_Pas-de-Calais = 1)

Alsace	1,5*
Nord_Pas-de-Calais	1
Pays de la Loire	2,0*
Picardie	1,2

* : augmentation statistiquement significative.

Avoir eu au moins 3 ivresses au cours de l'année selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Nord_Pas-de-Calais = 1)

Alsace	1,5*
Nord_Pas-de-Calais	1
Pays de la Loire	2,3*
Picardie	1,2

* : augmentation statistiquement significative.

Ces constats autour des conduites addictives soulèvent naturellement des interrogations. Ainsi, aujourd'hui existe-t-il des différences entre les régions sur l'évolution des comportements ? Cette seule enquête ne permet bien évidemment pas d'y répondre. Mais si ces différences existent, vont-elles modifier dans les années à venir le rapport entre les régions vis-à-vis de la mortalité pour les causes liées à la consommation d'alcool et de tabac ?

Prendre en compte la qualité de vie

Si les Pays de la Loire présentent des indicateurs moins favorables en matière de consommation de tabac et d'alcool que les trois autres régions étudiées, la santé ne peut se mesurer qu'à ces seuls comportements. Ainsi, le bien-être et la qualité de la vie méritent que l'on s'y attarde. Ce ne sont plus alors les Pays de la Loire qui se distinguent des autres régions par des indicateurs négatifs, mais la Picardie où l'on consomme, en effet, plus d'antidépresseurs et où l'on déclare plus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide que dans les autres régions, en particulier l'Alsace. La perception subjective de son état de santé ou encore le surpoids sont en outre des indicateurs de santé moins bons dans le Nord de la France.

Ne pas se trouver bien portant selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Pays de la Loire = 1)

Alsace	1,6*
Nord_Pas-de-Calais	7,4*
Pays de la Loire	1
Picardie	4,2*

* : augmentation statistiquement significative.

Avoir un poids supérieur à la normale selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Pays de la Loire = 1)

Alsace	1,5*
Nord_Pas-de-Calais	1,6*
Pays de la Loire	1
Picardie	1,7*

* : augmentation statistiquement significative.

Dans le domaine des conduites addictives, c'est la première fois que les décideurs et les professionnels de terrain peuvent à la fois disposer d'informations sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, mais aussi sur la perception par les jeunes des risques liés à ces conduites.

Si le Baromètre santé 2000 ne permet pas d'expliquer pourquoi la consommation de tabac est si élevée en Pays de la Loire, il est intéressant de noter que les jeunes de cette région expriment une moindre perception de la dangerosité du tabac que les jeunes du Nord ou de l'Est, alors que paradoxalement, ils se sentent particulièrement bien informés sur ce sujet.

De la même façon, les jeunes des Pays de la Loire qui sont les plus nombreux à déclarer une consommation élevée d'alcool sont aussi ceux dont les repères par rapport aux seuils de dangerosité de consommation s'avèrent les moins restrictifs. On mesure donc, à travers ces quelques exemples, les éléments que les acteurs de terrain peuvent retirer d'une telle source d'information localisée, pour monter des projets d'éducation pour la santé avec des jeunes.

Des risques perçus différemment

La partie consacrée aux craintes des jeunes fait ressortir des préoccupations communes aux quatre régions étudiées : ainsi pour les risques sociaux les personnes interrogées citent prioritairement le chômage, la pollution de l'air et l'insécurité. Avec des variantes : l'Alsace, peu touchée par le chômage, craint presque autant la pollution atmosphérique que le chômage. Dans les deux régions du Nord, la crainte du chômage prédomine nettement. Cela souligne aussi la difficulté de faire passer des messages de santé quand les conditions de base pour une vie satisfaisante ne sont pas réunies (accès à l'emploi, environnement favorable à la santé, sentiment de sécurité). De la même façon, pour les risques à caractère sanitaire, les accidents de la

circulation — pour lesquels les jeunes paient un lourd tribut — et les cancers ressortent nettement aux deux premiers rangs dans toutes les régions. Dans le Nord – Pas-de-Calais, le cancer, particulièrement important dans les causes de mortalité, est perçu comme un risque pratiquement équivalent aux accidents graves de la circulation qui sont, quant à eux, moins importants dans cette région que dans l'ensemble du pays.

Craindre la pollution de l'air selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Picardie = 1)

Alsace	1,4*
Nord_Pas-de-Calais	1,2
Pays de la Loire	1,0
Picardie	1

* : augmentation statistiquement significative

Craindre le chômage selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Alsace = 1)

Alsace	1
Nord_Pas-de-Calais	1,5*
Pays de la Loire	1,1
Picardie	1,3*

* : augmentation statistiquement significative

Craindre l'insécurité selon les régions : augmentation de la prévalence comparée à la région de référence (Pays de la Loire = 1)

Alsace	1,2*
Nord_Pas-de-Calais	1,4*
Pays de la Loire	1
Picardie	1,3*

* : augmentation statistiquement significative

Conclusion

Ces enquêtes sont apparues nécessaires aux quatre régions concernées pour affiner leurs connaissances des différents domaines abordés. Elles s'avèrent également utiles pour l'orientation des politiques régionales des actions de santé de façon à les adapter au contexte local. Elles constituent, enfin, un instrument d'état des lieux indispensable à toute mesure d'évaluation des politiques de santé localisées.

Pour en savoir plus sur les données régionales, se reporter aux deux volumes 3.1 et 3.2 du Baromètre et auprès des quatre régions qui ont produit des documents autour de ce Baromètre.

• Observatoire régional de la santé d'Alsace : 4, rue de Lausanne – 67000 Strasbourg – Tél. 03 88 36 53 12 – Fax : 03 88 35 60 82 – Mél. : inforosal.org – Web : www.orsal.org

Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans en Alsace » : Philippe Enderlin, Frédéric Imbert

• Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais : 13, rue Faidherbe - 59046 Lille Cedex - Tél. 03 20 15 49 20 - Fax. 03 20 55 92 30 - Mél : secretariat@orsnpsc.org - Web : <http://www.orsnpsc.org>

Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans dans le Nord-Pas-de-Calais » : Christophe Declercq, Amélie Bruandet

• Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire : Hôtel de la Région – 1, rue de la Loire – 44966 Nantes cedex 9 – Tél. : 02 51 86 05 60 – Fax : 02 51 86 05 61 – mél : accueil@orspaysdelaloire.com – <http://www.sante-pays-de-le-loire.com>

Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans dans les Pays de la Loire » : Marie-Christine Bournot, Françoise Lelièvre, Anne Tallec

• Observatoire régional de santé de Picardie : Faculté de médecine – 3, rue de Louvels – 80036 Amiens Cedex 1 – Tél. : 03 22 82 77 24 – Fax : 03 22 82 77 41 – Mél : ors@sa.u-picardie.fr – <http://ors.u-picardie.fr>

Auteurs du chapitre « Les jeunes de 12 à 25 ans en Picardie » : Alain Trugeon, Anne-Carine Paillas, Philippe Lorenzo