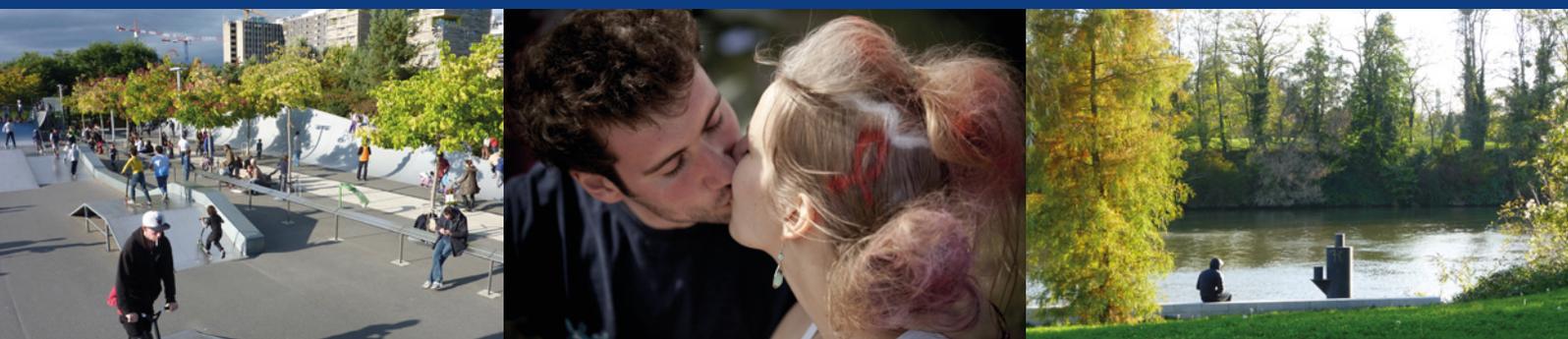


Septembre 2015

CONDUITES À RISQUE DES JEUNES FRANCILIENS

Exploitation régionale du Baromètre santé 2010 de l'Inpes
et évolutions 2005-2010



RAPPORT & ENQUÊTE

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

ORS
Île-de-France
OBSERVATOIRE
RÉGIONAL
DE SANTÉ

CONDUITES A RISQUE DES JEUNES FRANCILIENS

Exploitation régionale
du Baromètre santé 2010 de l'Inpes
et évolutions 2005-2010

Septembre 2015

Auteurs

Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU
Héloïse SAVOLLE
Nathalie BELTZER

Couverture : crédits photos P.Lecroart/IAU îdF, Laurent Villeret/Dolce Vita/Picturetank, Catherine Embersin-Kyprianou ORS IdF.

Remerciements

Nos remerciements vont tout d'abord à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) pour la mise à disposition gracieuse du fichier de l'enquête Baromètre santé 2010 et pour le soutien méthodologique. Nous tenons à remercier tout particulièrement Jean-Baptiste Richard, pour ses précieux conseils et la relecture du document, et Romain Guignard, pour son aide.

Nous remercions pour leur relecture attentive Catherine Vincelet, médecin épidémiologiste à l'ORS Île-de-France et Maylis Telle-Lamberton, épidémiologiste, coordinatrice scientifique à l'ORS Île-de-France.

Notre reconnaissance va enfin à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France et à la Région Ile-de-France dont les financements ont rendu possible ce travail.

Suggestion de citation :

Catherine Embersin-Kyprianou, Héroïse Savolle, Nathalie Beltzer. Conduites à risque des jeunes franciliens. Exploitation régionale du Baromètre santé 2010 de l'Inpes et évolutions 2005-2010. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2015, 113 p.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RÉSUMÉ

Afin d'améliorer la connaissance sur les comportements et la santé des jeunes franciliens, l'ORS Île-de-France vient de réaliser une exploitation régionale du Baromètre Santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et des évolutions 2005-2010.

Si les niveaux de consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes franciliens de 15-25 ans se montrent élevés, ils sont en revanche comparables avec ceux du reste de la France. En revanche en Île-de-France, l'alcoolisation ponctuelle importante (API) est inférieure chez les garçons par rapport au reste de la France et la polyconsommation y est supérieure chez les filles. L'usage d'alcool chez les jeunes se caractérise par l'ingestion massive d'alcool : 22 % des Franciliens de 15-25 ans ont eu une API au moins une fois par mois et 1 Francilien sur 5 a été ivre au moins trois fois au cours des douze derniers mois. Fait préoccupant, les ivresses répétées ou régulières ont fortement augmenté entre 2005 et 2010, en Île-de-France plus qu'en région, ainsi que le risque chronique ou de dépendance à l'alcool, mesuré par l'Audit-C.

L'Île-de-France se caractérise, par rapport au reste de la France, par des comportements plus proches entre garçons et filles, que ce soit pour certains usages de produits psychoactifs (usage quotidien de tabac, expérimentation et usage régulier de cannabis, polyconsommation régulière) qui sont plutôt masculins en région, ou pour d'autres conduites à risque, généralement plus féminines, pensées et tentatives de suicide, épisodes dépressifs, comportements alimentaires perturbés ou d'autres typiquement plus masculins, accidents, violences physiques subies, pratique de jeux de hasard et d'argent.

Certaines évolutions témoignent d'une plus grande vulnérabilité des filles en Île-de-France : augmentation de leurs consommations régulières d'alcool, de tabac, de cannabis et polyconsommation régulière, de l'API, du risque chronique ou de dépendance à l'alcool. Les niveaux de certaines conduites à risque, notamment les prises de risques dans la sexualité, sont plus élevées chez les filles franciliennes que chez les garçons franciliens ou que chez les filles résidant hors Île-de-France (pas de contraception au premier rapport pour 14% des jeunes franciliennes, une IST déclarée par 12 % des Franciliennes au cours des 5 dernières années). Les recours à la contraception d'urgence et à l'IVG sont en augmentation et plus élevés chez les Franciliennes que chez les non Franciliennes, les violences sexuelles subies au cours de la vie plus élevées que chez les garçons franciliens.

L'étude souligne aussi l'importance des facteurs sociaux, niveau de diplôme, niveau de revenus, environnement familial, qui sont associés aux conduites à risque, à la souffrance psychique, à l'excès de poids.

SOMMAIRE

1 	SYNTHESE ET DISCUSSION	7
1.1	Eléments clés des comportements.....	7
1.2	Comportements et facteurs socio-économiques.....	13
1.3	Discussion.....	15
1.4	Résumé des caractéristiques des comportements des jeunes franciliens.....	20
2 	INTRODUCTION	21
3 	METHODE	24
3.1	L'enquête Baromètre santé 2010.....	24
3.2	L'enquête Baromètre santé 2005.....	25
3.3	Définition de certaines variables utilisées dans les analyses.....	26
3.4	Les analyses statistiques	27
4 	USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS	29
4.1	Expérimentation de substances psychoactives.....	29
4.2	Polyconsommation régulière de produits psychoactifs.....	37
4.3	Ivresses.....	45
4.4	Alcoolisations ponctuelles importantes.....	47
4.5	Estimations des usages à risque ou de dépendance liés à la consommation de produits psychoactifs	53
4.6	Craintes et sentiment d'information vis-à-vis de l'alcool et du tabac	57
4.7	Consommation de médicaments psychotropes	59
4.8	Pratique des jeux d'argent	61
5 	SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET AUTRES CONDUITES A RISQUE ...	67
5.1	Indicateurs de santé mentale.....	67
5.2	La violence chez les jeunes	71
5.3	Accidents.....	75
6 	RISQUES LIES A LA SEXUALITE	79
6.1	Contraception	79
6.2	Recours à la contraception d'urgence et à l'IVG.....	81
7 	INSUFFISANCE PONDERALE, EXCES DE POIDS ET TROUBLES LIES A L'ALIMENTATION	85
7.1	Insuffisance pondérale, surpoids et obésité.....	85
7.2	Comportements alimentaires perturbés	91
8 	BIBLIOGRAPHIE	97
9 	ANNEXES	101

1 | SYNTHÈSE ET DISCUSSION

1.1 Éléments clés des comportements

Cette étude avait pour objectif de mieux connaître les comportements des jeunes et en particulier leurs conduites à risque avec des données récentes, celles du Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Il s'agissait d'une part de comparer les comportements des Franciliens de 15-25 ans à leurs homologues du reste de la France afin de pouvoir repérer les spécificités franciliennes, d'autre part d'identifier celles qui avaient pu évoluer par rapport à la précédente étude réalisée en 2007 par l'ORS (Embersin, Chardon, & Grémy, 2007).

Forte augmentation des ivresses et de l'usage d'alcool à risque chronique ou de dépendance, en Île-de-France plus qu'en région

Si presque tous les jeunes de 15-25 ans ont expérimenté l'alcool (neuf Franciliens sur dix), la consommation hebdomadaire d'alcool concerne trois jeunes franciliens sur dix, les garçons plus que les filles (35 % contre 23 %). **L'Île-de-France compte une proportion moindre qu'en région de garçons de 15-25 ans consommateurs réguliers d'alcool mais les proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les filles.** La comparaison avec le Baromètre santé 2005 montre que l'évolution de cette consommation a été différente selon le sexe en Île-de-France, avec une stabilité chez les garçons et une **augmentation significative chez les filles**, passant, entre 2005 et 2010, de 16 % à 23 % de consommatrices régulières.

Mais bien plus que la consommation régulière, **ce sont les consommations massives qui caractérisent l'usage d'alcool chez les jeunes. Une ivresse au cours de la vie a été déclarée par un peu moins de la moitié des Franciliens (46 %), des ivresses répétées (au moins trois au cours des douze derniers mois) par un Francilien sur cinq et des ivresses régulières (au moins dix au cours des douze derniers mois) par un Francilien sur dix.** Les proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les ivresses répétées ou les ivresses régulières tandis que **l'expérimentation de l'ivresse est plus faible en Île-de-France qu'en région chez les garçons (54 % contre 62 %) mais est comparable chez les filles (38 % contre 44 %).** Avec l'âge, les ivresses concernent plus de monde, ainsi un quart des Franciliens (pour les deux sexes) de 20-25 ans ont été ivres au moins trois fois dans l'année et 12 % au moins dix fois dans l'année. Une autre mesure de la consommation massive, l'alcoolisation ponctuelle importante (API), correspond au fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion. En Île-de-France, **4 jeunes de 15-25 ans sur 10 ont connu une API au moins une fois au cours des douze derniers mois et 22 % au moins une fois par mois au cours de l'année passée.** Les garçons sont plus concernés que les filles, avec 28 % d'entre eux ayant eu une API au moins une fois par mois (15 % des filles). L'API peut s'avérer importante chez les plus âgés, ainsi 13 % des Franciliens de 20-25 ans en déclarent au moins une par semaine. Par rapport au reste de la France, **l'API s'avère moins fréquente en Île-de-France chez les garçons mais comparable chez les filles.**

Fait préoccupant, **la proportion de jeunes déclarant des ivresses répétées ou régulières s'est accrue, en Île-de-France plus qu'en région.** Ainsi, dans la région francilienne, en 2010, 10 % des jeunes ont eu des ivresses régulières contre 5 % en 2005, et en région, ces proportions sont respectivement de 9 % et 6 %. **L'augmentation s'observe chez les filles plus que chez les garçons, en Île-de-France comme en région pour les ivresses répétées. Pour les ivresses régulières, les tendances sont proches,** avec une augmentation plus importante en Île-de-France que dans le reste de la France mais des augmentations comparables entre filles et garçons en Île-de-France, même s'il y a non significativité chez les filles vraisemblablement liée à un manque de puissance. Ces accroissements ont aussi été particulièrement forts chez les Franciliens de 20-25 ans, pour lesquels la proportion d'ivresse régulière s'est fortement accrue entre 2005 et 2010, et de manière plus importante en Île-de-France qu'en région.

Le test de l'Audit-C permet de repérer différents niveaux de risque pour l'usage d'alcool. Un usage d'alcool à risque ponctuel concerne 32 % des garçons de 15-25 ans et 24 % des filles en Île-de-France. Si ces proportions sont plus faibles que celles observées en région, **le risque chronique ou de dépendance est en revanche comparable entre les zones géographiques** et s'élève en Île-de-France à 14 % des garçons et 8 % des filles. L'usage d'alcool à risque ponctuel n'a guère changé entre 2005 et 2010, mais **celui à risque chronique ou de dépendance a fortement augmenté, chez les filles bien plus que chez les garçons, en Île-de-France plus qu'en région**. On est ainsi passé de 2 % à 8 % des filles en Île-de-France avec un risque chronique ou de dépendance et chez les garçons, de 8 % à 14 %. Ces augmentations sont plus importantes que celles observées en région, +41 % pour les deux sexes en région contre +123 % en Île-de-France.

Augmentation de l'usage régulier de tabac chez les filles en Île-de-France et chez les garçons en région, stabilité chez les garçons en Île-de-France et les filles en région

L'expérimentation du tabac concerne deux tiers des jeunes franciliens de 15-25 ans et est un peu plus faible en Île-de-France que dans le reste de la France (7 jeunes sur 10), notamment chez les filles. Elle augmente avec l'âge et à 20-25 ans, 74 % des Franciliens l'ont expérimenté. **L'Île-de-France n'a pas connu la baisse d'expérimentation observée en région entre 2005 et 2010**, si bien que les niveaux d'expérimentation chez les garçons sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France en 2010 alors qu'en 2005, les garçons franciliens étaient moins expérimentateurs que leurs homologues hors Île-de-France.

En Île-de-France, 30 % des garçons et 31 % des filles de 15-25 ans fument quotidiennement. Cette proximité des comportements entre garçons et filles est spécifique de l'Île-de-France, puisqu'en région, les garçons sont plus souvent usagers réguliers que les filles (37 % contre 31 %). La consommation régulière augmente avec l'âge, concernant, en Île-de-France, 22 % des jeunes de 15-19 ans et 37 % des jeunes de 20-25 ans (42 % des 20-25 ans en région). Contrairement à ce qui était observé pour l'alcool, **les proportions de fumeurs quotidiens sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France et cela, quel que soit le sexe ou le groupe d'âge**.

L'évolution de cette consommation en Île-de-France diffère de celle du reste de la France. **Dans la région parisienne, la consommation quotidienne a augmenté chez les filles, passant de 20 % à 31 % des 15-25 ans mais est restée stable chez les garçons**. Dans le reste de la France, les proportions de fumeurs quotidiens sont restées stables chez les filles et semblent avoir légèrement augmenté chez les garçons, passant de 33 % à 37 % d'entre eux. Ces évolutions différentes entre les zones géographiques ont pour conséquence **un rapprochement des niveaux de consommation entre l'Île-de-France et le reste de la France**, les niveaux étaient inférieurs en Île-de-France en 2005 et sont devenus comparables à ceux du reste de la France en 2010, chez les garçons ou chez les filles. **En Île-de-France, la proportion de fumeurs quotidiens a fortement augmenté chez les jeunes de 20-25 ans**, passant de 28 % à 37 % d'entre eux, ce qui n'a pas été le cas chez les 15-19 ans, ni en région (quelle que soit la tranche d'âge).

Le mini-test de Fagerström permet de connaître, chez les fumeurs quotidiens, les degrés de dépendance à la nicotine, en combinant le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai entre le réveil et la première cigarette. Les degrés de dépendance se montrent comparables entre les sexes, en Île-de-France ou dans le reste de la France. Par ailleurs, les proportions de jeunes fumeurs quotidiens ayant une dépendance moyenne ne varient pas entre l'Île-de-France et le reste de la France, mais **celle des fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance à la nicotine est moins élevée en Île-de-France (9 %) qu'en région (16 %)**. Cette proportion a fortement augmenté en région entre 2005 et 2010, passant de 9 % à 16 % de fumeurs quotidiens fortement dépendants à la nicotine mais **elle est restée stable en Île-de-France**.

Baisse de l'expérimentation de cannabis, stabilité de la consommation régulière, sauf pour les Franciliennes chez la consommation a augmenté

Le cannabis est aujourd'hui un produit répandu, **expérimenté par 4 jeunes de 15-25 ans sur 10**, en Île-de-France ou en région et jusqu'à 1 jeune sur 2 à 20-25 ans, en Île-de-France ou en région. Mais **une baisse de l'expérimentation de cannabis est observée entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans, sauf chez les filles résidant en Île-de-France pour lesquelles l'expérimentation est restée stable**. Chez les garçons, la proportion a ainsi baissé de 10 points, passant de 53 % à 43 % d'expérimentateurs.

Une consommation régulière de cannabis, c'est-à-dire au moins dix fois au cours trente derniers jours concerne 8 % des garçons et 5 % des filles de 15-25 ans en Île-de-France. Ces proportions sont comparables à celles hors Île-de-France, mais **fait spécifique de l'Île-de-France, elles ne diffèrent pas entre les sexes** tandis qu'en région, la consommation est plutôt masculine. Cette consommation augmente avec l'âge et à 20-25 ans, 8 % des jeunes (pour les deux sexes) sont consommateurs réguliers en Île-de-France. L'évolution de la consommation régulière entre 2005 et 2010 montre que celle-ci est différente chez les filles d'Île-de-France par rapport aux garçons franciliens ou au reste de la France. **En Île-de-France, la proportion de filles ayant consommé du cannabis au moins dix fois au cours du dernier mois est passée de 1 % à 5 % tandis que chez les garçons franciliens ou chez les filles et les garçons résidant en région, ces proportions sont restées stables**. Le test Cast permet de repérer un usage problématique de cannabis ou à risque ou de dépendance parmi les consommateurs de cannabis dans l'année. **Parmi les consommateurs franciliens de cannabis dans l'année, 23 % des garçons et 27 % des filles ont un usage problématique**, c'est-à-dire susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui. On retrouve ici la spécificité francilienne d'une **plus grande proximité des comportements entre garçons et filles**, alors qu'en région, l'usage à risque élevé d'abus ou de dépendance est plus élevé chez les garçons (21 %) que chez les filles (12 %). Par ailleurs, **les Franciliennes sont plus nombreuses que leurs homologues du reste de la France à avoir un usage problématique**.

Hormis le cannabis, les autres drogues illicites ne sont plus marginales, puisque 1 Francilien de 15-25 ans sur 10 a déclaré avoir expérimenté les poppers, les garçons plus que les filles, et 14 % une drogue illicite autre que le cannabis. De plus, cette expérimentation a fortement augmenté entre 2005 et 2010, quel que soit le sexe et la zone de résidence. Les proportions qui étaient inférieures en Île-de-France en 2005 sont devenues, en 2010, comparables à celles du reste de la France.

Augmentation de la polyconsommation régulière de substances psychoactives chez les Franciliennes et stabilité chez les Franciliens

En Île-de-France, 42 % des garçons et 34 % des filles ont expérimenté à la fois l'alcool, le tabac et le cannabis. Cette polyexpérimentation est un phénomène plus masculin en région, tandis que les proportions sont comparables entre les sexes en Île-de-France. On n'observe pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France. En revanche si l'on prend en compte la **polyexpérimentation de deux ou trois produits, les niveaux franciliens sont toujours moins élevés que les niveaux observés en région**, que ce soit chez les garçons ou chez les filles, en 2010 ou en 2005. Les proportions sont restées relativement stables entre cinq ans.

En termes de polyconsommation régulière, l'association des trois produits, alcool-tabac-cannabis concerne 7 % des garçons et 4 % des filles en Île-de-France, proportions comparables alors qu'elles diffèrent entre garçons et filles en région, respectivement, 5 % et 1 %. Si l'on regarde la consommation de deux produits ou plus, **19 % des garçons et 16 % des filles en Île-de-France sont polyconsommateurs réguliers d'au moins deux produits parmi alcool, tabac et cannabis. Ces proportions sont comparables**, ce qui n'est pas le cas en région où les garçons sont plus polyconsommateurs que les filles, 26 % d'entre eux contre 10 % des filles. Par ailleurs, la comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France montre que, chez les garçons, les proportions sont comparables tandis

que **chez les filles, elles sont plus élevées en Île-de-France**. L'évolution entre 2005 et 2010 a été différente entre l'Île-de-France et le reste de la France et selon le sexe. **Les proportions de polyconsommateurs ont ainsi très fortement augmenté chez les filles franciliennes de 15-25 ans**, passant de 6 % à 16 % d'entre elles, tandis qu'elles sont restées stables chez les garçons. En région, cette proportion est restée stable chez les filles tandis qu'elle a légèrement augmenté chez les garçons (de 22 % à 26 %).

Les maladies liées à l'alcool et au tabac sont moins craintes que d'autres risques ou maladies

En termes de craintes des maladies, **les maladies liées à l'alcool et au tabac sont moins craintes que d'autres risques ou maladies**, notamment les accidents de la circulation, le cancer, la consommation d'aliments transformés ou pollués, les maladies cardiaques, la maladie d'Alzheimer, ... parmi les jeunes franciliens. Celles liées à l'alcool sont plus craintes par les filles en Île-de-France qu'en région et **pour celles liées au tabac, les filles déclarent bien plus que les garçons les craindre pas mal ou beaucoup en Île-de-France, 41 % contre 13 % des garçons**, alors que les proportions sont comparables en région. La plupart des jeunes se disent **bien informés sur l'alcool ou le tabac (environ 9 sur 10)** mais beaucoup moins sur le cannabis puisque près de 1 sur 4 se dit plutôt mal ou très mal informé sur le cannabis. Les consommateurs de cannabis se déclarent mieux informés que les autres.

La consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie est élevée et concerne 18 % des jeunes franciliens de 15-25 ans. Les filles déclarent plus souvent cette consommation, 21 % contre 15 % des garçons (différence toutefois non significative) en Île-de-France et 26 % d'entre elles contre 12 % des garçons hors Île-de-France. Les médicaments les plus consommés au cours des douze derniers mois sont les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques. Les proportions de consommateurs ne diffèrent pas entre l'Île-de-France et le reste de la France, quel que soit le sexe ou la catégorie d'âge, et même en prenant en compte les facteurs associés.

La pratique du jeu est abordée ici du fait du risque qu'il peut contenir dans une pratique excessive avec des éventuels comportements d'addiction. Un tiers des Franciliens de 15-25 ans a déclaré avoir joué à des jeux d'argent au cours des douze derniers mois et quatre jeunes sur dix en région. **La pratique du jeu s'avère plus masculine en région tandis que les comportements filles - garçons sont plus proches en Île-de-France**. Une **pratique dite problématique du jeu**, c'est-à-dire regroupant les joueurs ayant un risque modéré et un risque excessif, selon l'Indice canadien du jeu excessif, **concerne 5 % des joueurs franciliens et 3 % de ceux du reste de la France**, proportions comparables. Seule une pratique de jeu à risque excessif semblerait plus importante en Île-de-France qu'en région. **Cette pratique problématique du jeu est plus masculine que féminine, concernant 7 % des garçons et 2 % des filles parmi les joueurs en Île-de-France**.

La souffrance psychique et certaines conduites à risque moins fréquentes en Île-de-France ou d'un niveau comparable à celui du reste de la France

Différents indicateurs de santé mentale montrent des niveaux élevés de souffrance psychique chez les jeunes. En Île-de-France, 15 % des jeunes de 15-25 ans ont été en détresse psychologique (au cours des douze derniers mois), 10 % ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année, 4 % ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois et 4 % avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie.

La comparaison entre les zones géographiques de ces différents indicateurs de santé mentale ne met pas en avant de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, à l'exception des épisodes dépressifs caractérisés qui sont, chez les garçons, plus élevés en Île-de-France que dans le reste de la France, respectivement 11 % et 3 %.

Entre 2005 et 2010, la prévalence des tentatives de suicide est restée stable chez les garçons et les filles, en Île-de-France et en région. Elle a, en revanche augmenté chez les

jeunes de 20-25 ans résidant hors Île-de-France alors qu'elle est restée stable chez les 15-19 ans.

On retrouve ici la **proximité des comportements entre filles et garçons en Île-de-France**, avec des prévalences de pensées et tentatives de suicide, épisodes dépressifs caractérisés comparables, tandis qu'en région, les prévalences chez les filles sont toujours plus élevées que chez les garçons.

Avec de forts liens avec la souffrance psychique, **des comportements alimentaires perturbés au cours des douze derniers mois concernent 24 % des jeunes franciliens de 15-25 ans**. Arrive en tête le fait de manger énormément avec de la peine à s'arrêter puis le fait de redouter de commencer à manger par peur de ne pas pouvoir s'arrêter, comportement plus féminin. Le comportement de vomissements volontaires a été déclaré dans des proportions comparables entre les sexes et comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France : 3 % des garçons et 4 % des filles en Île-de-France et 3 % des garçons et 5 % des filles dans le reste de la France. **Au total, la proportion de jeunes ayant eu au moins un comportement alimentaire perturbé ne diffère pas entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les garçons, chez les filles ou pour les deux sexes. La proximité des comportements entre garçons et filles se retrouve en Île-de-France** tandis qu'en région, les filles sont plus nombreuses à avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé (31 % des filles contre 17 % des garçons). L'évolution 2005-2010 est marquée par une stabilité des niveaux de comportements perturbés.

La souffrance psychique déclarée est bien plus élevée chez les jeunes ayant eu au moins un comportement alimentaire perturbé. Ces derniers sont, en Île-de-France, 7 % à avoir déjà fait une tentative de suicide (contre 1 % de ceux n'ayant pas eu de comportement alimentaire perturbé), 9 % à avoir eu des pensées suicidaires (1 % pour les autres), 28 % à déclarer une détresse psychologique (11 % pour les autres).

En Île-de-France, 17 % des garçons et 9 % des filles sont en excès de poids (surpoids et obésité), 3 % des garçons et 16 % des filles en insuffisance pondérale. L'insuffisance pondérale touche plutôt les filles et l'excès de poids, en particulier le surpoids, plutôt les garçons. Quant à l'obésité, elle est comparable entre les garçons et les filles, respectivement 4 % et 3 % en Île-de-France. Si l'insuffisance pondérale tend à diminuer avec l'âge, l'obésité semble constante tandis que le surpoids tend à augmenter, passant ainsi en Île-de-France de 6 % des jeunes de 15-19 ans à 12 % des jeunes de 20-25 ans.

Les proportions franciliennes pour l'excès de poids sont comparables à celles du reste de la France pour les garçons (18 % en région) mais inférieures à celles du reste de la France pour les filles (13 %). Les données d'évolution montrent **une augmentation de l'excès de poids (surpoids et obésité) chez les garçons, en Île-de-France comme en région mais une stabilité chez les filles, en Île-de-France ou en région**. En 2005, la prévalence du surpoids et de l'obésité était en effet de 10 % chez les garçons franciliens et 8 % chez les filles. Cette évolution a de ce fait entraîné un écart croissant entre garçons et filles, aussi bien en Île-de-France qu'en région, devenu significatif en 2010 alors qu'il ne l'était pas en 2005. L'augmentation est aussi observée chez les jeunes de 15-19 ans et chez ceux de 20-25 ans, à l'exception des jeunes franciliens de 15-19 ans, chez lesquels la proportion de surpoids et obésité est restée stable.

En Île-de-France, 15 % des jeunes de 15-25 ans ont déclaré avoir été victimes d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Cette proportion ne diffère pas de celle observée dans le reste de la France (17 %). Les proportions de garçons et filles ayant eu un accident ne diffère pas en Île-de-France tandis qu'en région, les garçons sont plus nombreux (21 %) à avoir eu un accident que les filles (13 %). En revanche les proportions ne varient pas selon la catégorie d'âge. Les accidents de sport arrivent en tête et concernent un peu moins de la moitié des Franciliens ayant eu un accident (7 %).

D'autres conduites à risque plus fréquentes en Île-de-France, en particulier celles liées à la sexualité

De nombreuses conduites à risque relatives à la sexualité, que ce soit l'absence d'utilisation d'une contraception au premier rapport, le recours à une contraception d'urgence témoignant d'une absence ou d'un échec de contraception, le recours à l'IVG montrant une prise de risque à la fois en terme d'absence de protection mais aussi d'infection sexuellement transmissible (IST) ou encore de prévalence des IST, **s'avèrent plus nombreuses en Île-de-France que dans le reste de la France.**

Si la majorité des jeunes déclare avoir utilisé une contraception lors de leur premier rapport sexuel, les différences sont marquées entre les garçons et les filles, et entre l'Île-de-France et le reste de la France. **En Île-de-France, 14 % des jeunes filles de 15-25 ans déclarent n'avoir utilisé aucune contraception lors de ce premier rapport** contre 4 % des garçons (pour eux-mêmes ou pour leur partenaire) et contre 7 % des jeunes filles résidant en région. Le préservatif, qui est recommandé pour toute nouvelle relation sexuelle, a été utilisé par 91 % des Franciliens et 93 % des jeunes du reste de la France au premier rapport. Les facteurs associés à sa non-utilisation au premier rapport sont le fait de ne pas résider dans une famille nucléaire, d'être moins diplômé, de ne pas avoir souhaité le rapport, d'avoir eu son premier rapport plus tardivement ou d'être âgé de 20-25 ans (versus ceux de 15-19 ans) mais aussi de déclarer consommer régulièrement deux ou trois produits psychoactifs parmi l'alcool, le tabac et le cannabis.

Un recours à la contraception d'urgence et à l'IVG concerne des proportions très élevées de jeunes filles en Île-de-France : **56 % des filles de 15-25 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et 19 % à l'IVG au cours des cinq dernières années. Ces proportions sont bien supérieures à celles observées en région, respectivement 39 % et 9 % pour l'IVG.** Les évolutions montrent une forte **augmentation du recours à la contraception d'urgence et à l'IVG en Île-de-France**, que l'on observe aussi en région pour la contraception mais pas pour l'IVG où le recours est resté stable entre 2005 et 2010.

En Île-de-France, **7 % des jeunes de 15-25 ans ont déclaré avoir contracté une IST** (hors mycose) au cours des cinq dernières années, **les filles plus que les garçons, 12 % d'entre elles contre 1 % des garçons. Les IST se montrent plus fréquentes en Île-de-France qu'en région**, en particulier chez les filles, 5 % de celles résidant en région ont déclaré une IST. Chez les garçons, les proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Les **violences sexuelles subies** au cours de la vie ont été déclarées par des proportions élevées de jeunes, notamment **en Île-de-France, 8 % des jeunes** (5 % en région). Ces violences sont **plus souvent déclarées par les filles que par les garçons**, 11 % contre 4 % des garçons en Île-de-France et 9 % des filles contre 2 % des garçons en région. Chez les garçons, les Franciliens ont plus souvent déclaré ces violences que leurs homologues du reste de la France. Chez les filles les proportions sont comparables. Elles sont aussi plus fréquentes en Île-de-France qu'en région chez les jeunes de 20-25 ans, 11% contre 6 % en région.

D'autres formes de violence s'avèrent fréquentes. **Les violences physiques concernent 8 % des jeunes de 15-25 ans, les vols et tentatives de vols 13 %, les violences verbales ou psychologiques 28 %.** **En Île-de-France, les proportions sont comparables entre les garçons et les filles**, tandis qu'en région, elles sont plus élevées chez les garçons pour les violences physiques ou les vols/tentatives de vols. On n'observe pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les garçons ou chez les filles. Entre 2005 et 2010, la prévalence des violences physiques subies a augmenté chez les filles résidant hors Île-de-France tandis qu'elle est restée stable chez les garçons en région ainsi que chez les garçons et les filles résidant en Île-de-France. Toutefois en région parisienne, si en 2005, les garçons déclaraient plus souvent des violences subies que les filles (8 % contre 4 % pour les filles), en 2010, les proportions sont identiques (8 %). **Ce rapprochement des comportements** s'observe également en région, mais de façon moindre, puisque les garçons sont en 2010 toujours

plus nombreux à déclarer avoir subi des violences physiques au cours des douze derniers mois.

La polyconsommation de produits psychoactifs associée à d'autres conduites à risque

Constat déjà fait dans l'exploitation du Baromètre santé 2005, on retrouve ici une association entre la polyconsommation régulière et les autres conduites ou indicateurs de souffrance psychique. Ainsi les jeunes qui déclarent consommer régulièrement deux ou trois produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis ont un risque plus élevé d'avoir fait une tentative de suicide, d'avoir eu des pensées suicidaires, de déclarer une détresse psychologique, d'avoir consommé des médicaments psychotropes, d'avoir subi des violences physiques, des violences sexuelles, d'avoir eu recours à la contraception d'urgence ou d'avoir eu recours à l'IVG.

1.2 Comportements et facteurs socio-économiques

Des facteurs socio-économiques associés aux usages de substances psychoactives et aux autres conduites à risque

Dans cette étude, ont été explorés différents facteurs pouvant être associés aux comportements des jeunes. Ainsi, l'âge et le sexe sont les premiers facteurs à avoir une influence sur les comportements. Pour d'autres facteurs, on retrouve une association avec les conduites à risque. Ce sont ainsi les déterminants socio-économiques ou socio-démographiques, tels que le type de famille dans lequel vivent les jeunes, le niveau de revenu mensuel par unité de consommation, le niveau de diplôme du jeune, qui a ici pris en compte l'âge, et un indicateur de territoire qui est le fait de résider en Île-de-France ou hors Île-de-France, non compris les départements d'Outre-mer.

Les facteurs de risque sont ceux qui sont associés à un niveau plus élevé de la conduite en question et les facteurs de protection sont ceux associés à un niveau moins élevé de celle-ci.

Des consommations de produits psychoactifs moins élevées chez les jeunes vivant dans des foyers économiquement moins favorisés mais plus élevées chez ceux vivant dans des familles monoparentales, recomposées ou pour les jeunes vivant seuls

Pour les consommations des substances psychoactives, on retrouve de manière cohérente le premier facteur de risque qu'est l'âge. **Par rapport aux jeunes de 15-19 ans, ceux de 20-25 ans ont un risque plus élevé d'être engagé dans des consommations régulières d'alcool, de tabac, de polyconsommation ou dans des usages massifs d'alcool.**

Le type de famille dans laquelle vit le jeune est également associé aux usages de substances psychoactives. Plus particulièrement **les jeunes vivant seuls ou ceux vivant dans une famille monoparentale ou recomposée ont toujours un risque plus élevé d'avoir expérimenté, consommé régulièrement ou massivement des substances psychoactives et cela, indépendamment de l'âge.** Exception faite pour la consommation régulière d'alcool ou l'alcoolisation ponctuelle importante pour lesquelles on ne retrouve pas l'association avec les familles monoparentales ou recomposées, mais où le risque est augmenté pour les jeunes vivant seuls.

Les jeunes vivant dans un foyer pour lequel le revenu par unité de consommation est situé dans la tranche la plus basse (moins de 900€ par mois) ou dans la tranche intermédiaire (de 900 à 1500€) ont un risque moindre d'expérimentation et de consommation régulière de substances psychoactives, sauf pour la consommation régulière de cannabis pour laquelle n'a pas été mise en évidence d'association avec les revenus.

Dernier facteur, le niveau de diplôme joue dans deux sens différents. Un niveau moins élevé de diplôme (tenant compte de l'âge de la personne) est associé à des consommations moindres d'alcool (risque plus faible d'expérimentation d'alcool, de consommation régulière, d'ivresses répétées, d'alcoolisation ponctuelle importante). En revanche, pour le tabac, le cannabis ou la polyconsommation, un niveau de diplôme moins élevé augmente le risque de consommation régulière de tabac, de cannabis ou de polyconsommation régulière de deux ou trois produits.

Les autres conduites à risque plus élevées chez les jeunes ne vivant pas dans une famille nucléaire ou élargie et chez les jeunes moins diplômés

Pour les autres conduites à risque, on retrouve un risque plus élevé pour les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou recomposées, vivant seuls ou vivant avec d'autres personnes : tentative de suicide, violences sexuelles, absence d'utilisation d'un préservatif au premier rapport, recours à la contraception d'urgence. Pour les violences physiques, seuls les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou recomposées ont un risque plus élevé de violences physiques subies, tandis que pour ceux vivant seuls ou avec d'autres personnes, le risque ne semble pas plus élevé (l'odds ratio est supérieur à 1 mais non significatif). Il en est de même pour le recours à l'IVG, où un risque significativement plus élevé est observé chez les jeunes vivant en famille monoparentale ou recomposée, alors que pour les autres types de foyer (vivant seul ou avec d'autres personnes), il n'y a pas d'association significative (odds ratio supérieur à 1 mais non significatif). Enfin on observe une association entre les jeunes vivant avec d'autres personnes que des membres de la famille et le fait d'être en excès de poids (surpoids et obésité).

Pour les consommations de produits psychoactifs, il a été mis en évidence que le niveau de diplôme joue dans deux sens. Pour les autres conduites étudiées ici, **les jeunes ayant un niveau de diplôme moins élevé, c'est-à-dire inférieur à celui qui est « attendu » pour les jeunes de leur âge, sont plus nombreux à être en souffrance psychique** (détresse psychologique, tentative de suicide), à avoir pris des **risques dans la sexualité** (absence d'utilisation d'un préservatif au premier rapport, recours à l'IVG), à avoir déclaré **des comportements violents** (violence physique subie), à avoir eu **des comportements alimentaires perturbés ou à être en excès de poids**.

Quant au niveau de revenu du foyer, l'association est mise en évidence avec trois indicateurs parmi ceux étudiés ici : les jeunes vivant dans une famille dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 900€ par mois ont un risque plus élevé d'avoir connu une détresse psychologique au cours du dernier mois, d'être en excès de poids ou d'avoir eu des comportements alimentaires perturbés au cours des douze derniers mois (modèle chez les garçons). Le risque de comportements alimentaires perturbés est également plus élevé chez les garçons vivant dans une famille dont le revenu par unité de consommation est compris entre 900€ et 1500€ par mois.

1.3 Discussion

La santé des jeunes est une priorité nationale et régionale, notamment sur le plan de leurs consommations de substances psychoactives et des risques qu'elles entraînent, à court, moyen ou long terme, mais aussi sur le plan des autres conduites à risque dont certaines peuvent aussi révéler une souffrance psychique. D'après le sociologue David Le Breton, les conduites à risque « illustrent le plus souvent une volonté de se défaire de la souffrance, de se débattre pour exister enfin » (Le Breton D. , 2005). Elles sont, selon lui, des tentatives d'ajustement au monde, plutôt que des ruptures, qui permettent d'éviter de renoncer à soi.

Différentes enquêtes au niveau national, et européen permettent de mieux connaître les comportements des jeunes vis-à-vis des substances psychoactives, de leur santé et leurs modes de vie. Deux enquêtes en milieu scolaire sont réalisées tous les 4 ans au niveau européen, l'enquête Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) depuis 1993 et l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged children) depuis 1994. Espad interroge les jeunes de 15-16 ans et HBSC les élèves de 11, 13 et 15 ans, dans les classes de CM2 à la seconde. Les derniers résultats disponibles portent sur 2011 pour Espad (Spilka & Le Nézet, 2012) et sur 2010 pour HBSC (Godeau, Arnaud, & Navarro, 2012).

Aucune de ces deux enquêtes ne permet de découpage géographique et les résultats sont nationaux uniquement. Un projet sur l'Île-de-France est toutefois en cours pour l'enquête HBSC, édition 2014, avec un sur-échantillon à Paris et en Seine-Saint-Denis. L'enquête Escapad interroge, lors des journées citoyenneté et défense (ex-JAPD), les jeunes de 17 ans, tous les 2 ou 3 ans, depuis 2000, les derniers résultats publiés datant de 2011 (Spilka, Le Nézet, & Tovar, 2012) et l'édition 2014 est en cours. Contrairement aux autres enquêtes, celle-ci permet des déclinaisons régionales et départementales. Par ailleurs, l'ensemble de ces enquêtes permet un suivi dans le temps des différents indicateurs. L'exploitation des Baromètres santé 2010 et 2005 réalisée ici permet de compléter les résultats de ces enquêtes et d'améliorer la connaissance sur la santé des jeunes franciliens, ainsi que des facteurs associés.

Des niveaux de consommation comparables avec ceux observés dans d'autres enquêtes mais des évolutions parfois différentes

Comme le rappelait Marie Choquet, épidémiologiste, lors de la Journée scientifique de l'Ireb en 2012 (IREB, 2013), les consommations d'alcool sont avant tout diverses et la grande modification qui est intervenue et que l'on retrouve dans notre étude est l'entrée dans les modes de consommation des consommations massives d'alcool, de l'alcoolisation ponctuelle importante, avec une précocité de la consommation qui n'a pas changé. Aujourd'hui, les jeunes consomment l'alcool pour ses effets psychotropes, ils ont compris qu'il s'agissait d'un produit psychoactif. On retrouve dans notre étude les résultats observés dans l'enquête Escapad, à savoir une augmentation des ivresses régulières depuis 2005 en Île-de-France. Plus précisément, les données d'Escapad montrent, pour l'Île-de-France, une augmentation de la proportion de jeunes déclarant des ivresses régulières entre 2005 et 2008, puis une stabilité entre 2008 et 2011, chez les garçons ou chez les filles (OFDT).

La stabilité de l'alcoolisation ponctuelle importante observée dans le Baromètre santé 2010 est également observée dans l'enquête Espad. Bien que s'appuyant sur un critère différent de celui du Baromètre santé (5 verres ou plus en une même occasion), les résultats d'Espad montrent une stabilisation de l'alcoolisation ponctuelle importante entre 2007 et 2011 en France, après une augmentation entre 2003 et 2007 (Spilka & Le Nézet, 2012). Par rapport aux autres pays d'Europe, la France occupe une position médiane pour les alcoolisations ponctuelles importantes.

Pour l'usage quotidien de tabac, on retrouve des résultats comparables dans l'enquête Escapad en termes de prévalence en Île-de-France, mais alors que dans Escapad, l'Île-de-France présente des niveaux inférieurs à la moyenne nationale et est même la seule région dans cette situation, notre étude retrouve des niveaux comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France. En termes d'évolution, Escapad montre une

stabilité de l'usage quotidien depuis 2005, après une baisse entre 2003 et 2005, chez les garçons ou chez les filles, stabilité que l'on retrouve aussi dans notre étude chez les garçons, mais pas chez les filles (augmentation). D'après l'enquête Espad, la France est, pour ses jeunes, un pays plutôt consommateur important de tabac et en 6^{ème} position sur 36 pays pour cet usage. Les jeunes Français sont 38 % contre 28 % en moyenne en Europe à avoir consommé du tabac au moins une fois au cours des trente derniers jours (usage récent).

La prévalence de la consommation régulière de cannabis est, dans le Baromètre, comparable à celle de l'enquête Escapad. Dans ces deux enquêtes, cette prévalence est comparable au niveau national (« hors Île-de-France » dans notre étude). Les évolutions diffèrent cependant avec les constats faits dans notre étude : chez les garçons, ainsi que chez les filles de 17 ans interrogés dans Escapad, la proportion de consommateurs réguliers a diminué entre 2005 et 2008 puis s'est stabilisée entre 2008 et 2011 tandis que dans les Baromètres, il y a une stabilité depuis 2005 chez les garçons et une augmentation chez les filles. Dans l'enquête Espad, la consommation récente de cannabis (au moins une fois au cours des trente derniers jours) montre une forte augmentation entre 2007 et 2011, après une baisse conséquente entre 2003 et 2007. Par rapport aux autres pays européens, la France est le pays où la proportion de jeunes consommateurs récents est la plus élevée et supérieure à 15 %.

Une spécificité de l'Île-de-France : des comportements plus proches entre garçons et filles

Les conduites à risque s'expriment généralement différemment entre les garçons et les filles. Les garçons les manifestent dans des conduites de transgression, de défi, de provocation, les filles intériorisent leur souffrance et font de leur corps un lieu d'amortissement de celle-ci (Le Breton D. , 2004). Les significations des conduites à risque diffèrent selon les sexes. Pour les garçons, celles-ci font partie de leur conquête de l'autonomie, de l'affirmation de leur identité aux yeux des autres, le risque est valorisé dans l'imaginaire adolescent de la virilité, elles permettent aussi de tester les limites, en affrontant symboliquement ou réellement la mort, avec les ivresses, la vitesse en deux-roues ou en voiture, le suicide, la délinquance, la violence physique (Le Breton D. , 2004). Les troubles seront d'autant plus importants que les comportements sont considérés comme socialement acceptables, par exemple la consommation d'alcool (Choquet, 2004). Pour les filles, les conduites à risque sont plus solitaires, elles ne souhaitent pas comme les garçons les montrer et les valoriser. Les filles intériorisent leur « manque à être » et leur corps va exprimer celui-ci par des maux de tête, maux de ventre, dépressions, pertes de conscience, ruminations suicidaires, etc. (Le Breton D. , 2004). Les filles ont, par rapport aux garçons, une moindre estime d'elles-mêmes (Embersin, Chardon, & Grémy, 2007).

L'Île-de-France se caractérise par une plus grande proximité des comportements entre garçons et filles, que l'on ne retrouve pas en région. Cette proximité des comportements s'observe à la fois pour certaines consommations de produits psychoactifs mais aussi pour d'autres conduites à risque. Les niveaux de consommation régulière de tabac, d'expérimentation et de consommation régulière de cannabis, de polyconsommation régulière de deux ou trois produits psychoactifs des Franciliennes sont comparables à ceux des garçons franciliens tandis qu'en région, ces comportements sont à prédominance masculine.

Pour les autres conduites à risque, des proportions comparables entre garçons et filles ont été constatées, en Île-de-France, pour les pensées et tentatives de suicide, les épisodes dépressifs caractérisés, les comportements alimentaires perturbés tandis que ces comportements sont traditionnellement plus féminins, comme on l'observe en région. Les proportions sont aussi comparables entre les sexes en Île-de-France pour des comportements typiquement plus masculins, accidents, violences physiques subies, vols ou tentatives de vol subis, pratique de jeux de hasard et d'argent.

Pour ces différentes conduites, les prévalences observées chez les jeunes gens du genre adoptant le moins le comportement en question vont rattraper celles de l'autre sexe. Lorsqu'une fille adopte un comportement typiquement masculin, par exemple des usages

importants de produits psychoactifs ou bien réciproquement lorsqu'un garçon adopte un comportement plus généralement féminin, par exemple les tentatives de suicide, cela traduit une gravité supplémentaire dans les conduites à risque (Pommereau, 2002). Toutefois la gravité chez les filles semble plus s'exprimer par un cumul de troubles typiquement féminins et de troubles typiquement masculins, le modèle masculin étant toujours valorisé par la société et donc plus attractif pour les filles (Choquet, 2004). Selon la sociologue Anne Coppel, les filles exercent davantage de contrôle sur leur consommation, et sont moins nombreuses à passer de l'usage récréatif à l'usage nocif. Mais lorsqu'elles basculent dans l'usage nocif, les conséquences en sont beaucoup plus graves (Coppel, 2004).

Des niveaux de conduites à risque et des évolutions témoignent d'une plus grande vulnérabilité des filles en Île-de-France

La mise en évidence d'une spécificité des comportements des filles résidant en Île-de-France a émané des comparaisons avec les garçons résidant en Île-de-France et avec les filles résidant en région.

Pour les consommations de substances psychoactives, alors que certaines conduites (expérimentation de l'ivresse, alcoolisation ponctuelle importante mensuelle) sont moins fréquentes en Île-de-France qu'en région chez les garçons, elles sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France chez les filles, à un niveau toutefois inférieur, à celui des garçons.

Des évolutions de certaines consommations s'avèrent spécifiques des jeunes filles franciliennes. Entre 2005 et 2010, leurs consommations régulières d'alcool, de tabac, de cannabis et la polyconsommation régulière de deux ou trois produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis ont augmenté alors qu'elles sont restées stables chez les garçons franciliens et chez les filles résidant en région.

Bien que l'usage d'alcool garde sa prédominance masculine, les filles sont maintenant pleinement engagées dans son usage qui s'avère important chez celles-ci. Et à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays européens, notamment anglo-saxons et nordiques, l'écart entre garçons et filles s'amenuise (Inserm, 2014).

Si l'entrée dans le tabagisme des femmes n'est pas récente, et que l'on peut encore parfois constater chez les jeunes des écarts entre les garçons et les filles, l'usage du cannabis est aussi plus fréquent qu'avant chez les jeunes femmes en Île-de-France, avec un écart garçons-filles qui se réduit.

Différents indicateurs de comportements sexuels à risques (absence de contraception au premier rapport sexuel, prévalence des IST) se sont montrés à la fois plus élevés chez les filles que chez les garçons en Île-de-France, et plus élevés chez les jeunes filles en Île-de-France que chez leurs homologues du reste de la France. Les violences sexuelles sont aussi plus souvent déclarées par les filles que par les garçons, mais cela n'est pas une spécificité francilienne. D'autres conduites, spécifiquement féminines, le recours à la contraception d'urgence et à l'IVG, apparaissent plus élevées en Île-de-France qu'en région, et leurs évolutions ont aussi été plus importantes dans la région parisienne. Ces conduites ont une double lecture. Elles témoignent d'une prise de risque en termes de grossesse non désirée ou d'infection sexuellement transmissible car faisant suite à un rapport non protégé ou à un échec de contraception. Mais elles montrent aussi une bonne information sur ces dispositifs et sur leur accessibilité.

L'importance de prendre en compte les autres déterminants sociaux des conduites à risque

Si le genre est un axe fondamental d'analyse des conduites à risque, les autres caractéristiques sociales, en particulier le niveau d'éducation et le niveau de revenus, jouent un rôle important.

Ces rôles sont notamment étayés dans une exploitation de l'enquête Escapad et dans une analyse du Baromètre santé 2005 quant aux usages des produits psychoactifs.

Une analyse infra-communale de l'enquête Escapad réalisée à Paris en 2010 (Spilka, et al., 2012), qui poursuit l'enquête Escapad parisienne de 2004 (Beck, Legleye, & Spilka, 2006), met en évidence d'importantes disparités infra-communales sur les usages des différents produits psychoactifs. Ainsi les usages d'alcool, de tabac, de drogues illicites des jeunes parisiens du nord-est de la capitale étaient inférieurs en 2004 à ceux du reste de la capitale et continuent à l'être en 2010. Les adolescents du nord-ouest présentent des usages parmi les plus importants de la capitale. Ceux du quart sud-est sont dans les moyennes parisiennes, et ceux du sud-ouest, qui avaient en 2004, des niveaux plus élevés que les autres en 2004, ont en 2010 des niveaux plus élevés pour l'alcool et les ivresses mais des niveaux moindres pour le cannabis. Ces quartiers correspondent à des niveaux socio-économiques différents, avec des quartiers plus favorisés dans l'ouest et des quartiers moins favorisés dans l'est.

Ces constats corroborent les résultats observés dans notre étude de moindres consommations de produits psychoactifs chez les jeunes qui vivent dans des foyers économiquement moins favorisés.

Le lien entre le niveau de diplôme et l'usage des produits psychoactifs mis en avant dans notre étude est retrouvé dans une analyse du Baromètre santé 2005 (Beck, Legleye, Maillachon, & de Perreti, 2008). Celle-ci montre également qu'un niveau de diplôme plus faible est associé à une consommation moindre d'alcool (régulier ou ivresse) et qu'au contraire, ce sont parmi les plus diplômés que les niveaux de consommation de tabac ou de cannabis sont les plus faibles. Mais l'article montre aussi que les comportements des hommes et des femmes par rapport aux usages de substances psychoactives tendent à se rapprocher avec l'élévation du niveau social (PCS) ou du niveau de diplôme. Il suggère ainsi d'adapter la prévention en proposant des approches différentes selon l'âge, les catégories sociales et le genre.

Une prévention à renforcer

Au-delà des évolutions alarmantes déjà constatées, la situation est, en France, globalement défavorable pour plusieurs indicateurs, en comparaison avec les autres pays européens : pays consommateur important de tabac, en tête pour la consommation de cannabis et dans une position médiane pour l'ingestion massive d'alcool. Ces constats plaident pour un renforcement de la prévention précoce afin d'éviter l'entrée dans les consommations de substances psychoactives, notamment le tabagisme, d'aider à l'arrêt lorsqu'il y a une consommation régulière, de sensibiliser aux risques de consommations importantes d'alcool afin de permettre une consommation plus modérée. Empêcher, retarder, limiter les consommations des jeunes est le premier objectif du plan gouvernemental de lutte contre la Drogue et les conduites addictives 2013-2017, adopté le 19 septembre 2013 lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre, en présence de l'ensemble des ministres concernés.

Sur un autre plan, les résultats de l'étude pourraient suggérer la pertinence de réaliser une prévention spécifique pour les filles. Des synthèses de connaissances réalisées par l'Inpes sur les interventions efficaces dans la prévention des consommations d'alcool, tabac et substances illicites, essentiellement dans des programmes internationaux (Guillemont, Lamboy, Haroutunian, & Clément, 2012) (Wilquin, Lamboy, Haroutunian, & Clément, 2012) (du Roscoat, Lamboy, Haroutunian, & Clément, 2012) montrent que, parmi les interventions efficaces, les approches ciblées (public spécifique) coexistent avec des approches universelles (population générale) et que, par ailleurs, les interventions varient selon l'âge des personnes cibles.

Les autres éléments reconnus comme efficaces seraient également à prendre en compte. Les interventions ayant démontré leur efficacité combinent souvent différentes modalités : réalisées en milieu scolaire, impliquant les parents ou la famille, activités menées par des pairs, implications des médias, de la communauté. Pour les plus jeunes, la prévention des consommations d'alcool, tabac, substances illicites peut se baser sur le développement des compétences psychosociales des jeunes et aussi le développement des compétences des parents. Les interventions ayant aussi pour objectif de modifier les croyances et les normes sociales liées aux drogues ont montré leur efficacité ainsi que celles apportant un feed-back personnalisé sur les consommations via l'utilisation d'un ordinateur. D'autres

interventions, à plus grande échelle, sont également jugées efficaces : limiter l'accès aux produits en augmentant leur prix par exemple ou en augmentant l'âge minimum de ventes de l'alcool et du tabac, l'interdiction de la publicité autour de l'alcool et du tabac. Au sein de la famille, l'établissement de règles anti-tabac permet par exemple de reporter l'initiation. Les interventions liées à la sexualité efficaces (Kersaudy-Rahib, Lamboy, Haroutunian, & Clément, 2012) consistent essentiellement en une acquisition de connaissances et de compétences sur la prévention des infections sexuellement transmissibles. Elles peuvent être plus larges et viser à améliorer la disponibilité des préservatifs, leur acceptabilité et accessibilité, via par exemple des distributions à grande échelle, en milieu scolaire ou ailleurs. Pour cette thématique, les approches par publics spécifiques ont été ciblées sur des approches par genre ou auprès des minorités culturelles.

Des recherches à poursuivre

Les résultats de cette étude ont mis en avant des constats qui soulèvent de nombreuses questions. Si des hypothèses peuvent proposer des éléments de réponse, des études complémentaires ou des recherches spécifiques pourraient permettre d'apporter des éclaircissements.

Ainsi, la spécificité des filles franciliennes, dont on a mis en avant la plus grande vulnérabilité, pourrait être étudiée en identifiant en particulier s'il s'agit d'une spécificité de la région Île-de-France ou si celle-ci se retrouve dans d'autres grandes villes en France. En effet dans notre étude, l'Île-de-France a été comparée au reste de la France, mais le reste de la France ne représente pas un tout homogène, puisqu'il comprend des zones très urbanisées, des zones rurales, des zones péri-urbaines. D'autre part, il serait intéressant de regarder si cette spécificité est propre à la France ou s'il s'agit d'un effet région-capitale. Il pourrait ainsi être envisagé des comparaisons avec d'autres grandes métropoles, telles que Londres ou Berlin.

1.4 Résumé des caractéristiques des comportements des jeunes franciliens

Tableau 1 : Indicateurs de consommations de produits psychoactifs, de conduites à risque, de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans

	% en Île-de-France 2010		Comparaison IdF vs hors IdF, 2010		Comparaison garçons vs filles, 2010		Evolution 2005-2010, IdF	
	G	F	G	F	IdF	HIdF	G	F
Addictions								
Expérimentation alcool	86,6	88,6	=	=	=	=	→	→
Alcool hebdomadaire 12 mois	34,5	23,3	< ⁽¹⁾	=	> ⁽²⁾	>	→	↗
Expérimentation ivresse	53,8	37,7	<	=	>	>	→	→
Ivresses répétées 12 mois	27,6	13,1	=	=	>	>	↗	↗
Ivresses régulières 12 mois	16,9	3,8	=	=	>	>	↗	↗
API 12 mois	45,4	31,4	<	=	>	>	→	→
Expérimentation tabac	42,8	35,4	=	<	=	=	→	→
Tabac quotidien	30,1	31,2	=	=	=	>	→	↗
Expérimentation cannabis	42,8	35,4	=	=	=	>	↘	→
Cannabis régulier 12 mois	8,0	4,8	=	=	=	>	→	↗
Polyexpérimentation 2/3 produits	62,9	61,4	<	<	=	=	→	→
Polyconsommation régulière 2/3 produits 12 mois	19,4	15,5	=	>	=	>	→	↗
Expérimentation autres drogues illicites (hors cannabis)	15,8	11,9	=	=	=	>	↗	↗
Consommation médicaments psychotropes vie	14,8	20,5	=	=	=	<	nd	nd
Jeu problématique 12 mois	6,6	2,2	=	=	=	=	nd	nd
Santé mentale, conduites à risque								
Détresse psychologique mois	10,5	19,2	=	=	<	<	nd	nd
Pensées suicidaires 12 mois	3,1	4,2	=	=	=	<	nd	nd
Tentatives suicide vie	2,3	4,6	=	=	=	<	→	→
Episode dépressif 12 mois	10,5	8,7	>	=	=	<	nd	nd
Violences physiques subies 12 mois	8,2	8,2	=	=	=	>	→	→
Violences verbales, psychologiques 12 mois	24,9	30,6	=	=	=	=	nd	Nd
Vol / tentative de vol 12 mois	14,3	12,3	=	=	=	>	nd	Nd
Violences sexuelles vie	4,2	11,4	>	=	<	<	nd	Nd
Accidents 12 derniers mois	14,7	15,7	=	=	=	>	→	→
Sexualité, nutrition								
Contraception d'urgence vie	so	56,2	so	>	so	so	so	↗
IVG 5 dernières années	so	18,7	so	>	so	so	so	↗
IST 5 dernières années	1,4	11,6	=	>	<	<	nd	nd
Excès de poids (surpoids + obésité)	17,3	8,5	=	<	>	>	↗	→
Insuffisance pondérale	2,5	15,7	<	=	<	<	→	→
Comportements alimentaires perturbés	24,5	23,2	<	=	=	<		→

Source : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) Lecture : la consommation hebdomadaire d'alcool est chez les garçons, inférieure en IdF par rapport à HIdF

(2) Lecture : la consommation hebdomadaire d'alcool est plus élevée chez les garçons que chez les filles en IdF.

nd : Information non disponible

so : Sans objet

Seuil de significativité des tests : 5 %

2 | INTRODUCTION

Les politiques publiques s'intéressent depuis longtemps à la question de la santé des jeunes. Le dernier plan santé des jeunes, présenté par la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports le 27 février 2008, a émis des propositions sur, notamment, la lutte contre les pratiques addictives, la mise en place d'habitudes nutritionnelles équilibrées, la lutte contre l'anorexie. Les conduites de consommation de produits psychoactifs à l'adolescence font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et des acteurs de santé et de prévention, car c'est souvent lors de cette période que se mettent en place les consommations susceptibles de perdurer à l'âge adulte. L'adolescence est en effet le moment de la découverte des produits psychoactifs, et notamment des plus courants d'entre eux, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis (Beck, Godeau, Legleye, & Spilka, 2007) (Legleye, Spilka, Le Nezet, Hassler, & Choquet, 2009). Leurs consommations sont des enjeux de santé publique du fait des nombreuses conséquences médicales, sociales et économiques que leur abus et leur dépendance entraînent (Com-Ruelle & Le Guen, 2013).

Plus globalement, les conduites à risque des jeunes sont étudiées depuis les années quatre-vingt, en particulier sur les risques par rapport au VIH/sida, les usages de drogues et la conduite routière (Peretti-Watel, 2002). Elles constituent un ensemble protéiforme qui peut contenir aussi bien les conduites d'usage de substances psychoactives que les conduites addictives, les troubles alimentaires (anorexie mentale), les prises de risque sur la route, les scarifications, les tentatives de suicide, une sexualité à risque, des fugues, des actes délictueux ou violents, etc., même s'il n'y a pas une définition consensuelle sur le contenu de ces conduites (Courtois, 2011).

Pour reprendre les termes du sociologue D. Le Breton, le terme de conduites à risque chez les jeunes désigne « une série de conduites disparates dont le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril. Empruntant des formes variées, elles relèvent de l'intention, mais aussi de motivations inconscientes. Certaines, longuement délibérées, inscrites dans la durée, s'instaurent en mode de vie, d'autres marquent un passage à l'acte, ou une tentative unique liée aux circonstances » (Le Breton, 2002).

Au niveau régional, la santé des jeunes fait partie des priorités de santé, tant pour l'Agence régionale de santé (ARS) que pour la Région Île-de-France. Dans le cadre de son projet régional de santé (PRS), l'ARS a élaboré un plan stratégique à partir d'un constat alarmant, notamment sur le cumul de situations défavorables à la santé : mauvaises conditions de nutrition, addictions, prises de risque, notamment en ce qui concerne les traumatismes violents, problèmes de santé mentale... (Agence régionale de santé d'Île-de-France, 2011). Les propositions d'actions s'articulent autour de la prévention, en particulier dans les thématiques d'éducation à la vie affective et sexuelle, la santé mentale et aussi d'actions de prévention et de promotion de la santé pour les jeunes ayant moins accès au système de soins, les jeunes reçus dans les missions locales et permanences d'accueil, d'information d'orientation (PAIO), les jeunes non scolarisés des quartiers populaires, ceux en apprentissage et ceux en situation d'insertion professionnelle ou encore les jeunes en situation de handicap. Un projet santé pour les jeunes est actuellement mené, défini de manière partagée dans le cadre de la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) et retenue comme prioritaire par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)¹, notamment sa commission prévention.

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - dite loi « H.P.S.T. » - a créé la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA.). Cette instance de démocratie sanitaire est un organisme consultatif qui concourt par ses

L'Observatoire régional de santé Île-de-France a réalisé, dans le cadre de ses études sur la santé des jeunes, une exploitation régionale du Baromètre santé 2005 de l'Inpes (Beck, Guilbert, & Gautier, 2007) et des évolutions 1997-2005. Cette étude avait permis d'identifier les situations et comportements à risque des jeunes franciliens ainsi que les facteurs associés à ces comportements et de les comparer à ceux du reste de la France (Embersin, Chardon, & Grémy, 2007). Les résultats mis en avant étaient notamment :

- des niveaux d'usage d'alcool et de tabac inférieurs à ceux observés hors Île-de-France, de cannabis et de polyconsommation régulière comparables à ceux du reste de la France,
- une stabilité de la consommation de cannabis en Île-de-France et une forte augmentation en région entre 1997 et 2005, si bien qu'en 2005 les niveaux étaient comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France,
- une diminution des prévalences de certaines conduites à risque (polyexpérimentation et polyconsommation régulière de substances psychoactives, accident, violence physique agie), si bien qu'en 2005, les prévalences n'étaient pas plus élevées en Île-de-France que dans le reste de la France,
- malgré une diminution des prévalences de tentatives de suicide entre 1997 et 2005 plus importante en Île-de-France qu'en région, un risque de tentatives de suicide plus élevé en Île-de-France et un suivi insuffisant,
- une prise de risque dans la sexualité plus importante en Île-de-France, en particulier chez les filles, avec une moindre utilisation du préservatif au premier rapport et un plus grand recours à la contraception d'urgence, témoignant d'échec de contraception ou d'absence de contraception. Le recours plus élevé à la contraception d'urgence peut aussi témoigner d'un meilleur niveau d'information et/ou une meilleure accessibilité à la contraception d'urgence,
- une prévalence de surpoids et obésité légèrement inférieure en Île-de-France et stable entre 1997 et 2005.

L'analyse a par ailleurs permis de retrouver l'association des conduites à risque entre elles, les jeunes consommateurs étant plus nombreux que les autres à déclarer d'autres conduites à risque (accidents, violence, etc.).

Afin d'actualiser les connaissances et du fait de la disponibilité des données du Baromètre santé 2010 de l'Inpes, cette étude propose une exploitation régionale sur les comportements et l'état de santé des jeunes. Elle propose également une analyse des évolutions entre 2005 et 2010. A noter que l'Inpes a réalisé plus récemment un Baromètre 2014, mais l'échantillon plus restreint ne permet pas d'analyse à l'échelle régionale sur ces thèmes.

Un premier chapitre concerne les usages de produits psychoactifs chez les jeunes, en termes de consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de repérage des usages à risque, le vécu des jeunes en termes de crainte des maladies et leur sentiment d'information par rapport aux produits. Les évolutions de ces consommations sont également proposées. Un point concerne la pratique de jeux de hasard et d'argent qui peut poser des problèmes de pratique excessive, voire révéler des comportements d'addiction.

Un deuxième chapitre est centré sur la souffrance psychique et d'autres conduites à risque. Il présente quatre indicateurs de santé mentale, quatre indicateurs de violence subie et un indicateur d'accidentologie. Les évolutions sont présentées pour les indicateurs comparables entre 2005 et 2010.

avis à la politique régionale de la santé -champ sanitaire et médico-social (politiques menées en direction des personnes âgées, des personnes handicapées, etc.).

Un troisième chapitre aborde les questions de sexualité et contraception, notamment en termes de prises de risque, telles que l'absence de moyens de protection face à une infection sexuellement transmissible ou à une grossesse non désirée.

Un dernier chapitre est consacré aux questions relatives à la nutrition, sous l'aspect des problèmes liés au poids (insuffisance pondérale, surpoids, obésité) et des rapports perturbés à la nourriture. Pour ce dernier aspect, son association avec la santé mentale est explorée.

Afin de mettre en évidence les aspects spécifiques de la région francilienne, les analyses portent sur la comparaison des comportements des jeunes franciliens de 15-25 ans avec ceux des jeunes du même âge résidant en dehors de l'Île-de-France, départements d'Outre-mer non inclus, pour l'année 2010.

De plus, pour mesurer les évolutions entre 2005 et 2010, les comparaisons portent sur l'évolution des comportements des Franciliens entre 2005 et 2010 et leur spécificité par rapport à celle des comportements des jeunes résidant hors Île-de-France. Les caractéristiques des échantillons et les méthodes d'analyse sont présentées dans le chapitre 2.

3 | MÉTHODE

3.1 L'enquête Baromètre santé 2010

Les questions de méthodologie présentées ci-dessous sont reprises de la publication de l'Inpes sur les comportements de santé des jeunes (Beck, et al., 2013)

3.1.1 Base de sondage, échantillonnage, choix de la personne à interroger

Le Baromètre santé est une enquête par téléphone réalisée auprès d'un échantillon constitué de manière aléatoire, représentatif de la population de la France métropolitaine. Une méthodologie spécifique a été mise en place pour constituer la base de sondage des individus à tirer au sort du fait de différents facteurs : l'importance des foyers en liste rouge ou orange (29 % des individus), la forte proportion de foyers en dégroupage total (accès au réseau dans France Télécom), les foyers ne disposant que de mobiles. La nécessité de représenter ces différentes situations tient au fait que les populations concernées présentent des caractéristiques différentes : pour les listes rouges, les individus sont plus jeunes, plus urbains, plus diplômés et surreprésentés dans les hauts revenus, pour les mobiles exclusifs, ce sont plus souvent des personnes dont les ressources sont les plus faibles, jeunes (18 à 24 ans surtout), les personnes vivant seules, les ouvriers.

Deux échantillons ont été constitués : un échantillon de téléphones fixes avec un numéro géographique (01 à 05) et un échantillon de mobiles non joignables par un numéro géographique. L'échantillon de mobiles permettait de joindre aussi les foyers en dégroupage total, sachant que ceux-ci possèdent, pour 95 % d'entre eux, un téléphone portable. Parmi l'échantillon des portables, la question était posée sur la possession d'une ligne fixe sans numéro géographique afin d'identifier les foyers en dégroupage total.

Au sein de chaque foyer, une seule personne était interrogée, le choix de la personne à interroger s'effectuant par la méthode Kish (sélection aléatoire par le système informatique à partir de la liste des personnes du foyer établie lors de l'entretien téléphonique).

3.1.2 Le questionnaire

Dans le Baromètre 2005, une version courte du questionnaire avait été réalisée, gardant certaines questions de certains modules, pour les personnes interrogées sur leur mobile et ne possédant pas de ligne fixe.

En 2010, une autre procédure a été retenue. Un questionnaire dit principal a été passé à l'ensemble de l'échantillon. Ce questionnaire permettait ainsi d'alléger la durée de passation du questionnaire. Il est composé de variables utiles à l'ensemble des thèmes (variables socio-démographiques et variables transversales, pour une durée de 20-25 minutes).

Des approfondissements de certaines thématiques ou des thématiques non abordées en questionnaire principal ont été abordés en sous-échantillons, par tirage au sort de trois sous-échantillons d'environ 9000 enquêtés sur une durée de 10 minutes. Certaines questions n'ont même été posées qu'à un sixième de l'échantillon (la plupart des questions d'opinions et les questions n'ayant pas vocation à être transversales).

Les participants ont été interrogés par téléphone sur leur qualité de vie, les usages d'alcool, tabac, drogues illicites, la santé mentale, le suicide, la sexualité, la contraception, les IST, les maladies chroniques, le handicap, les événements de vie, les violences subies, les caractéristiques sociales et la précarité, le jeu pathologique, le sommeil, la téléphonie santé, la pratique de jeux d'argent. En sous-échantillons, outre les approfondissements de certains thèmes cités ci-dessus, des thèmes sur les maladies infectieuses, les vaccinations, la perception de la santé et le sentiment d'information, les accidents.

3.1.3 L'échantillon et le redressement

Au total, le Baromètre santé 2010 a porté sur un échantillon de 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans, représentatif de la population résidant en France métropolitaine, constitué de manière aléatoire. L'échantillon francilien est de 4 440 personnes de 15 à 85 ans.

Afin de tenir compte de la probabilité de tirage au sort dans le foyer, une pondération inversement proportionnelle au nombre de lignes téléphoniques du foyer divisé par le nombre de personnes dans le foyer a été appliquée. Puis pour prendre en compte les biais de non-réponse (refus, etc.), un redressement a été effectué par un calage sur marges à partir des données de l'enquête Emploi 2008, sur les variables suivantes : sexe et âge (tranches quinquennales pour 15-25 ans et décennales pour les 26-85 ans), taille de l'agglomération de résidence, région UDA (9 zones géographiques, dont Île-de-France), diplôme, équipement téléphonique (fixe dont dégroupés, mobiles exclusifs).

3.1.4 L'échantillon des jeunes de 15-25 ans

L'échantillon des jeunes de 15-25 ans est de 3 855 personnes, 652 en Île-de-France et 3 203 hors Île-de-France. Cet échantillon des jeunes de 15-25 ans est suffisamment important pour permettre de nombreuses analyses. Certaines limites existent toutefois pour des analyses sur l'Île-de-France seule, du fait d'un échantillon relativement petit ou pour certaines comparaisons entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Les échantillons d'Île-de-France (IdF) et hors Île-de-France (HIdF) sont comparables en termes de structures par âge, sexe et statut matrimonial légal (Annexe 1). En revanche, ils diffèrent pour ce qui concerne le type de commune dans laquelle vivent les jeunes. En Île-de-France, seuls 4 % des jeunes de l'échantillon résident dans une commune rurale, alors que c'est le cas de 30 % des jeunes résidant hors Île-de-France.

Si la plupart des jeunes de 15-25 ans sont scolarisés, cette observation est plus frappante en Île-de-France, région qui compte 64 % d'étudiants dans cette catégorie d'âge contre 59 % hors Île-de-France. De manière globale, les jeunes d'Île-de-France sont plus diplômés que ceux en région : 10 % d'entre eux ont un niveau supérieur au Bac contre 8 % hors Île-de-France ($p < 0,05$) ; de même, une proportion moindre de Franciliens (1 %) sont concernés par l'inactivité (congé longue durée, congé parental, arrêt maladie, invalidité, etc.) que les jeunes résidant hors Île-de-France (3 %, $p < 0,05$).

3 855 jeunes de 15-25 ans interrogés en 2010, parmi lesquels 652 en Île-de-France.

3.2 L'enquête Baromètre santé 2005

Le Baromètre santé 2005 portait sur un échantillon total de 30 514 personnes de 12 à 75 ans représentatif de la population résidant en France métropolitaine et disposant d'une ligne fixe de téléphone, parmi lesquelles 29 341 personnes de 15 à 75 ans. Un échantillon de 4 061 mobiles exclusifs avait été ajouté, interrogé uniquement sur une version courte du questionnaire.

Un sur-échantillon de jeunes franciliens a permis de disposer de résultats robustes pour les jeunes de 12-25 ans, tranche d'âge étudiée. Le terrain d'enquête du sur-échantillon a eu lieu trois mois après la fin du terrain de l'enquête nationale. Toutes listes de téléphone confondues (blanche, orange, rouge), le taux de refus ménages était de 31,4 % pour l'enquête nationale chez les 12-75 ans (17,5 % pour le sur-échantillon francilien chez les 12-25 ans), le taux de refus individus de 5,7 % (5,4 % pour le sur-échantillon francilien) et le taux d'abandon de 8,7 % (2,7 % pour le sur-échantillon). Les mobiles exclusifs n'ont pas été pris en compte dans le sur-échantillon pour diverses raisons : d'une part, une question de coût. En effet, il n'y avait pas de possibilité d'identifier a priori les portables dont le détenteur était domicilié en Île-de-France et cela aurait impliqué de constituer un échantillon de taille très importante pour sélectionner a posteriori les personnes domiciliées en Île-de-France. Deuxièmement, dans l'enquête nationale, les mobiles exclusifs n'ont pas été pris en compte dans les analyses, du fait d'un questionnaire différent (version courte) compte tenu des difficultés techniques de réaliser un long questionnaire sur un mobile.

5 980 jeunes de 12-25 ans interrogés en 2005, parmi lesquels 1 650 en Île-de-France.

Les données recueillies ont été redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, la région afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon avec la structure réelle de la population (au recensement de 1999).

L'échantillon total des jeunes de 12-25 ans comprenait 5 980 jeunes (28 ont été exclus de l'analyse faute de pouvoir connaître leur région de résidence), 4 645 issus de l'enquête nationale et 1 335 issus du sur-échantillon régional. Pour les jeunes de 15-25 ans, l'effectif était de 4 648 personnes, parmi lesquelles 1 650 en Île-de-France.

L'évolution des structures des échantillons entre 2005 et 2010 (Annexe 2) montre que pour l'Île-de-France, seules les répartitions par mode de vie et par niveau de diplôme sont significativement différentes entre 2005 et 2010. La proportion de jeunes qui vivent dans une famille monoparentale ou qui vivent seuls est plus importante en 2010 qu'en 2005. Si la proportion de jeunes en formation est comparable, en Île-de-France comme dans le reste de la France, c'est le niveau de diplôme des jeunes sortis du système scolaire qui varie. Pour les autres variables, il n'y a pas de différence significative entre 2005 et 2010.

Une proportion plus importante en 2010 qu'en 2005 de jeunes vivant dans une famille monoparentale ou vivant seuls.

3.3 Définition de certaines variables utilisées dans les analyses

Sont présentées ici les variables utilisées tout au long de l'analyse. Celles plus spécifiques à certains thèmes sont présentées dans les parties correspondantes.

3.3.1 Le mode de vie

Quatre groupes ont été définis selon la composition du ménage dans lequel les jeunes vivent :

- famille nucléaire, c'est-à-dire que le jeune vit avec ses deux parents ou tuteurs légaux, ou famille élargie (famille nucléaire + autres membres de la famille) ;
- famille monoparentale, c'est-à-dire que le jeune vit dans une famille constituée d'un seul parent ou famille recomposée ;
- les jeunes qui vivent seuls ;
- les jeunes vivant avec d'autres personnes, que ce soit en couple, en colocation ou avec des personnes de leur famille autres que les parents.

3.3.2 Le niveau de diplôme ou de formation

L'une des difficultés majeures pour utiliser le niveau de diplôme chez les jeunes est qu'une proportion importante d'entre eux sont en cours d'études et que le dernier diplôme obtenu ne reflète pas la situation scolaire et que d'autre part cette variable est fortement liée à l'âge puisque le niveau de diplôme obtenu est très dépendant de l'âge.

Afin de pallier cela, une variable a été créée en prenant en compte l'âge. Deux catégories ont été définies : les personnes ayant un niveau de diplôme « moins élevé », qui regroupent les jeunes de 15-19 ans n'ayant pas de diplôme ou ceux de 20-25 ans ayant un diplôme inférieur au Baccalauréat ; la deuxième catégorie, diplôme « plus élevé » regroupe le reste des jeunes, c'est-à-dire les jeunes de 15-19 ans ayant un diplôme et ceux de 20-25 ans ayant un diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat.

3.3.3 Le revenu par unité de consommation (UC)

Trois groupes ont été définis en fonction du revenu mensuel total du ménage déclaré par unité de consommation. L'unité de consommation est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de taille et de composition différente. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation par le nombre de personnes pour garder le

même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure de revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE, Insee) retient la pondération suivante :

1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Les catégories de revenu par UC ont ensuite été sélectionnées en tenant compte du seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian, 957€ en 2010 (Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA).

3.4 Les analyses statistiques

Dans les tableaux sont comparées les données franciliennes (IdF) à celles hors Île-de-France (non compris les DOM), et les filles sont comparées aux garçons. Des tris croisés et des tests de Chi2 ont été utilisés pour l'analyse descriptive des données. Des analyses multivariées (régressions logistiques) ont permis de comparer l'Île-de-France au reste de la France en contrôlant sur d'autres facteurs (âge, sexe, niveau de diplôme et revenu par UC). Ces régressions logistiques ont également permis de mesurer l'existence d'associations entre les variables sociodémographiques dont on sait qu'elles jouent sur les comportements (sexe, âge, mode vie, diplôme/formation, revenus, lieu de résidence) et les variables d'intérêt (consommations régulières de substances psychoactives, souffrance psychique, excès de poids, etc.).

Le seuil de significativité retenu dans l'étude, c'est-à-dire le seuil au-delà duquel on estime que le risque d'erreur lié au fait que l'on travaille sur un échantillon et non sur l'ensemble de la population serait trop grand, est de 5 %. Toutefois, compte tenu du fait que dans certaines analyses, les effectifs franciliens peuvent s'avérer relativement faibles, on prend également en considération les résultats dont la probabilité est légèrement supérieure à 5 %.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA®. La procédure svy a été utilisée afin de prendre en compte le plan de sondage et la pondération.

De légères différences d'effectifs peuvent exister entre les résultats des tableaux pour l'année 2010 seule et les résultats de l'année 2010 présentés dans les tableaux d'évolution 2005-2010. Ces différences tiennent au fait que des recodages ont dû être faits sur de nombreuses variables en 2005 et/ou en 2010 afin que les filtres des questions soient identiques.

Toutes les analyses présentées proviennent du Baromètre santé 2010, et lorsque cela est précisé (évolutions) du Baromètre santé 2005.

Tableau 2 : Expérimentation de produits psychoactifs selon le sexe en Île-de-France et hors Île-de-France chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)

En %	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	G	F	Total
Expérimentation alcool	86,6	88,6	87,6	91,6	91,0	91,3	NS	NS	S*
Expérimentation tabac ⁽²⁾	67,8	64,5	66,1	70,8	71,6	71,2	NS	S*	S*
Expérimentation cannabis	42,8	35,4	39,0	45,3	34,1	39,8	NS	NS	NS
EFFECTIFS	312	340	652	1570	1633	3202			

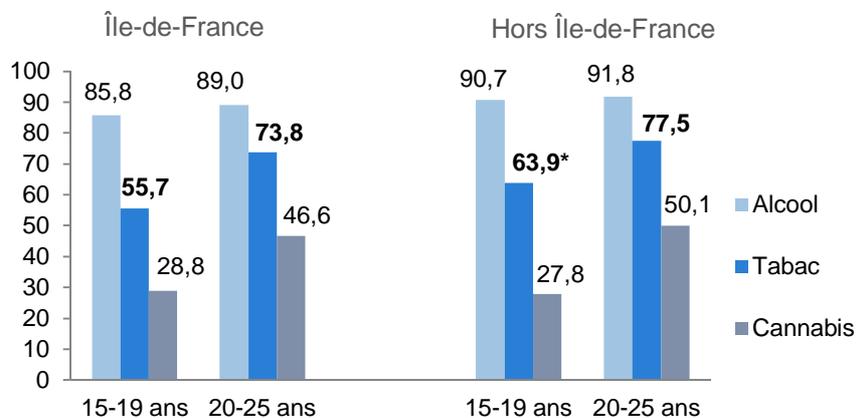
Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

(2) Avoir essayé de fumer/fumé du tabac au cours de la vie.

En **gras** : p garçons / filles significative à au moins 5%.

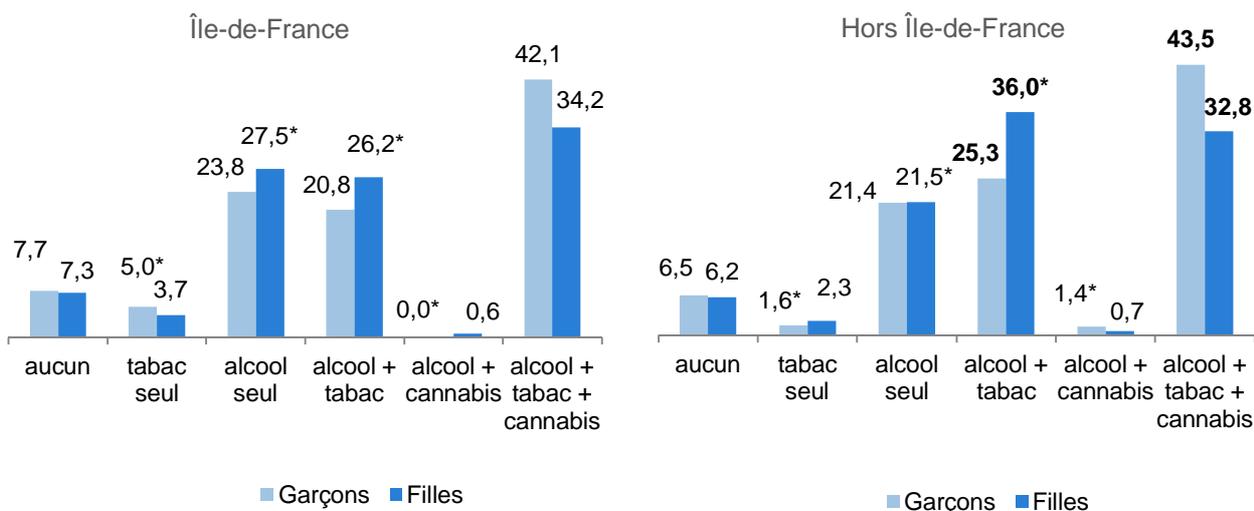
Figure 1 : Expérimentation de produits psychoactifs selon l'âge en Île-de-France et hors Île-de-France chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)



* Différences IdF / HIdF significatives à au moins 5%.

En **gras** Différences 15-19 ans / 20-25 ans significatives à au moins à 5%.

Figure 2 : Polyexpérimentation d'alcool, de tabac et de cannabis au cours de la vie (en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

En **gras** Différences garçons/ filles significatives à au moins 5%

* Différences IdF/HIdF significatives à au moins 5%

4 | USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

4.1 Expérimentation de substances psychoactives

A 15-19 ans, près de 3 jeunes sur 10 ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie, en Île-de-France ou en région

En Île-de-France, 88 % des jeunes de 15-25 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de la vie, 66 % avoir déjà fumé ou essayé de fumer du tabac et 39 % avoir déjà consommé du cannabis. Il n'est pas mis en évidence de différences significatives entre garçons et filles. Les jeunes franciliens sont moins nombreux que ceux du reste de la France à avoir expérimenté l'alcool et le tabac (88 % contre 91 % pour l'alcool et 66 % contre 71 % pour le tabac) ; en particulier chez les filles pour le tabac (72 % en région contre 65 % en Île-de-France). L'expérimentation de cannabis ne diffère pas significativement entre l'Île-de-France et le reste de la France et concerne environ 40 % des jeunes. Les garçons ont plus souvent déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la vie que les filles, respectivement 45 % et 34 % hors Île-de-France (Tableau 2), tendance qui semble aussi s'observer en Île-de-France, 43 % contre 35 % des filles mais avec une différence non significative. Les proportions d'expérimentateurs de tabac et de cannabis sont bien plus élevées à 20-25 ans qu'à 15-19 ans : 74 % des Franciliens de 20-25 ans ont expérimenté le tabac contre 56% des 15-19 ans et pour le cannabis, près de 1 jeune sur 2 de 20-25 ans l'a déjà expérimenté contre 3 sur 10 à 15-19 ans (Figure 1).

La polyexpérimentation d'alcool, tabac et cannabis est chez les jeunes un phénomène plus masculin mais reste néanmoins importante chez les filles : elle concerne 44 % des garçons contre 33 % des filles en région et, en Île-de-France, 42 % des garçons et 34 % des filles (différence cependant non significative) (Figure 2).

Un risque moins élevé en Île-de-France d'expérimentation de l'alcool, du tabac et de polyexpérimentation

Des analyses multivariées (Annexe 3) ont permis de tester la différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, en prenant en compte les facteurs pouvant jouer sur l'expérimentation. Toutes choses égales par ailleurs, les Franciliens ont, par rapport à leurs homologues du reste de la France, un risque moins élevé d'avoir expérimenté l'alcool, le tabac ou deux des trois produits parmi alcool, tabac, cannabis, respectivement de 85 %, 30 % et 49 %. La différence pour le cannabis n'est pas significative. Pour les autres facteurs, le risque est comparable entre garçons et filles, sauf pour le cannabis où les filles ont un risque moins élevé que les garçons. Les jeunes vivant dans une famille autre que la famille nucléaire (famille monoparentale, seul, autre type de foyer) ont un risque plus élevé pour les consommations de produits psychoactifs. Des revenus moins élevés (inférieurs au seuil de pauvreté ou entre 900 et 1500 euros mensuels par unité de consommation) apparaissent comme facteurs protecteurs de l'expérimentation de l'alcool, du tabac, du cannabis ou la polyexpérimentation. Le diplôme n'est associé qu'à l'expérimentation d'alcool, un niveau de diplôme moins élevé étant un facteur protecteur.

En Île-de-France, 88 % des jeunes de 15-25 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de la vie, 66 % avoir déjà fumé du tabac et 39 % avoir déjà consommé du cannabis.

L'expérimentation du tabac concerne 74 % des Franciliens de 20-25 ans et 56 % des 15-19 ans. Celle du cannabis concerne 1 jeune sur 2 à 20-25 ans et 3 sur 10 à 15-19 ans.

Une expérimentation moindre d'alcool et de tabac en Île-de-France que dans le reste de la France et une expérimentation comparable pour le cannabis.

Tableau 3 : Evolution de l'expérimentation des produits psychoactifs au cours de la vie entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010
Expérimentation de l'alcool								
Garçons	89,6	86,6	NS	90,8	91,6	NS	NS	NS
Filles	83,3	88,6	NS	89,1	91,0	NS	S**	NS
Ensemble	86,4	87,6	NS	90,0	91,3	NS	S**	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**	NS		NS	NS			
Avoir essayé de fumer / avoir fumé du tabac au cours de la vie								
Garçons	69,5	67,8	NS	74,9	70,8	S*	S*	NS
Filles	65,8	64,5	NS	72,3	71,6	NS	S**	S*
Ensemble	67,7	66,1	NS	73,6	71,2	NS	S***	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS	NS		NS	NS			
Expérimentation du cannabis								
Garçons	52,5	42,8	S*	50,8	45,2	S**	NS	NS
Filles	32,1	35,4	NS	39,8	34,1	S*	S**	NS
Ensemble	42,1	39,0	NS	45,4	39,8	S***	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	NS		S***	S***			
Polyexpérimentation de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis								
Garçons	69,3	62,9	NS	74,0	70,5	NS	S*	S*
Filles	62,3	61,4	NS	69,8	70,0	NS	S**	S*
Ensemble	65,7	62,1	NS	71,9	70,3	NS	S***	S**
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S*	NS		S*	NS			
EFFECTIFS	1650	652		2995	3203			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Des niveaux d'expérimentation de l'alcool et du tabac globalement stables en Île-de-France entre 2005 et 2010

En Île-de-France, les niveaux d'expérimentation de l'alcool, du tabac ou du cannabis en 2010 ne diffèrent pas de ceux de 2005, à l'exception de celui du cannabis, qui a diminué de près de 10 points chez les garçons franciliens (53 % à 43 % entre 2005 et 2010) (Tableau 3). Une diminution, de plus faible ampleur, a aussi été observée chez les garçons hors Île-de-France, si bien que les niveaux restent comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France en 2010, comme ils l'étaient en 2005. L'expérimentation de l'alcool est globalement stable, même si elle semble avoir légèrement augmenté chez les Franciliennes (différence non significative). Ainsi en 2010 le niveau francilien est comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France, alors qu'en 2005, les Franciliennes étaient moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté l'alcool, 83 % contre 89 % hors Île-de-France (Tableau 3). La baisse des niveaux d'expérimentation du tabac observée dans le reste de la France chez les garçons ne l'a pas été en Île-de-France et ainsi les proportions d'expérimentateurs de tabac sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France en 2010 alors qu'en 2005, les Franciliens déclaraient moins souvent que leurs homologues en région avoir expérimenté le tabac.

Une baisse de l'expérimentation du cannabis en Île-de-France et dans le reste de la France, sauf chez les filles franciliennes

Chez les filles, les niveaux d'expérimentation de cannabis ont baissé en région entre 2005 et 2010, ce qui n'est pas le cas en Île-de-France où les proportions sont restées constantes. Ainsi, alors que les proportions d'expérimentatrices franciliennes étaient inférieures à celles du reste de la France en 2005, elles s'avèrent comparables entre ces zones géographiques en 2010. Chez les garçons, on a vu que l'expérimentation du cannabis avait fortement diminué en Île-de-France.

L'expérimentation de deux ou trois produits psychoactifs n'a significativement pas varié entre 2005 et 2010, en Île-de-France ou en région. En 2005, les proportions d'expérimentateurs étaient moins élevées en Île-de-France qu'en région et elles le restent en 2010. Environ 6 Franciliens sur 10 déclarent avoir expérimenté plusieurs produits psychoactifs contre 7 sur 10 en région.

En 2005, les niveaux d'expérimentation des garçons étaient toujours plus élevés que pour les filles pour l'alcool, le cannabis et la polyexpérimentation en Île-de-France. En 2010, on n'observe aucune différence significative entre les garçons et les filles en Île-de-France, quel que soit le produit. Le rapprochement des comportements garçons-filles semble plus spécifique de l'Île-de-France.

L'évolution des niveaux d'expérimentation n'a pas varié de façon significative entre 2005 et 2010, quel que soit l'âge ou la région, sauf chez les garçons de 15-19 ans en région, pour le cannabis, qui a fortement diminué (-9 points) (Annexe 4).

La baisse des niveaux d'expérimentation du tabac observée dans le reste de la France chez les garçons ne l'a pas été en Île-de-France. L'expérimentation du cannabis a fortement diminué en Île-de-France.

Environ 6 Franciliens sur 10 déclarent avoir expérimenté plusieurs produits psychoactifs contre 7 sur 10 en région.

Entre 2005 et 2010, garçons et filles ont adopté des comportements très similaires en termes d'expérimentation d'alcool, de cannabis et autres produits. Ce rapprochement des comportements semble plus spécifique de l'Île-de-France.

Tableau 4 : Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis selon le sexe en Île-de-France et hors Île-de-France chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)

	IdF			HIdF		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Poppers*	12,7	7,4	10,0	9,0	8,0	8,5
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			NS		
Au moins 1 drogue illicite autre que cannabis et poppers	8,8	7,4	8,1	10,6	5,5	8,1
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			S***		
Cocaïne	5,1	4,5	4,8	6,3	2,6	4,5
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			S***		
Champignons hallucinogènes	4,8	1,9	3,3	5,3	2,3	3,8
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			S***		
Colles et solvants	4,3	1,2	2,7	3,0	1,2	2,1
p ⁽¹⁾ (G/F)	S*			S***		
Ecstasy / MDMA*	3,5	1,2	2,3	4,8	2,1	3,5
p ⁽¹⁾ (G/F)	S*			S***		
Amphétamines	1,3	1,0	1,2	2,3	1,3	1,8
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			S*		
LSD	1,6	0,3	1,0	2,3	1,1	1,7
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS			S*		
Héroïne	0,0	0,0	0,0	2,2	0,5	1,4
p ⁽¹⁾ (G/F)				S***		
EFFECTIFS	312	340	652	1570	1633	3203

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X² test sur les effectifs pondérés et redressés pour les comparaisons garçons/filles : NS, Non significatif, S* probabilité<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 5 : Evolution de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010
Garçons	9,5	15,8	S**	12,4	15,9	S*	NS ⁽²⁾	NS
Filles	4,7	11,9	S**	6,1	11,5	S***	NS	NS
p ⁽¹⁾ G/F	NS	NS ⁽²⁾		S***	S**			
15-19 ans	3,9	8,6	S*	6,2	8,4	NS ⁽³⁾	NS ⁽⁴⁾	NS
20-25 ans	9,4	17,7	S**	12,1	18,3	S***	NS ⁽⁵⁾	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 / 20-25 ans	S***	S**		S***	S***			
Ensemble	7,0	13,8	S***	9,3	13,7	S***	S*	NS
EFFECTIFS	1650	652		2993	3203			

Source : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X² test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, Non significatif, S* probabilité<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

(2) p=0,0732

(3) p=0,0687

(4) p=0,0510

(5) p=0,0756

En Île-de-France, 1 jeune francilien sur 10 déclare avoir expérimenté les poppers au cours de la vie

Concernant la consommation de drogues illicites autres que le cannabis, 10 % des jeunes franciliens de 15-25 ans ont déjà expérimenté des poppers au cours de la vie, et 8 % des jeunes déclarent avoir consommé au cours de la vie une drogue illicite autre que le cannabis et les poppers, avec notamment 5 % pour la cocaïne, 3 % pour les champignons hallucinogènes, 3 % pour les colles et les solvants, 2 % pour l'ecstasy ou MDMA, 1 % pour les amphétamines, 1 % pour le LSD (Tableau 4).

En région, les garçons déclarent plus souvent que les filles avoir déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis et les poppers (11 % contre 6 %). En revanche en Île-de-France, la consommation de drogues illicites (hors cannabis et poppers) ne diffère pas significativement entre les deux sexes, sauf pour les colles/solvants et l'ecstasy/MDMA où les garçons déclarent plus que les filles en avoir déjà consommé au cours de la vie (4 % contre 1 %).

Les différences entre l'Île-de-France et le reste de la France ne sont pas significatives, que ce soit chez les garçons, chez les filles, ou pour les deux sexes, sauf pour l'héroïne, où les garçons résidant hors Île-de-France sont plus consommateurs que leurs homologues d'Île-de-France (aucun Francilien n'a déclaré avoir consommé de l'héroïne au cours de la vie).

Des niveaux comparables d'expérimentation des drogues illicites entre filles et garçons en Île-de-France.

Des niveaux d'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis en forte augmentation entre 2005 et 2010, en Île-de-France comme en région

Chez les filles, plus que chez les garçons, chez les jeunes de 15-19 ans et chez ceux de 20-25 ans, en Île-de-France comme en région, les proportions d'expérimentateurs de drogues illicites autres que le cannabis ont fortement augmenté entre 2005 et 2010 (Tableau 5).

Les niveaux d'expérimentation qui étaient légèrement inférieurs en Île-de-France par rapport au reste de la France en 2005, sont devenus comparables en 2010.

Les garçons sont toujours un peu plus expérimentateurs que les filles, en région et en Île-de-France, même si les différences ne sont pas significatives pour cette dernière. Les jeunes de 20-25 ans sont plus souvent expérimentateurs que ceux de 15-19 ans, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France.

Forte augmentation de l'expérimentation des drogues illicites (autres que cannabis) entre 2005 et 2010, chez les filles plus que chez les garçons.

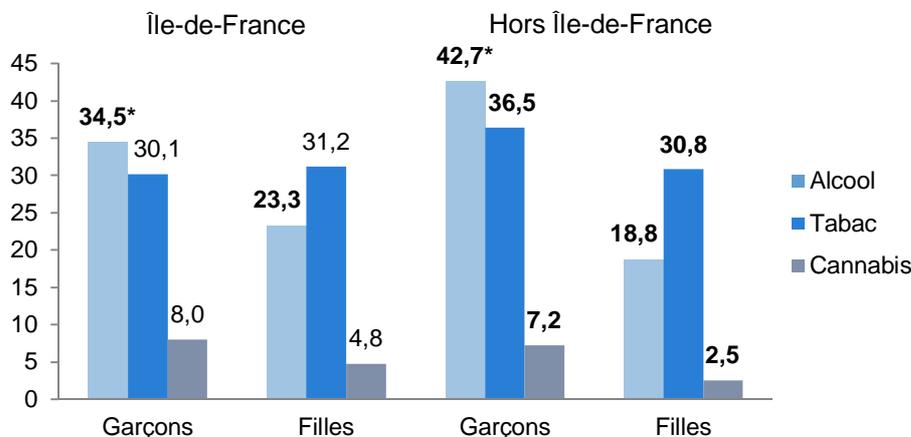
Encadré 1 . Définition des poppers et de la MDMA

Les poppers sont des préparations liquides très volatiles contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques ou cycliques (amyle, butyle, propyle, pentyle, cyclohexyle). D'abord à usage médical, les ampoules contenant ces nitrites produisaient à l'ouverture un bruit « pop » qui a donné le nom au produit. Inhalés, les poppers engendrent immédiatement sensation d'euphorie, rires, et relaxation des fibres musculaires. Ils peuvent produire une hypotension et une accélération du rythme cardiaque. Ils sont utilisés notamment pour optimiser les performances sexuelles, dans la mesure où l'usage par inhalation faciliterait l'érection, retarderait l'éjaculation et accroîtrait les sensations orgasmiques. Leurs effets ne durent pas plus de 2 minutes (OFDT).

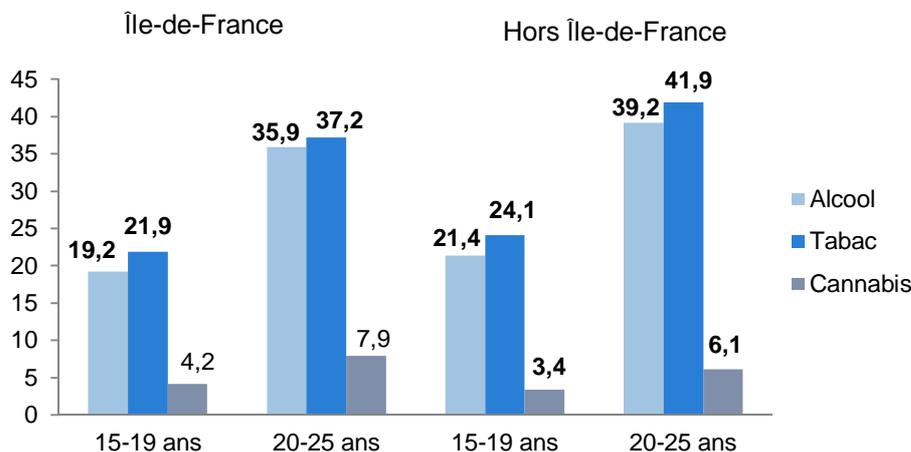
MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine) : drogue de synthèse appelée ecstasy sous sa forme comprimé. La diffusion de la MDMA a suivi l'essor du mouvement festif techno. Recherchée pour ses effets empathogènes, c'est, à forte dose, un produit hallucinogène qui peut entraîner des modifications des perceptions sensorielles. L'ecstasy semble depuis quelques années connaître un reflux au profit d'autres formes comme la poudre, dite MDMA, et le cristal (à ne pas confondre avec la méthamphétamine), plus onéreuses mais plus concentrées en principes actifs. La MDMA est avalée mais aussi sniffée, plus rarement fumée ou injectée.

Figure 3 : Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis en Île-de-France et hors Île-de-France (en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Selon le sexe



Selon l'âge



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les prévalences marquées **en gras** sont significativement différentes après comparaisons garçons / filles ou après comparaisons par tranche d'âge.

* Différences significatives à au moins 5 % entre Île-de-France et Hors Île-de-France

Encadré 2 . Définition des consommations régulières

Alcool : au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

Tabac : au moins une cigarette par jour.

Cannabis : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours.

En Île-de-France, 3 jeunes de 15-25 ans sur 10 consomment régulièrement de l'alcool ou du tabac

Chez les Franciliens de 15-25 ans, les consommations de produits psychoactifs sont élevées : pour les deux sexes, 29 % des jeunes de 15-25 ans ont déclaré boire de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois, 31 % fument quotidiennement du tabac et 6 % ont consommé du cannabis au moins dix fois au cours des trente derniers jours. Si en Île-de-France, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à consommer quotidiennement du tabac, elles sont en revanche moins souvent consommatrices régulières d'alcool, 23 % d'entre elles contre 35 % des garçons de 15-25 ans. La consommation régulière de cannabis ne semble pas non plus différer entre les garçons et les filles, respectivement 8 % et 5 % (Figure 3).

Les filles sont aussi nombreuses que les garçons à consommer quotidiennement du tabac mais sont moins souvent consommatrices régulières d'alcool.

Une proportion plus faible de consommateurs hebdomadaires d'alcool en Île-de-France qu'en région mais des proportions comparables pour le tabac et le cannabis

L'Île-de-France se caractérise par une proportion moins élevée de garçons consommateurs hebdomadaires d'alcool, 35 % contre 43 % en région tandis que les proportions sont comparables chez les filles. Pour le tabac et le cannabis, il n'y a pas de différence mise en évidence entre les deux zones géographiques, quel que soit le sexe (Figure 3).

Tabac et cannabis : filles et garçons sont autant consommateurs en Île-de-France.

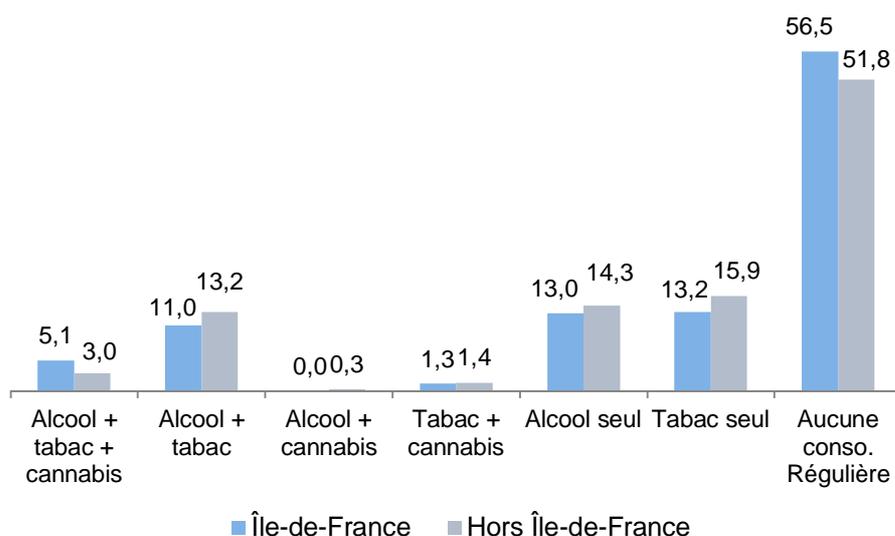
Une autre caractéristique de l'Île-de-France est la plus grande proximité des comportements entre garçons et filles. Les consommations régulières de tabac et de cannabis concernent des proportions comparables de filles et de garçons en Île-de-France, seule la consommation régulière d'alcool continue à être plus masculine, mais avec une différence moins marquée qu'en région où il y a 24 points d'écart entre les filles et les garçons.

A 20-25 ans, 4 jeunes sur 10 consomment régulièrement de l'alcool ou du tabac en Île-de-France ou en région

Les consommations augmentent fortement avec l'âge. Ainsi à 20-25 ans, 36 % des Franciliens déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine et 37 % fumer quotidiennement (respectivement 19 % et 22 % à 15-19 ans). Si la différence n'est pas significative pour la consommation de cannabis, probablement due à la faiblesse des effectifs, la proportion a doublé, passant de 4 % à 8 % entre 15-19 ans et 20-25 ans. Pour une même catégorie d'âge, on n'observe plus de différence dans les proportions de consommateurs réguliers entre l'Île-de-France et le reste de la France, quel que soit le produit psychoactif considéré.

Les consommations d'alcool et de tabac augmentent fortement avec l'âge.

Figure 4 : Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis*
(en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Tableau 6 : Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis selon le sexe
(en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Polyconsommation régulière	IdF		HIdF		p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Alcool + tabac + cannabis	6,5	3,9	4,5	1,4	NS	NS
2 produits	12,9	11,6	21,1	8,6	S**	NS
Alcool + tabac	11,4	10,7	18,9	7,4	S*	NS
Alcool + cannabis	0,0	0,0	0,6	0,1	NS	NS
Tabac + cannabis	1,6	1,0	1,7	1,1	NS	NS
Total 2 ou 3 produits	19,4	15,5	25,6	9,9	NS	S*
Alcool seul	17,0	9,0	18,6	9,8	NS	NS
Tabac seul	10,5	15,7	10,1	20,9	NS	NS
Total un seul produit	27,5	24,8	29,9	30,7	NS	NS
Aucune consommation régulière	53,1	59,7	44,5	59,4	S*	NS
p ⁽¹⁾ (G/F)	NS		S***			
EFFECTIFS	306	336	1547	1621		

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001
Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5 % pour la comparaison G/F

Encadré 3 . Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis

Définie ici comme le fait d'avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois, de consommer du tabac quotidiennement (au moins une cigarette par jour) et d'avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des trente derniers jours .

4.2 Polyconsommation régulière de produits psychoactifs

La polyconsommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives. Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensations, soit encore pour atténuer les effets de certains produits (Mildeca, 2015).

En Île-de-France comme dans le reste de la France, c'est l'association alcool-tabac qui est la plus fréquente, suivie de celle « alcool-tabac-cannabis ». Les autres associations (tabac-cannabis sans l'alcool ou alcool-cannabis sans tabac) sont peu fréquentes. Avec en Île-de-France, 11 % de jeunes qui déclarent consommer en association alcool-tabac, 5 % alcool-tabac-cannabis et 1 % tabac-cannabis. Cependant les consommations régulières les plus élevées sont l'alcool seul (13 % en Île-de-France et 14 % en région) ou le tabac seul (13 % en Île-de-France, 16 % en région) (Figure 4).

**En Île-de-France,
11% des jeunes déclarent
consommer en association
l'alcool et le tabac,
13 % l'alcool et le tabac seul.**

Une polyconsommation régulière comparable entre les sexes en Île-de-France mais plus masculine en région

La polyconsommation régulière de deux ou trois produits concerne 19 % des garçons et 16 % des filles en Île-de-France, proportions comparables, tandis qu'en région, la proportion est plus importante chez les garçons que chez les filles, respectivement 26 % et 10 % (différence significative) (Tableau 6). En Île-de-France, on retrouve le constat déjà fait d'une plus grande proximité des comportements entre garçons et filles (Embersin, Chardon, & Grémy, 2007). Il en est de même pour la polyconsommation de trois produits, alcool, tabac et cannabis, avec des différences entre les sexes significatives en région (5 % des garçons et 1 % des filles) mais comparables en Île-de-France (7 % et 4 %, différence non significative).

Les filles plus souvent polyconsommatrices en Île-de-France qu'en région, les garçons moins souvent polyconsommateurs en Île-de-France qu'en région

Chez les garçons, les comparaisons Île-de-France – reste de la France montrent une moindre consommation de deux produits en Île-de-France, en particulier pour l'association alcool-tabac, avec des proportions de 11 % en Île-de-France et 19 % en région (Tableau 6). Chez les filles, si l'on observe une différence pour la consommation régulière de deux ou trois produits, c'est en Île-de-France que la proportion est plus élevée, 16 % en Île-de-France contre 10 % en région.

Tableau 7 : consommation quotidienne de tabac et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,78	0,65 - 0,93
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,54	1,24 - 1,91
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans famille monoparentale ou recomposée	1,80	1,42 - 2,28
Vivre seul	1,99	1,54 - 2,56
Vivre avec d'autres personnes	1,91	1,49 - 2,45
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	2,06	1,70 - 2,50
<i>Revenus par UC</i>		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,94	0,75 - 1,18
900 à moins de 1500 euros	0,73	0,58 - 0,92
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,87	0,67 - 1,11

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

Lecture : Les jeunes vivant dans une famille monoparentale ou recomposée ont 1,8 fois plus de risque de consommer quotidiennement du tabac que ceux vivant dans une famille nucléaire ou élargie.

Tableau 8 : Polyconsommation régulière de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis au cours des 12 derniers mois et facteurs associés (ensemble des 15-25 ans)

	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,37	0,29 - 0,46
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,97	1,50 - 2,60
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans famille monoparentale ou recomposée	1,49	1,11 - 2,00
Vivre seul	1,70	1,25 - 2,31
Vivre avec d'autres personnes	1,20	0,88 - 1,64
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,64	1,31 - 2,07
<i>Revenus par UC</i>		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,69	0,52 - 0,90
900 à moins de 1500 euros	0,68	0,52 - 0,92
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,91	0,67 - 1,25

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

Un risque moindre de consommation d'alcool, tabac ou de polyconsommation pour les jeunes vivant dans des familles aux revenus moins élevés

Les modèles multivariés, ici de régressions logistiques, permettent de mettre en avant les facteurs associés aux consommations régulières. Le type de famille dans lequel vivent les jeunes est fortement associé aux consommations régulières : les jeunes vivant seuls ont un risque plus élevé de consommer de l'alcool, du tabac, du cannabis ou de polyconsommer, et cela à âge, sexe, niveau de diplôme, niveau de revenu par unité de consommation et lieu de résidence (Île-de-France ou hors Île-de-France) comparables (Tableau 7, Tableau 8, Annexe 5). Les jeunes qui vivent dans des familles monoparentales ont également un risque plus élevé d'usage de ces produits ou de polyconsommation, à l'exception de la consommation hebdomadaire d'alcool, pour laquelle l'odds ratio ne diffère pas de 1. Un faible niveau de diplôme est associé à un risque plus élevé de consommation quotidienne de tabac, de consommation régulière de cannabis et de polyconsommation régulière. En ce qui concerne les revenus mensuels du foyer par unité de consommation, les jeunes qui vivent dans des foyers aux revenus moins élevés ont un risque diminué de consommation d'alcool, de tabac et de polyconsommation, tandis qu'on n'observe pas ici de variation de la consommation régulière de cannabis selon les revenus.

Ces modèles confirment le risque moindre des filles d'être usagères de produits psychoactifs, y compris le tabac, toutes choses égales par ailleurs (après ajustement sur l'âge, le type de famille, le niveau de diplôme, les revenus mensuels par unité de consommation, la région de résidence Île-de-France ou hors Île-de-France). Ils confirment aussi le risque plus élevé des personnes plus âgées dans les consommations de ces produits, à l'exception du cannabis (Tableau 7, Tableau 8, Annexe 5).

Enfin, il n'est pas ici mis en évidence de différence significative entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les usages réguliers d'alcool, tabac, cannabis ou polyconsommation.

Un risque plus élevé de consommations de substances psychoactives pour les jeunes vivant seuls ou dans une famille monoparentale.

Un risque moins élevé de consommations d'alcool, tabac et polyconsommation pour les jeunes vivant dans des foyers aux revenus moins élevés.

Tableau 9 : Evolution des consommations régulières de produits psychoactifs entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans selon le sexe (en % de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010
Consommation hebdomadaire d'alcool								
Garçons	31,5	34,5	NS	43,0	42,7	NS	S***	S*
Filles	15,5	23,3	S*	17,2	18,8	NS	NS	NS
Ensemble	23,4	28,8	S*	30,2	31,0	NS	S***	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	S*		S***	S***			
Usage quotidien de tabac								
Garçons	27,5	30,1	NS	32,6	36,5	NS ⁽²⁾	S*	NS
Filles	20,3	31,2	S**	30,8	30,8	NS	S**	NS
Ensemble	23,8	30,7	S**	31,7	33,7	NS	S***	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**	NS		NS	S**			
Au moins 10 usages de cannabis au cours des 30 derniers jours								
Garçons	7,9	8,1	NS	6,6	7,2	NS	NS	NS
Filles	1,2	4,8	S*	2,5	2,5	NS	NS	NS
Ensemble	4,4	6,4	NS	4,6	4,9	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	NS		S***	S***			
Polyconsommation régulière de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis								
Garçons	16,5	19,7	NS	22,2	25,8	NS ⁽³⁾	S**	NS ⁽⁴⁾
Filles	6,1	15,6	S***	8,3	9,9	NS	NS ⁽⁵⁾	S*
Ensemble	11,2	17,6	S**	15,3	18,0	S*	S***	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	NS		S***	S***			
EFFECTIFS	1641	646		2986	3181			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0577

(3) p=0,0567

(4) p=0,0634

(5) p=0,0590

Une augmentation des proportions de consommatrices régulières de substances psychoactives en Île-de-France entre 2005 et 2010

L'évolution des consommations régulières d'alcool, tabac et cannabis, entre 2005 et 2010, met en avant une augmentation, en Île-de-France, des proportions de filles déclarant consommer régulièrement de l'alcool, du tabac, du cannabis ou polyconsommer au moins deux de ces produits (Tableau 9). Les consommations régulières de tabac et de cannabis ont fortement augmenté chez celles-ci, respectivement de 54 % et de 300 %. La consommation régulière d'alcool a augmenté de 50 % et la polyconsommation régulière de 156 %.

Ces augmentations ne se retrouvent pas chez les garçons franciliens, où l'on constate une stabilité des consommations.

Cette évolution est caractéristique de l'Île-de-France. En région, les proportions de consommateurs sont restées stables entre 2005 et 2010, sauf la polyconsommation régulière, qui a augmenté de 16 % chez les garçons (différence proche de la significativité à 5 %) et la consommation régulière de tabac, pour laquelle l'évolution, presque significative ($p=0,0577$), montre une légère augmentation chez les garçons uniquement.

Ainsi, en 2010, les niveaux de consommation des filles sont comparables à ceux des garçons en Île-de-France, à l'exception de l'alcool et du cannabis qui restent des consommations à prédominance masculine, tandis qu'en région, l'ensemble des consommations régulières présentées ici sont majoritairement masculines.

Les comparaisons des évolutions entre l'Île-de-France et le reste de la France montrent que les écarts se sont maintenus et dans le même sens pour l'alcool et le cannabis. En revanche, pour la consommation quotidienne de tabac, les niveaux de consommation étaient significativement inférieurs en Île-de-France en 2005 et sont devenus comparables en 2010 chez les filles et, dans une moindre mesure, chez les garçons. Une évolution tout à fait spécifique de la polyconsommation régulière concerne les filles, avec un niveau inférieur en Île-de-France par rapport au reste de la France en 2005 et qui est devenu supérieur en 2010 chez les filles franciliennes : en 2010, 16 % des Franciliennes contre 10 % des filles en région déclarent consommer régulièrement deux ou trois produits, alors que ces proportions étaient respectivement de 6 % et 8 % en 2005.

Une augmentation des consommations régulières d'alcool, de tabac, de cannabis et de polyconsommation régulière chez les filles en Île-de-France.

Tableau 10 : Evolution des consommations régulières de produits psychoactifs entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans selon l'âge (en % de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Consommation hebdomadaire d'alcool								
15-19 ans	15,3	19,2	NS	22,8	21,4	NS	S***	NS
20-25 ans	29,7	35,9	NS ⁽²⁾	36,9	39,2	NS	S**	NS
Ensemble	23,4	28,8	S*	30,2	31,0	NS	S***	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S***		S***	S***			
Usage quotidien de tabac								
15-19 ans	18,6	21,9	NS	22,4	24,1	NS	NS ⁽³⁾	NS
20-25 ans	27,8	37,2	S**	40,0	41,9	NS	S***	NS
Ensemble	23,8	30,7	S**	31,7	33,7	NS	S***	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S**		S***	S***			
Au moins 10 usages de cannabis au cours des 30 derniers jours								
15-19 ans	3,8	4,3	NS	4,1	3,5	NS	NS	NS
20-25 ans	4,9	8,0	NS	5,0	6,1	NS	NS	NS
Ensemble	4,4	6,4	NS	4,6	4,9	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS		NS	S**			
Polyconsommation régulière de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis								
15-19 ans	7,3	12,2	S*	10,0	10,6	NS	NS ⁽⁴⁾	NS
20-25 ans	14,2	21,5	S*	20,0	24,2	S*	S**	NS
Ensemble	7,2	10,3	S*	9,2	10,9	S*	S*	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S*		S***	S***			
EFFECTIFS	1641	646		2986	3181			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0762.

(3) p=0,0563.

(4) p=0,0535.

Augmentation de l'usage quotidien de tabac chez les Franciliens de 20-25 ans et de la polyconsommation régulière chez les Franciliens de 15-19 ans et 20-25 ans

Même si les proportions d'usagers réguliers de tabac, d'alcool, de cannabis ou de deux ou plus de ces produits semblent augmenter entre 2005 et 2010 en Île-de-France, voire en région, les seules différences statistiquement significatives concernent l'usage du tabac chez les Franciliens de 20-25 ans, qui est passé de 28 % à 37 % et la polyconsommation régulière chez les jeunes de 20-25 ans, en Île-de-France et en région, et chez les jeunes de 15-19 ans en Île-de-France seulement.

Une autre différence proche de la significativité est l'usage régulier d'alcool chez les Franciliens de 20-25 ans, qui est passé de 30 % à 36 %, alors qu'il est resté stable chez les plus jeunes franciliens et chez ceux du même âge en région.

Les consommations franciliennes se sont rapprochées des consommations observées dans le reste de la France pour l'alcool, le tabac et la polyconsommation régulière de deux ou trois produits et deviennent ainsi comparables en 2010 alors qu'elles étaient inférieures en 2005 et ce, quel que soit l'âge. Pour la consommation régulière de cannabis, les proportions étaient comparables en 2005 quel que soit l'âge et le restent en 2010.

37 % des Franciliens de 20-25 ans fument quotidiennement, proportion qui a augmenté de 10 points entre 2005 et 2010.

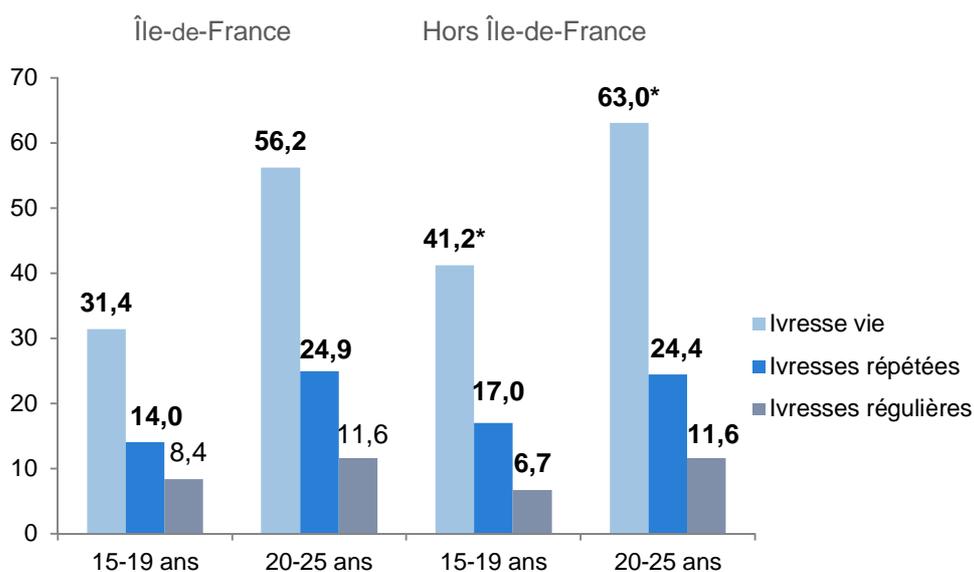
Tableau 11 : Ivresses au cours de la vie et au cours des douze derniers mois chez les jeunes de 15-25 ans (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Ivresse vie	53,8	37,7	45,6	61,5	44,1	53,0	S*	NS	S**
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**			S***					
EFFECTIFS	311	339	650	1567	1632	3199			
Ivresses répétées (au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois)	27,6	13,1	20,2	29,4	12,3	21,0	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**			S***					
Ivresses régulières (au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois)	16,9	3,8	10,2	14,8	3,6	9,3	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***			S***					
EFFECTIFS	309	338	647	1546	1621	3167			

Source : Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS IDF.

(1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05 S** p<0,01, S*** p<0,001

Figure 5 : Ivresses au cours de la vie et au cours des douze derniers mois chez les jeunes de 15-25 ans (en %)



* Différence IdF / HIdF, p significatif à 5%.

En gras Différence 15-19 ans / 20-25 ans, p significatif à 5%.

Encadré 4. Indicateurs d'ivresse

Ivresse vie : déclarer avoir été ivre au moins une fois au cours de la vie.

Ivresses répétées : déclarer avoir été ivre au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois.

Ivresses régulières : déclarer avoir été ivre au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

4.3 Ivresses

Un quart des jeunes de 20-25 ans ont déclaré avoir été ivres au moins trois fois dans l'année

Les jeunes de 15-25 ans résidant hors Île-de-France sont plus nombreux que ceux d'Île-de-France à déclarer avoir été ivres au cours de leur vie (53 % contre 46 % en Île-de-France) ou au cours des douze derniers mois (41 % contre 35 % en Île-de-France). Quel que soit le lieu de résidence, les filles sont moins nombreuses que les garçons à avoir été ivres au cours de leur vie (38 % contre 54 % en Île-de-France) ou au cours des douze derniers mois (26 % contre 44 % en Île-de-France).

En Île-de-France, 20 % des jeunes de 15-25 ans ont déclaré avoir connu des ivresses répétées au cours des douze derniers mois et 10 % des ivresses régulières. Les tendances sont comparables en région. Par ailleurs, en Île-de-France comme hors Île-de-France, les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir connu des ivresses répétées ou régulières que les filles (en Île-de-France, 28 % contre 13 % des filles pour les ivresses répétées et 17 % contre 4 % des filles pour les ivresses régulières).

En région, contrairement à l'Île-de-France, les jeunes de 20-25 ans ont plus souvent déclaré avoir été ivres 10 fois ou plus dans l'année que les 15-19 ans (12 % contre 7 % hors Île-de-France) ; alors qu'en Île-de-France on n'observe pas de différence significative entre les deux tranches d'âge (8 % des 15-19 ans et 12 % des 20-25 ans).

Un risque plus élevé d'ivresses répétées chez les jeunes vivant seuls ou dans une famille monoparentale ou recomposée

Les résultats de régressions logistiques montrent l'association entre le fait d'avoir été ivre au cours de la vie ou des 12 derniers mois, et le sexe (moindre risque pour les femmes), l'âge (risque plus élevé chez les 20-25 ans), le mode de vie (risque plus grand chez les jeunes ne vivant pas dans une famille nucléaire), le niveau de diplôme (risque moindre pour les moins diplômés), le revenu (risques plus faibles pour les plus bas revenus) et le lieu de résidence, avec un risque moins élevé en Île-de-France (résultats non représentés ici). Ces associations se retrouvent pour des fréquences plus importantes d'ivresses, notamment les ivresses répétées (Annexe 6), à l'exception du lieu de résidence pour lequel l'association n'est pas significative mais avec un odds ratio inférieur à 1 pour l'Île-de-France, et sans association non plus avec le fait de vivre avec d'autres personnes que celles de la famille (Annexe 6). Les autres associations mises en évidence se retrouvent pour les ivresses répétées.

Ivresses répétées ou régulières : les garçons de 15-25 ans sont plus nombreux que les filles à déclarer en avoir connues.

Une ivresse au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois moins fréquente en Île-de-France que dans le reste de la France, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 12 : Alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des douze derniers mois selon le sexe (en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)

API 12 derniers mois	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Jamais	54,6	68,6	61,7	41,4	62,0	51,5	S***	NS	S***
Au moins une fois	45,4	31,4	38,3	58,6	38,0	48,5	S***	NS	S***
Moins d'une fois par mois	17,0	16,2	16,6	21,0	23,1	22,0	NS	S*	S**
Au moins une fois par mois	28,4	15,2	21,7	37,6	15,0	26,5	S**	NS	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**			S***					
EFFECTIFS	312	340	652	1569	1631	3200			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

 Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5 % pour la comparaison G/F.

Tableau 13 : Alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des douze derniers mois selon l'âge (en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans)

API 12 derniers mois	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	15-19 ans	20-25 ans	Total	15-19 ans	20-25 ans	Total	15-19 ans	20-25 ans	Total
Jamais	75,5	51,5	61,7	57,8	46,1	51,5	S***	NS	S***
Au moins une fois	24,5	48,5	38,3	42,2	53,9	48,5	S***	NS	S***
Moins d'une fois par mois	10,7	21,0	16,6	20,1	23,6	22,0	S**	NS	S**
Au moins une fois par mois	13,8	27,5	21,7	22,1	30,3	26,5	S**	NS	S*
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***			S***			S***	NS	S***
EFFECTIFS	224	428	652	1354	1846	3200			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

 Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5 % pour la comparaison 15-19 ans /20-25 ans.

Encadré 5 . Alcoolisation ponctuelle importante (API)

Alors que l'ivresse est une notion très subjective, l'alcoolisation ponctuelle importante (API) comprend une définition précise des quantités d'alcool ingérées. Dans le Baromètre santé 2010, c'est le fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion au cours des douze derniers mois au moins une fois par mois/ au moins une fois par semaine (Richard, Spilka, & Beck, 2013). Le seuil de 5 verres est toutefois souvent retenu (Enquêtes Escapad, OFDT). L'API est la version française de binge drinking mais pour certains auteurs, elle dépasse la notion de binge drinking, qui désigne la pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion dans une perspective de « défonce » (Beck, Guillemont, & Legleye, 2009). Le terme « occasion » n'est pas précisément défini. Il peut s'agir d'un épisode bref ou une durée plus longue (soirée, nuit en boîte). Par ailleurs, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et celles mises en place en France, préconisent pour une consommation occasionnelle de ne pas boire plus de 4 verres standards hors situation à risque ou spécifiques, femmes enceintes, jeunes, personnes âgées, individus alcoolo-dépendants... (Ireb).

4.4 Alcoolisations ponctuelles importantes

La littérature montre que la consommation régulière d'alcool est assez rare chez les jeunes par rapport aux adultes ; leur consommation est plus épisodique et concentrée en fin de semaine, par exemple, et ceux-ci s'adonnent de plus en plus au *binge drinking* (Com-Ruelle & Le Guen, 2013) (IREB, 2013) (Richard, Spilka, & Beck, 2013) ou à l'alcoolisation ponctuelle importante (cf Encadré 5). Ce type de consommation est assez préoccupant car il peut se transformer progressivement en dépendance, augmente le risque de « black-out » (perte momentanée de mémoire ou de conscience) et d'intoxication alcoolique, de comportements impulsifs et provoque des effets nocifs à long terme sur le cerveau/altérations cognitives (mémoire, fonctions exécutives, etc.) (IREB, 2013).

La pratique des API moins fréquente en Île-de-France qu'en région chez les garçons mais comparables chez les filles

Une proportion plus importante de jeunes en région qu'en Île-de-France déclare s'être adonnée à l'API au cours des douze derniers mois (49 % contre 38 % en Île-de-France). Cette pratique est plus masculine en Île-de-France ou dans le reste de la France, bien qu'une proportion importante de filles ait déclaré avoir eu une API au cours des douze derniers mois (31 % des filles en Île-de-France et 38 % en région).

En région, 27 % des jeunes déclarent avoir eu une API au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois, proportion supérieure à celle observée en Île-de-France (22 %). Cette proportion est plus élevée chez les garçons que chez les filles, 28 % contre 15 % des filles en Île-de-France, avec une différence encore plus marquée en région, 38 % contre 15 % des filles.

Par ailleurs, si les garçons franciliens sont moins nombreux à déclarer une API au cours des douze derniers mois (ou au moins une fois par mois), ce n'est pas le cas pour les filles, où les proportions franciliennes sont comparables à celles du reste de la France, 31 % en Île-de-France et 38 % en région pour une API au cours des douze derniers mois (15 % pour une API au moins une fois par mois, en Île-de-France ou en région).

A 20-25 ans, 3 jeunes sur 10 ont une alcoolisation ponctuelle importante au moins une fois par mois, en Île-de-France ou en région

La pratique des API augmente fortement avec l'âge (Tableau 13) et, à 20-25 ans, concerne environ 1 jeune sur 2 (49 % en Île-de-France et 54 % en région). La fréquence est aussi plus importante chez les plus âgés, qui sont, en Île-de-France, 28 % à avoir eu une API au moins une fois par mois à 20-25 ans contre 14 % à 15-19 ans. Des proportions non négligeables de jeunes de 20-25 ans déclarent une API au moins une fois par semaine : 13 % des Franciliens de 20-25 ans et 11 % de ceux résidant en région (résultats non représentés ici). Si les Franciliens de 15-19 ans sont toujours moins nombreux que leurs homologues du reste de la France à déclarer une API, les différences s'estompent à 20-25 ans.

28 % des garçons en Île-de-France et 38 % hors Île-de-France ont déclaré avoir connu une API au moins une fois par mois.

La pratique des API augmente fortement avec l'âge et à 20-25 ans, environ 1 jeune sur 2 en a connu une au cours des douze derniers mois (49 % en Île-de-France et 54 % en région).

Tableau 14 : Alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Modèle de régression logistique	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,42	0,36 - 0,50
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,77	1,44 - 2,17
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans famille monoparentale ou recomposée	1,00	0,80 - 1,25
Vivre seul	1,43	1,10 - 1,85
Vivre avec d'autres personnes	0,79	0,62 - 1,00
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,70	0,57 - 0,85
Revenus par UC		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,58	0,47 - 0,72
900 à moins de 1 500 euros	0,71	0,57 - 0,88
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,58	0,46 - 0,73

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

 Lecture : Les filles ont, par rapport aux garçons, un risque multiplié par 0,42 d'avoir eu une alcoolisation ponctuelle importante ou *binge drinking* au cours des douze derniers mois.

Population entière (N=3320)

Tableau 15 : Evolution des ivresses au cours de la vie, des ivresses et des API au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans, selon le sexe (en % de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010
Ivresses au cours de la vie								
Garçons	50,5	53,8	NS	59,8	61,5	NS	S***	S*
Filles	31,3	37,7	NS	41,6	44,1	NS	S***	NS
Ensemble	40,7	45,6	NS	50,8	53,0	NS	S***	S**
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	S**		S***	S***			
Ivresses répétées 12 derniers mois								
Garçons	18,7	27,6	S**	23,6	29,4	S**	S*	NS
Filles	7,0	13,1	S*	7,1	12,3	S***	NS	NS
Ensemble	12,7	20,2	S***	15,4	21,0	S***	S*	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	S**		S***	S***			
Ivresses régulières 12 derniers mois								
Garçons	8,2	16,9	S***	9,9	14,8	S***	NS	NS
Filles	1,9	3,8	NS	2,2	3,6	S*	NS	NS
Ensemble	5,0	10,2	S***	6,1	9,3	S***	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	S***		S***	S***			
API 12 derniers mois								
Garçons	45,9	45,4	NS	58,6	58,6	NS	S***	S***
Filles	24,7	31,4	NS ⁽²⁾	34,1	38,0	NS	S***	NS
Ensemble	35,1	38,3	NS	46,4	48,5	NS	S***	S***
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	S**		S***	S***			
EFFECTIFS	1650	650		2993	3199			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0578

Des alcoolisations ponctuelles importantes moins fréquentes en Île-de-France que dans le reste de la France

Concernant les facteurs associés aux alcoolisations ponctuelles importantes, on retrouve, comme pour les ivresses au cours de la vie ou des douze derniers mois, les associations avec le sexe, le mode de vie, l'âge, le niveau de diplôme, le revenu et le lieu de résidence. En effet, le fait d'être une femme, d'avoir un niveau de diplôme moins élevé, un revenu par unité de consommation inférieur à 1 500 euros par mois et de résider en Île-de-France constituent des facteurs protecteurs de l'API. En revanche, le fait d'être âgé de 20-25 ans versus 15-19 ans et de vivre seul constitue un facteur de risque d'API. Pour les filles seulement, le fait de vivre avec d'autres personnes constitue un facteur protecteur (OR=0,6 ; $p < 0,001$) (non représenté ici).

Des ivresses répétées et régulières en augmentation entre 2005 et 2010, quel que soit le sexe et le lieu de résidence

La proportion de jeunes déclarant avoir déjà expérimenté l'ivresse est restée stable entre 2005 et 2010, en Île-de-France comme dans le reste de la France. Il semblerait toutefois que les filles en Île-de-France soient plus nombreuses à déclarer avoir été ivres au cours de la vie en 2010 qu'en 2005, mais la différence n'est pas significative.

En revanche, pour des fréquences plus importantes d'ivresses au cours des douze derniers mois, on observe une augmentation de la proportion de jeunes déclarant avoir eu des ivresses répétées ou régulières, chez les garçons comme chez les filles, en Île-de-France comme dans le reste de la France. Ainsi, en Île-de-France, 28 % des garçons déclarent avoir eu des ivresses répétées au cours des douze derniers mois en 2010 contre 19 % en 2005 et chez les filles, ces proportions sont respectivement de 13 % contre 7 %. L'augmentation observée chez les garçons a pour conséquence que la proportion d'ivresses répétées atteint en Île-de-France, en 2010, le même niveau qu'en région, alors qu'elle était inférieure à celle du reste de la France en 2005. L'augmentation de la proportion d'ivresses régulières semble plus importante en Île-de-France, avec un doublement de la proportion entre 2005 et 2010, passant de 8 % à 17 % chez les garçons et de 2 % à 4 % chez les filles. Chez celles-ci, la différence n'est toutefois pas significative. Les niveaux en 2010 restent comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Quant à la proportion de jeunes déclarant une alcoolisation ponctuelle importante, elle est restée stable entre 2005 et 2010, en Île-de-France comme dans le reste de la France, mais a augmenté chez les filles (différence significative avec un risque d'erreur de 6 %), passant de 25 % à 31 % des filles.

Etre une femme, avoir un niveau de diplôme moins élevé, un revenu par UC inférieur à 1 500 euros mensuel et résider en Île-de-France constituent des facteurs protecteurs de l'API.

La proportion de jeunes ayant eu des ivresses régulières a doublé entre 2005 et 2010 en Île-de-France, chez les filles comme chez les garçons.

Tableau 16 : Evolution des ivresses au cours de la vie, des ivresses et des API au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans, selon l'âge (en % de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Ivresses au cours de la vie								
15-19 ans	30,8	31,4	NS	39,8	41,2	NS	S***	S*
20-25 ans	48,5	56,2	S*	60,7	63,0	NS	S***	S*
Ensemble	40,7	45,6	NS	50,8	53,0	NS	S***	S**
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S***		S***	S***			
Ivresses répétées 12 derniers mois								
15-19 ans	9,7	14,0	NS	13,0	17,0	S**	S*	NS
20-25 ans	15,1	24,9	S**	17,5	24,3	S***	NS	NS
Ensemble	12,7	20,2	S***	15,4	21,0	S***	S*	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S**	S**		S**	S***			
Ivresses régulières 12 derniers mois								
15-19 ans	4,3	8,4	S*	4,7	6,7	S*	NS	NS
20-25 ans	5,5	11,6	S***	7,4	11,5	S***	NS	NS
Ensemble	5,0	10,2	S***	6,1	9,3	S***	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS		S**	S***			
API 12 derniers mois								
15-19 ans	29,1	24,5	NS	42,4	42,2	NS	S***	S***
20-25 ans	39,8	48,5	S*	50,0	53,9	NS	S***	NS
Ensemble	35,1	38,3	NS	46,4	48,5	NS	S***	S***
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S***		S**	S***			
EFFECTIFS	1650	650		2993	3199			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Tableau 17 : Evolution de l'âge à la première ivresse entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans ayant déjà été ivres au cours de leur vie (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Age à la première ivresse								
Garçons	16,05	16,19	NS	16,05	16,17	NS	NS	NS
Filles	16,78	17,37	S**	16,64	16,76	NS	NS	S***
Ensemble	16,37	16,69	S*	16,32	16,42	NS	NS	S*
EFFECTIFS	673	326		1520	1800			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) test t. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

L'alcoolisation ponctuelle importante en augmentation chez les Franciliens de 20-25 ans

La proportion de jeunes ayant déclaré avoir expérimenté l'ivresse est restée relativement stable, sauf chez les Franciliens de 20-25 ans chez qui elle a augmenté. En revanche, la proportion de jeunes déclarant avoir été ivres plusieurs fois dans l'année a augmenté chez les jeunes de 15-19 ans et chez ceux de 20-25 ans, en Île-de-France comme dans le reste de la France. Ainsi, en Île-de-France, la proportion de jeunes déclarant avoir connu des ivresses régulières au cours des douze derniers mois a doublé, passant, à 15-19 ans, de 4 % à 8 % entre 2005 et 2010 et, à 20-25 ans, de 6 % à 12 %. L'augmentation en région a été un peu moins importante qu'en Île-de-France.

Pour ce qui est des alcoolisations ponctuelles importantes, la proportion de jeunes déclarant s'y être adonné est restée stable entre 2005 et 2010, en Île-de-France comme en région, sauf chez les filles Franciliennes, chez lesquelles elle a augmenté, passant de 40 % à 49 %.

Un âge d'initiation à l'ivresse stable, voire plus tardif chez les jeunes filles franciliennes

Les jeunes de 15-25 ans déclarent avoir été ivres en moyenne pour la première fois vers l'âge de 16 ans. Malgré une apparente augmentation, les différences entre 2005 et 2010 ne sont significatives que chez les filles résidant en Île-de-France, passant d'un âge moyen de 16,8 ans en 2005 à 17,4 ans en 2010.

Si la proportion de jeunes déclarant avoir été ivres plusieurs fois au cours des douze derniers mois a augmenté, en revanche, l'initiation à l'ivresse n'a pas lieu plus tôt.

La proportion de jeunes ayant eu des ivresses régulières a doublé entre 2005 et 2010 en Île-de-France, à 15-19 ans et à 20-25 ans.

Tableau 18 : Estimation des usages à risque de l'alcool et du cannabis et de la dépendance à la nicotine par les tests de l'Audit-C, de Fagerström et du CAST

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Test Audit C – Consommation d'alcool à risque									
Non consommateur ou sans risque	54,5	68,6	61,7	41,4	61,9	51,4	S***	NS	S***
Risque ponctuel	32,0	23,7	27,7	42,4	32,8	37,7	S**	S**	S***
Risque chronique ou de dépendance	13,6	7,7	10,6	16,2	5,4	10,9	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S*			S***			S***		
EFFECTIFS	310	340	650	1567	1628	3195			
Mini test de Fagerström - Dépendance à la nicotine chez les fumeurs quotidiens									
Pas de dépendance	53,3	64,4	58,9	49,2	54,0	51,4	NS	NS	NS
Dépendance moyenne	36,0	29,1	32,5	33,6	31,8	32,8	NS	NS	NS
Forte dépendance	10,6	6,5	8,6	17,2	14,2	15,9	NS	NS	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			NS					
EFFECTIFS	95	98	193	552	507	1059			
Test CAST - Usage problématique du cannabis (risque élevé d'abus ou de dépendance)									
Parmi les consommateurs de cannabis dans l'année	23,0	26,9	24,5	21,0	12,1	17,8	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			S*					
Parmi l'ensemble des jeunes	7,1	5,2	6,1	5,1	1,8	3,5	NS	S*	S*
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			S***					
EFFECTIFS CONSOMMATEURS	94	66	151	395	249	644			
EFFECTIFS JEUNES	312	340	652	1569	1632	3201			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Encadré 6 . Les tests de repérage des consommations à risque ou de dépendance

Test Audit-C : il permet de mesurer l'usage d'alcool à risque ponctuel, qui expose à des risques d'accidents de la route, d'accidents domestiques, de violences, de rapports sexuels non protégés, de coma éthylique, de décès, l'usage à risque chronique ou de dépendance avec les risques de maladies liées à l'abus d'alcool, de désocialisation.

Mini-test de Fagerström : le Baromètre santé reprend deux questions du test de Fagerström afin d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine ; le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai entre le réveil et la première cigarette fumée. Ce test permet de distinguer trois niveaux de dépendance : aucun ou faible, moyenne et forte dépendance.

Test Cast : outil de repérage des mésusages du cannabis. Conçu à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-IV (manuel diagnostique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) et de la CIM 10 (Classification internationale des maladies, version 10), il a pour objectif de fournir une description et une estimation des usages problématiques dans les enquêtes épidémiologiques en population générale (Spilka, Janssen, & Legleye, 2014).

4.5 Estimations des usages à risque ou de dépendance liés à la consommation de produits psychoactifs

Une forte consommation de produits psychoactifs expose à des risques à court terme (accidents, prises de risque sexuel, violence, etc.) et peut, lorsqu'elle est fréquente, engendrer des risques chroniques, voire une dépendance, avec des dangers pour la santé à moyen ou long terme. Le repérage des consommations à risque a été formalisé par la mise en place de tests spécifiques, parmi lesquels l'Audit pour l'alcool, mesurant la sévérité du risque, et applicable à une population d'adolescents, le test de Fagerström pour le tabac, mesurant la dépendance à la nicotine et le test Cast pour le cannabis, mesurant son usage problématique.

Un risque chronique ou de dépendance à l'alcool pour 14 % des garçons de 15-25 ans en Île-de-France

L'usage d'alcool à risque ponctuel (cf. encadré) est fréquent, toujours plus élevé chez les garçons que chez les filles, et toujours plus élevé en région qu'en Île-de-France : 32 % des garçons franciliens ont eu un risque ponctuel par rapport à l'alcool et 42 % des garçons résidant en région. Cela concerne 24 % des filles en Île-de-France.

Mais encore plus préoccupant est l'importance de la proportion de jeunes ayant un risque chronique ou de dépendance : 14 % des garçons en Île-de-France, 16 % en région (différences non significatives), avec des proportions plus élevées chez les garçons que chez les filles.

Pour le tabac, on n'observe pas de différence entre les garçons et les filles. Le mini-test de Fagerström montre qu'une dépendance moyenne concerne, chez les fumeurs quotidiens, 47 % des garçons et 36 % des filles en Île-de-France, et une dépendance forte 11 % des garçons en Île-de-France et jusqu'à 17 % des garçons en région, même si la différence n'est pas significative entre l'Île-de-France et le reste de la France.

11 % des garçons franciliens ont une dépendance forte au tabac.

En Île-de-France, 1 consommateur de cannabis sur 4 a un risque élevé d'abus de cannabis ou de dépendance

Un usage problématique de cannabis concerne 25 % des consommateurs de cannabis dans l'année en Île-de-France et 18 % en région, proportions non statistiquement différentes. Les proportions ne diffèrent pas entre les garçons et les filles en Île-de-France, contrairement au reste de la France où les garçons sont plus souvent usagers à risque élevé que les filles, 21 % contre 12 %. Dans l'ensemble de l'échantillon des jeunes, les Franciliens sont plus nombreux à avoir un usage problématique de cannabis, 6 % contre et 4 % des jeunes en région. Cette différence est liée à la prévalence plus élevée chez les filles d'Île-de-France que chez celles du reste de la France, 5 % contre 2 % en région, alors que les proportions sont comparables chez les garçons.

Les Franciliens sont plus nombreux à avoir un usage problématique de cannabis, 6 % contre 4 % en région.

Tableau 19 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans ayant une consommation d'alcool à risque entre 2005 et 2010 (en % de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons								
Risque ponctuel	38,1	32,3	NS	45,6	42,7	NS	S**	S**
Risque chronique ou de dépendance	7,8	13,7	S**	13,4	16,4	NS ⁽²⁾	S***	NS
Filles								
Risque ponctuel	22,8	24,1	NS	31,8	33,1	NS	S**	S**
Risque chronique ou de dépendance	2,0	7,9	S**	2,0	5,4	S***	NS	NS
Ensemble								
Risque ponctuel	30,3	28,1	NS	38,8	38,0	NS	S**	S***
Risque chronique ou de dépendance	4,8	10,7	S***	7,8	11,0	S***	S**	NS
EFFECTIFS	1621	645		2899	3162			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0531

Tableau 20 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans ayant une dépendance à la nicotine entre 2005 et 2010 (en % des fumeurs quotidiens)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Pas de dépendance ou faible	62,7	58,7		59,1	51,1			
Dépendance moyenne	30,0	32,7		32,4	32,9			
Forte dépendance	7,3	8,6	NS	8,5	16,0	S**	NS	NS
EFFECTIFS	379	192		882	1050			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Une augmentation du risque chronique ou de dépendance lié à l'usage d'alcool, chez les filles plus que chez les garçons, en Île-de-France plus qu'en région

Si la proportion des jeunes de 15-25 ans ayant un risque ponctuel lié à l'usage d'alcool n'a pas diminué entre 2005 et 2010, celle des jeunes ayant un risque chronique ou un risque de dépendance lié à l'usage d'alcool, a fortement augmenté entre 2005 et 2010, chez les filles plus que chez les garçons, en Île-de-France plus qu'en région. Ainsi, la proportion de jeunes filles franciliennes ayant un risque chronique incluant celui de la dépendance a quadruplé entre 2005 et 2010, passant de 2 % à 8 % entre 2005 et 2010 (en région elle est passée de 2 % à 5 %). Chez les garçons l'augmentation est de 75 % en Île-de-France (de 8 % à 14 %) et de 22 % en région (de 13 % à 16 %, différence à la limite de la significativité).

Le risque de dépendance chronique à l'alcool a quadruplé chez les Franciliennes entre 2005 et 2010 et atteint aujourd'hui 8 %.

Pas d'évolution significative en Île-de-France de la dépendance à la nicotine contrairement au reste de la France

En Île-de-France, la répartition des fumeurs quotidiens selon leur dépendance à la nicotine n'a pas significativement évolué entre 2005 et 2010, avec une dépendance (moyenne ou forte) pour 37 % des jeunes en 2005 et pour 41 % en 2010 (Tableau 20). En revanche, l'évolution est différente en région, où la proportion de fumeurs quotidiens n'ayant pas de dépendance a diminué et celle des fumeurs ayant une forte dépendance a fortement augmenté, passant de 9 % à 16 % des jeunes fumeurs quotidiens de 15-25 ans.

Tableau 21 : Craintes des maladies liées à l'alcool et au tabac et sentiment d'information sur l'alcool, le tabac et le cannabis (en %, sous-échantillon)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Craintes, pour soi-même, des maladies dues à l'alcool									
Pas du tout/peu	80,4	77,6	79,0	86,5	89,6	88,0	NS	S*	S*
Pas mal/beaucoup	19,6	22,4	21,0	13,5	10,4	12,0			
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			NS					
Craintes, pour soi-même, des maladies dues au tabac									
Pas du tout/peu	87,3	59,5	73,0	71,1	69,8	70,4	S**	NS	NS
Pas mal/beaucoup	12,7	40,5	27,0	29,0	30,2	29,6			
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***			NS					
EFFECTIFS	95	109	204	534	570	1104			
Sentiment d'être informé sur l'alcool									
Très bien/plutôt bien	87,5	89,9	88,7	92,6	90,9	91,8	NS	NS	NS
Très mal / plutôt mal	12,5	10,1	11,3	7,4	9,1	8,2			
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			NS					
Sentiment d'être informé sur le tabac									
Très bien/plutôt bien	91,1	90,6	90,8	95,7	95,8	95,7	NS	NS	S*
Très mal / plutôt mal	8,9	9,4	9,2	4,3	4,2	4,3			
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			NS					
Sentiment d'être informé sur le cannabis									
Très bien/plutôt bien	77,5	76,9	77,2	79,4	74,9	77,2	NS	NS	NS
Très mal / plutôt mal	22,5	23,1	22,8	20,6	25,1	22,8			
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			NS					
EFFECTIFS	94	109	203	533	570	1103			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

L'analyse des craintes et du sentiment d'information a porté sur un sous-échantillon comprenant 1 308 jeunes de 15-25 ans, dont 204 Franciliens, ce qui peut constituer un biais dans la précision des interprétations.

4.6 Craintes et sentiment d'information vis-à-vis de l'alcool et du tabac

Les maladies liées au tabac particulièrement craintes par les Franciliennes

Par rapport à d'autres risques ou maladies (accidents de la circulation, cancer, consommation d'aliments transformés ou pollués, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer), les maladies liées à l'alcool ou au tabac sont moins craintes par les jeunes franciliens. Celles liées à l'alcool sont un peu plus craintes en Île-de-France (2 jeunes sur 10 les craignent pas mal ou beaucoup) qu'en région (1 jeune sur 10), fait qui s'observe chez les filles tandis que les proportions sont comparables chez les garçons. Les maladies liées au tabac sont un peu plus craintes que celles liées à l'alcool, avec des proportions comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, respectivement 27 % et 30 % des jeunes qui déclarent les craindre pas mal ou beaucoup. Mais les garçons résidant en région déclarent plus souvent craindre les maladies dues au tabac que les Franciliens (29 % contre 13 %). Pour les maladies liées à l'alcool, on n'observe pas de différence significative entre les sexes, en Île-de-France ou en région. Par contre, les Franciliennes déclarent sensiblement plus craindre les maladies liées au tabac que les garçons (41 % contre 13 %), ce qui n'est pas le cas en région où aucune différence n'est observée entre les sexes.

Les jeunes qui déclarent plus craindre les maladies dues à l'alcool et au tabac sont les plus gros consommateurs : en Île-de-France, 40 % des consommateurs quotidiens ou hebdomadaires d'alcool craignent les maladies dues à ces produits contre 12 % des consommateurs mensuels ou moins; et pour le tabac, 56 % des fumeurs quotidiens craignent les maladies dues au tabac contre 15 % des fumeurs occasionnels et 10 % des ex-fumeurs (données non représentées).

Neuf Franciliens sur 10 se disant plutôt bien ou très bien informés sur l'alcool et le tabac

Les jeunes déclarent être bien informés des risques liés à l'alcool et au tabac, quel que soit le sexe et le lieu de résidence mais semblent moins bien informés des risques liés à la consommation de cannabis : en Île-de-France, 23 % des jeunes déclarent être mal informés des risques de l'usage du cannabis, 11 % pour l'alcool et 9 % pour le tabac (Tableau 21). En Île-de-France comme dans le reste de la France on n'observe pas de différence significative entre les sexes concernant le sentiment d'information relatif à ces trois produits. Seul le sentiment d'information sur les risques liés au tabac diffère selon la région, tandis que celui sur les risques liés à l'alcool et au cannabis sont comparables entre ces deux zones géographiques. Ainsi, 9 % des Franciliens contre 4 % de leurs homologues du reste de la France se disent mal informés des risques liés au tabac.

Le sentiment d'information sur l'alcool ou le tabac ne varie pas selon la fréquence de consommation de ces produits. Mais pour le cannabis, les consommateurs se déclarent mieux informés que les autres, même si les différences ne sont pas toujours significatives en Île-de-France : 87 % des Franciliens de 15-25 ans ayant consommé du cannabis dans l'année se déclarent bien informés contre 74 % des non consommateurs dans l'année.

40 % des consommateurs réguliers (quotidiens et hebdomadaires) d'alcool craignent les maladies liées à l'alcool. Et 56 % des fumeurs réguliers celles liées au tabac.

En Île-de-France, 23 % des jeunes déclarent être mal informés des risques de l'usage du cannabis.

Tableau 22 : Consommation de médicaments psychotropes* au cours de la vie et au cours des douze derniers mois (en % des jeunes de 15-25 ans)

Médicaments psychotropes	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Au cours de la vie				
Garçons	14,8	12,0	12,4	NS
Filles	20,5	25,9	25,0	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS	S***	S***	
15-19 ans	11,4	14,7	14,2	NS
20-25 ans	22,4	22,3	22,3	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	S**	S**	
Ensemble	17,7	18,8	18,6	NS
Au cours des 12 derniers mois	8,6	7,9	8,0	NS
dont anxiolytiques	3,5	4,2	4,1	NS
dont antidépresseurs	3,1	2,8	2,9	NS
dont hypnotiques	2,0	2,4	2,3	NS
dont neuroleptiques	0,7	0,1	0,2	NS
dont thymo-régulateurs	1,0	0,2	0,3	NS
EFFECTIFS	202	1013	1215	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

* Médicaments pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportements ou des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc. (deux questions séparées).

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif. S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 23 : Consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	2,43	1,67 – 3,52
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,31	0,83 – 2,09
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,44	0,88 – 2,36
Vivre seul	1,76	1,04 – 2,95
Vivre avec d'autres personnes	1,56	0,95 – 2,56
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,12	0,73 – 1,71
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,19	0,78 – 1,82
900 à moins de 1500 euros	1,59	0,99 – 2,54
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	2,19	1,42 – 3,39
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,86	0,52 – 1,43

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

4.7 Consommation de médicaments psychotropes

Près de 1 jeune sur 5 a déjà consommé des médicaments psychotropes

Au cours de la vie, 18 % des jeunes franciliens de 15-25 ans et 19 % des non franciliens ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes, proportions comparables. Le questionnaire ne précisait pas si les médicaments consommés l'étaient dans le cadre d'une prescription médicale ou non. Les filles sont plus nombreuses à déclarer avoir consommé ces médicaments au cours de la vie, même si la différence n'est pas significative en Île-de-France : 14,8 % des garçons contre 20,5 % des filles en Île-de-France, et respectivement 12,0 % et 25,9 % hors Île-de-France. La consommation augmente avec l'âge, ainsi les jeunes de 20-25 ans sont 22 % à déclarer en avoir consommé (en Île-de-France comme ailleurs) contre 11 % des 15-19 ans en Île-de-France et 15 % des 15-19 ans en région.

L'utilisation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois concerne près d'1 jeune sur 10 : 9 % des jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et 8 % en région. Parmi les consommateurs de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois, les anxiolytiques sont ceux qui sont les plus fréquemment déclarés (4 % des jeunes en Île-de-France et en région), puis les antidépresseurs (3 % des jeunes en Île-de-France et en région) et les hypnotiques (2 % en Île-de-France et en région). Les autres psychotropes sont déclarés dans des proportions plus faibles.

Le modèle multivarié confirme la plus forte consommation chez les femmes et met en avant une probabilité plus élevée chez les jeunes vivant seuls (par rapport à ceux vivant dans une famille nucléaire) et également la forte association avec la polyconsommation de produits psychoactifs, alcool, tabac ou cannabis.

Stabilité de la consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie entre 2005 et 2010

La proportion de jeunes de 15-25 ans ayant déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de la vie n'a guère varié entre 2005 et 2010. Pour les deux sexes, en Île-de-France, cette proportion est passée de 19,7 % à 19,3 % des jeunes de 15-25 ans, et hors Île-de-France, de 19,8 % à 20,8 % (différence non significative). Les évolutions ont été réalisées en comparant la seule question identique entre les questionnaires 2005 et 2010, soit « au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs, etc. ? ».

Les filles plus nombreuses que les garçons à avoir consommé des médicaments psychotropes, en région plus qu'en Île-de-France.

Les anxiolytiques sont les psychotropes les plus fréquemment utilisés, suivis par les antidépresseurs et les hypnotiques.

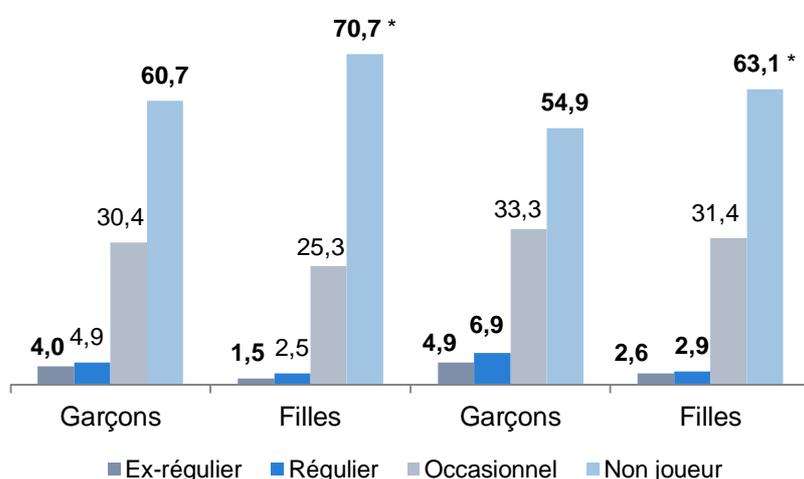
Tableau 24 : Proportion de jeunes de 15-25 ans ayant déclaré avoir joué à des jeux d'argent au cours des 12 derniers mois selon le sexe (en %)

Jeux d'argent	Île-de-France	Hors Île-de-France	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Garçons	36,8	42,7	NS
Filles	29,0	35,7	NS
p ⁽¹⁾ garçons / filles	NS	S***	
15-19 ans	24,6	27,9	NS
20-25 ans	39,0	49,0	S**
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S**	S***	
Ensemble	32,8	39,2	NS
EFFECTIFS	650	3192	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Figure 6 : Répartition des jeunes selon leur statut par rapport au jeu (en % de l'ensemble des jeunes)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les prévalences marquées **en gras** sont significativement différentes après comparaison garçons / filles.

* Différences significatives entre Île-de-France et Hors Île-de-France (p<0,05)

Encadré 7 . Typologie des types de joueurs suivant l'intensité du jeu (fréquence ou montant des dépenses)

Non joueur : n'a pas dépensé d'argent pour jouer à des jeux d'argent au cours des 12 derniers mois et n'a pas eu une période d'au moins six mois, au cours de la vie, de pratique hebdomadaire de jeux d'argent.

Ex-joueur régulier : n'a pas joué ou a joué au moins une fois, mais moins de 52 fois ou a dépensé moins de 500 euros, au cours des 12 derniers mois mais a eu une période d'au moins 6 mois, au cours de la vie, de pratique hebdomadaire de jeux d'argent.

Joueur occasionnel : a joué au moins une fois, mais moins de 52 fois ou a dépensé moins de 500 euros, au cours des 12 derniers mois et n'a jamais été ex-joueur régulier.

Joueur régulier : a joué au moins 52 fois au cours des 12 derniers mois et/ou a misé au moins 500 euros au cours des douze derniers mois.

4.8 Pratique des jeux d'argent

Bien que les jeux d'argent représentent avant tout une activité de nature récréative, ils peuvent devenir pour certains une source de problèmes liée à l'incapacité progressive et chronique de résister au désir de jouer. Ces pratiques peuvent avoir des répercussions sur les plans familial, personnel et/ou professionnel. Si des données de prévalence du jeu pathologique sont très récentes (Costes, et al., 2011), celui-ci est décrit et caractérisé, dans la littérature scientifique comme une addiction comportementale depuis une trentaine d'années (Inserm, 2008). Le jeu pathologique se caractérise principalement par les quatre éléments suivants : la progression (persévérance et augmentation des mises justifiées par les gains et les pertes antérieures), l'intolérance face à une perte monétaire (refus d'une issue négative), le manque de considération par rapport aux conséquences négatives et la préoccupation, les pensées de l'individu gravitant constamment autour du jeu, même lorsqu'il ne joue pas (Rosenthal cité par (Ladouceur, Vitaro F, & Arsenault, 1998).

Un tiers des Franciliens de 15-25 ans ont joué à des jeux d'argent au cours des douze derniers mois et sont essentiellement des joueurs occasionnels

En Île-de-France, 33 % des jeunes de 15-25 ans ont déclaré avoir joué à des jeux d'argent au cours des douze derniers mois contre 39 % dans le reste de la France (différence non significative).

Les filles déclarent moins souvent jouer à des jeux d'argent que les garçons : 36 % contre 43 % des garçons en région, 29 % contre 37 % des garçons en Île-de-France, tendance similaire mais non significative (Tableau 24). La probabilité de jouer à des jeux d'argent augmente avec l'âge : en Île-de-France, 39 % des 20-25 ans contre 25 % des 15-19 ans ont joué au cours des douze derniers mois. De plus, la proportion de joueurs est, chez les 20-25 ans, significativement inférieure en Île-de-France par rapport au reste de la France : 39 % contre 49 % en région (Tableau 24).

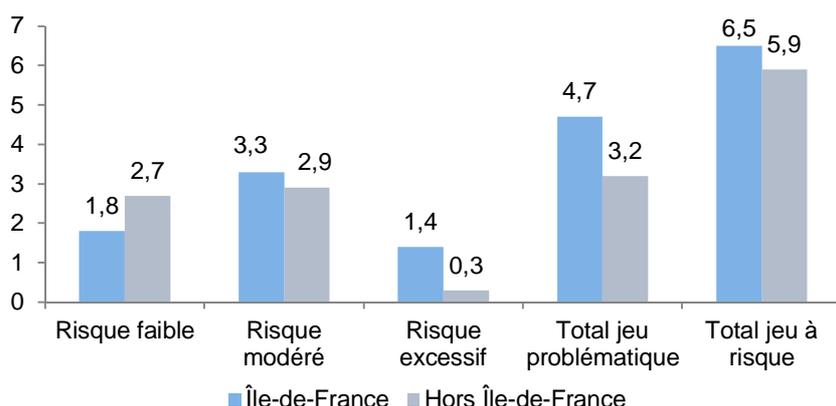
Les jeunes sont essentiellement des joueurs occasionnels (Figure 6), avec des proportions comparables entre garçons et filles, et entre l'Île-de-France et le reste de la France : 30 % des garçons franciliens et 25 % des filles sont des joueurs occasionnels (sur l'ensemble de la population). S'il y a très peu de joueurs réguliers, leur proportion est plus élevée chez les garçons, 7 % contre 3 % en région, mais les proportions sont comparables en Île-de-France.

On n'observe pas de différences significatives entre les garçons et les filles en Île-de-France, quel que soit le statut des joueurs. Cependant, les tendances franciliennes sont comparables à celles observées en région, où la probabilité d'être un joueur régulier est plus élevée chez les garçons que chez les filles (16 % contre 8 %). On peut ainsi penser que l'absence de significativité en Île-de-France est due à la faiblesse des effectifs.

Les filles déclarent moins souvent que les garçons jouer à des jeux d'argent, en Île-de-France comme en région.

La pratique des jeux d'argent augmente avec l'âge.

Figure 7 : Proportions de joueurs selon le niveau de risque (d'après l'ICJE) chez les jeunes de 15-25 ans (en % des joueurs dans l'année)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Jeu problématique : risque modéré + risque excessif.
 Jeu à risque : risque faible + risque modéré + risque excessif.

Tableau 25 : Prévalence du jeu « problématique » (ICJE) chez les joueurs de 15-25 ans au cours des douze derniers mois (en % des joueurs dans l'année)

Jeux d'argent	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Garçons	6,6	4,9	5,1	NS
Filles	2,2	1,2	1,4	NS
p ⁽¹⁾ garçons / filles	NS	S**	S***	
15-19 ans	6,3	3,3	3,7	NS
20-25 ans	3,9	3,2	3,3	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS	NS	
Ensemble	4,7	3,2	3,4	NS
EFFECTIFS	221	1 320	1 541	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Jeu problématique : joueurs à risque modéré ou excessif d'après l'ICJE (voir encadré ci-dessous).
 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Encadré 8 . Indice canadien du jeu excessif (ICJE)

Outil développé par une équipe canadienne (Ferris & Wynne, 2001), comprenant 9 items cotés de 0 à 3 selon la fréquence de survenue : jamais (0), parfois (1), la plupart du temps (2), presque toujours (3). Le score global varie ainsi de 0 à 27 et permet d'établir la typologie suivante : joueur sans problème ou absence de risque (score 0), joueur à risque faible (score de 1 ou 2), joueur à risque modéré (score de 3 à 7) joueur à risque excessif (score de 8 ou plus). Les 9 questions sont :

Au cours des douze derniers mois ...

- Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
- Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?
- Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?
- Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
- Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
- Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?
- Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?
- Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?
- Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

Afin de mieux connaître les pratiques de jeu potentiellement à risque voire pathologique, et de repérer ainsi les potentiels comportements d'addiction, plusieurs outils cliniques ont été testés et validés pour une utilisation épidémiologique, parmi lesquels l'Indice canadien du jeu excessif ou ICJE (cf. encadré) qui a été utilisé dans le Baromètre 2010. Cet indice, centré sur les problèmes et les conséquences liés au jeu, a été choisi car son approche est plus opérationnelle que d'autres outils dans une étude en population générale, qu'il génère moins de faux positifs (joueurs identifiés comme pathologiques alors qu'ils ne le sont pas), plus graduel et qu'il est le plus fréquemment utilisé dans les enquêtes récentes (Costes, et al., 2011).

5 % des joueurs franciliens de 15-25 ans ont une pratique de jeu problématique, proportion comparable à celle du reste de la France

En Île-de-France, la prévalence d'une pratique de jeu à risque, quel qu'en soit le niveau, chez les jeunes de 15-25 ans, s'élève à près de 7 % (Figure 7). Cette proportion est comparable à celle du reste de la France (6 %).

Si l'on ne prend en compte que les jeunes ayant un risque modéré ou excessif, près de 5 % ont une pratique de jeu dite « problématique », proportion ne différant pas de celle hors Île-de-France, 3 %.

Par contre, il semblerait qu'une pratique du jeu à risque excessif soit légèrement supérieure en Île-de-France qu'en région, concernant 1,4 % de joueurs Franciliens contre 0,3 % de joueurs résidant dans le reste de la France et une différence à la limite de la significativité ($p=0,0558$).

Les garçons plus concernés pas une pratique de jeu problématique que les filles

Une pratique problématique du jeu touche plus les garçons que les filles, même si la différence n'est pas significative en Île-de-France : 7 % des garçons contre 2 % des filles en Île-de-France, 5 % contre 1 % des filles en région.

Les proportions de joueurs ayant une pratique de jeu problématique ne diffère par ailleurs pas selon l'âge, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France.

On n'observe enfin pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France pour la pratique de jeu problématique, quel que soit le sexe et quelle que soit la catégorie d'âge.

Un lien avec les comportements d'addiction aux produits psychoactifs serait intéressant à explorer, toutefois l'effectif des joueurs franciliens est trop faible pour réaliser ces analyses ici.

**Tableau 26 : Fréquence de pratique des jeux d'argent selon le sexe et l'âge
(en % des joueurs dans l'année)**

Fréquence de jeu	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles
Par sexe								
Annuel	76,7	78,6	77,5	65,6	76,2	70,4		
Mensuel	15,4	14,0	14,8	21,1	17,5	19,5	NS	NS
Hebdomadaire	7,9	7,5	7,7	13,3	6,3	10,2		
p ⁽¹⁾ garçons / filles	NS			S***				
EFFECTIFS	123	98	221	693	627	1320		
Par âge	15-19 ans	20-25 ans	Total	15-19 ans	20-25 ans	Total	15-19 ans	20-25 ans
Annuel	85,2	73,9	77,5	77,1	67,1	70,4		
Mensuel	8,4	17,8	14,8	15,2	21,6	19,5	NS	NS
Hebdomadaire	6,4	8,3	7,7	7,8	11,3	10,2		
p ⁽¹⁾	NS			S**				
EFFECTIFS	54	167	221	383	937	1320		

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 27 : Somme totale dépensée dans des jeux d'argent (en % des joueurs dans l'année)

« Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que pour jouer à ces jeux, vous avez dépensé au total plus de 500 euros, soit environ 10 euros par semaine ? » / « Au total, au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous dépensé pour jouer à ces jeux »

Montant (en €) joué les 12 derniers mois	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles
Dépense totale supérieure à 500 euros								
Non	91,4	96,2	93,6	90,7	97,2	93,6		
Oui	8,6	3,8	6,5	9,3	2,8	6,4	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS			S***				
EFFECTIFS	123	98	221	692	626	1318		

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Un quart des joueurs franciliens de 15-25 ans jouent au moins une fois par mois

De manière générale, les joueurs de 15-25 ans jouent en majorité de une à plusieurs fois par an (78 % en Île-de-France et 70 % hors Île-de-France). Des pratiques hebdomadaires concernent 8 % des joueurs franciliens et 10 % de ceux résidant en région. Mais au total, ce sont près d'un quart des joueurs franciliens de 15-25 ans (23 %) contre 30 % en région qui jouent au moins une fois par mois.

En région, les filles sont plus nombreuses à déclarer jouer annuellement aux jeux d'argent que les garçons (76 % contre 66 %) tandis que les garçons sont plus nombreux que les filles à jouer de façon hebdomadaire aux jeux d'argent (13 % contre 6 %). En Île-de-France, les proportions sont plus proches entre filles et garçons et les différences ne sont pas significatives.

De même, en région, les jeunes de 20-25 ans déclarent plus jouer au moins une fois par mois (22 % contre 15 %) alors que les plus jeunes (15-19 ans) jouent plus de manière annuelle (77 % contre 67 %). Tendance similaire en Île-de-France mais non significative : 8 % des 15-19 ans et 18 % des 20-25 ans jouent de façon mensuelle (Tableau 26).

En Île-de-France comme dans le reste de la France, 7 % des joueurs de 15-25 ans déclarent dépenser plus de 500 euros par an en jeux d'argent (tableau 44). Les garçons résidant en région sont plus nombreux que les filles à avoir dépensé plus de 500 euros dans les jeux d'argent au cours des douze derniers mois (9 % contre 3 %). Plus précisément, ils sont 6 % à avoir dépensé entre 500 et 999 euros et 2 % à avoir dépensé 1500 euros et plus contre respectivement 2 % et 0,2 % chez les filles (différence significative). Ces différences de dépenses selon le sexe ne sont pas statistiquement significatives en Île-de-France, certainement à cause de la faiblesse des effectifs, mais on observe une tendance similaire, avec 9 % des garçons contre 4 % des filles qui ont dépensé plus de 500 euros par an.

A 10-19 ans, les jeunes jouent à une fréquence annuelle.

A 20-25 ans, ils jouent à une fréquence hebdomadaire ou mensuelle.

Tableau 28 : Indicateurs de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			France métro			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines	10,5	19,2	15,0	8,2	20,4	14,2	8,5	20,2	14,3	NS	NS	NS
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	3,1	4,2	3,7	2,1	3,9	3,0	2,3	4,0	3,1	NS	NS	NS
Tentatives de suicide au cours de la vie	2,3	4,6	3,5	2,4	7,2	4,8	2,4	6,8	4,6	NS	NS	NS
EFFECTIFS	312	340	652	1570	1633	3203	1882	1973	3855			
Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	10,5	8,7	9,6	3,4	12,9	8,1	4,5	12,2	8,3	S*	NS	NS
EFFECTIFS	82	120	202	520	493	1013	602	613	1215			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

 En **gras**, différences garçons / filles significatives à au moins 5%.

Encadré 9 . Définition des indicateurs de santé mentale
Détresse psychologique : score calculé à partir du questionnaire MH5. Voir annexe 8 pour la définition.

Episode dépressif caractérisé : repéré à partir du CIDI-SF. Voir annexe 8 pour la définition.

Pensées suicidaires : mesurées à partir de la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » (oui / non / nsp).

Tentatives de suicide : mesurées à partir de la question « Au cours de la vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » (oui / non / nsp).

Tableau 29 : Tentative de suicide au cours de la vie et facteurs associés

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	3,43	2,22 – 5,29
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	0,62	0,38 – 1,03
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,92	1,15 – 3,22
Vivre seul	2,88	1,55 – 5,34
Vivre avec d'autres personnes	2,67	1,49 – 4,78
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,67	1,13 – 2,45
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,59	0,94 – 2,70
900 à moins de 1500 euros	1,24	0,70 – 2,20
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	2,72	1,76 – 4,21
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,78	0,46 – 1,31

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

5 | SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET AUTRES CONDUITES A RISQUE

5.1 Indicateurs de santé mentale

Une fille sur cinq en détresse psychologique au cours du dernier mois

Les indicateurs de santé mentale sont plus défavorables chez les filles que chez les garçons, en Île-de-France comme ailleurs. Une détresse psychologique au cours du dernier mois concerne, en Île-de-France, près de 1 fille sur 5 contre 1 garçon sur 10, des pensées de suicide 4 % des filles (3% des garçons) et un passage à l'acte 5 % des filles contre 2 % des garçons (Tableau 28). Les différences pas toujours significatives en Île-de-France, alors qu'elles le sont dans le reste de la France, peuvent être liées à un échantillon trop petit mais aussi à des comportements plus proches entre garçons et filles dans la région. Pour les épisodes dépressifs caractérisés, s'ils sont plus fréquents chez les filles du reste de la France, les proportions sont comparables entre les sexes en Île-de-France, environ 10%. Ces résultats sont confirmés par les modèles multivariés, en contrôlant par l'âge, le type de famille, le niveau de diplôme, les revenus et le lieu de résidence (Tableau 29, Annexe 10 et Annexe 11). En Île-de-France comme en région, les indicateurs diffèrent peu selon l'âge, aucune différence n'est significative (Annexe 9).

Des indicateurs de santé mentale plus défavorables chez les filles que chez les garçons, en Île-de-France comme dans le reste de la France.

Un risque de tentative de suicide multiplié par 3 chez les polyconsommateurs

Les jeunes déclarant consommer régulièrement deux ou trois produits psychoactifs parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis ont un risque plus élevé que les autres d'être en détresse psychologique, d'avoir eu des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide. En contrôlant par l'âge, le sexe, le type de famille, le niveau de diplôme, les revenus du foyer, la zone de résidence, ces jeunes ont un risque multiplié par 1,5 d'avoir été en détresse psychologique, par 2,4 d'avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois et par 2,7 d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Des niveaux comparables de détresse psychologique, pensées de suicide, tentative de suicide entre l'Île-de-France et le reste de la France, chez les filles comme chez les garçons.

Des épisodes dépressifs plus fréquents en Île-de-France qu'en région chez les garçons

La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France ne montre pas de différences de prévalences des indicateurs de santé mentale, à l'exception des épisodes dépressifs caractérisés, plus fréquents en Île-de-France qu'en région chez les garçons, (respectivement 11 % et 3 %). Les modèles de régression logistique confirment cette absence de différence entre ces zones géographiques. Le modèle de régression logistique effectué pour les épisodes dépressifs chez les garçons (non représenté ici) ne confirme pas leur plus grande fréquence en Île-de-France, lorsqu'on contrôle par les autres facteurs. Par ailleurs, être moins diplômé est associé à un risque plus élevé de détresse psychologique ou de tentative de suicide, vivre dans une famille monoparentale, recomposée, seul ou avec d'autres personnes à un risque plus élevé de tentative de suicide, vivre dans un foyer à bas revenus à un risque plus élevé de détresse psychologique.

Tableau 30 : Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie entre 2005 et 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons	2,2	2,3	NS	1,8	2,4	NS	NS	NS
Filles	7,5	4,6	NS	6,1	7,2	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***	NS		S***	S***			
15-19 ans	6,0	3,1	NS	4,2	4,1	NS	NS	NS
20-25 ans	4,0	3,8	NS	3,7	5,3	S*	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS		NS	NS			
Ensemble	4,9	3,5	NS	4,0	4,8	NS	NS	NS
EFFECTIFS	1649	652		2995	3203			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Une augmentation des tentatives de suicide chez les jeunes de 20-25 ans en région mais stables en Île-de-France

A l'exception des jeunes de 20-25 ans résidant hors Île-de-France, chez lesquels on constate une augmentation des tentatives de suicide au cours de la vie, passant de 3,7 % à 5,3 % d'entre eux, les proportions sont stables dans cette même classe d'âges en Île-de-France et chez les plus jeunes (15-19 ans), en Île-de-France ou en région.

L'évolution par sexe montre également une stabilité des tentatives de suicide, chez les garçons comme chez les filles, en Île-de-France ou en région. Toutefois, en Île-de-France, si l'évolution chez les filles n'est statistiquement pas significative, la baisse constatée tend à un rapprochement des comportements féminins et des comportements masculins. En 2005, en Île-de-France, les filles étaient ainsi statistiquement plus nombreuses que les garçons à avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (7,5 % contre 2,2 % des garçons) tandis que la différence n'est plus significative en 2010 (4,6 % contre 2,3 % des garçons).

Les modèles de régressions logistiques (non représentés ici) contrôlant, pour chaque zone géographique (Île-de-France / hors Île-de-France) et chaque sexe, l'âge, le type de famille, le diplôme, l'année, confirment l'absence de différence entre 2005 et 2010 sauf pour les filles franciliennes. Chez ces dernières, la diminution observée devient significative, avec un odds ratio de 0,5 pour l'année, c'est-à-dire qu'en 2010 le risque d'avoir fait une tentative de suicide était 0,5 fois moins élevé qu'en 2005 chez celles-ci.

De même, si la diminution entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-19 ans en Île-de-France n'est pas significative, le modèle multivarié contrôlant le sexe, le type de famille, le niveau de diplôme, l'année met en avant une diminution du risque de tentative de suicide. Ainsi en 2010 le risque est 0,4 fois moins élevé qu'en 2005.

Stabilité des tentatives de suicide entre 2005 et 2010, chez les filles comme chez les garçons, en Île-de-France comme en région.

Tableau 31 : Indicateurs de violence subie au cours des 12 derniers mois et violences sexuelles au cours de la vie chez les garçons et les filles de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			France métro			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Violences physiques ⁽²⁾	8,2	8,2	8,2	7,0	4,7⁽⁵⁾	5,9	7,2	5,3	6,3	NS	NS	NS
Violences verbales, psychologiques ⁽³⁾	24,9	30,6	27,8	24,9	24,2	24,6	24,9	25,3	25,1	NS	NS	NS
Vol / tentative de vol	14,3	12,3	13,3	12,3	8,9	10,6	12,6	9,5	11,1	NS	NS	NS
Violences sexuelles ⁽⁴⁾	4,2	11,4	7,9	1,5	9,1	5,3	2,0	9,5	5,7	S**	NS	NS
EFFECTIFS	312	340	652	1570	1633	3203	1882	1973	3855			

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) p IdF/HIdF. χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

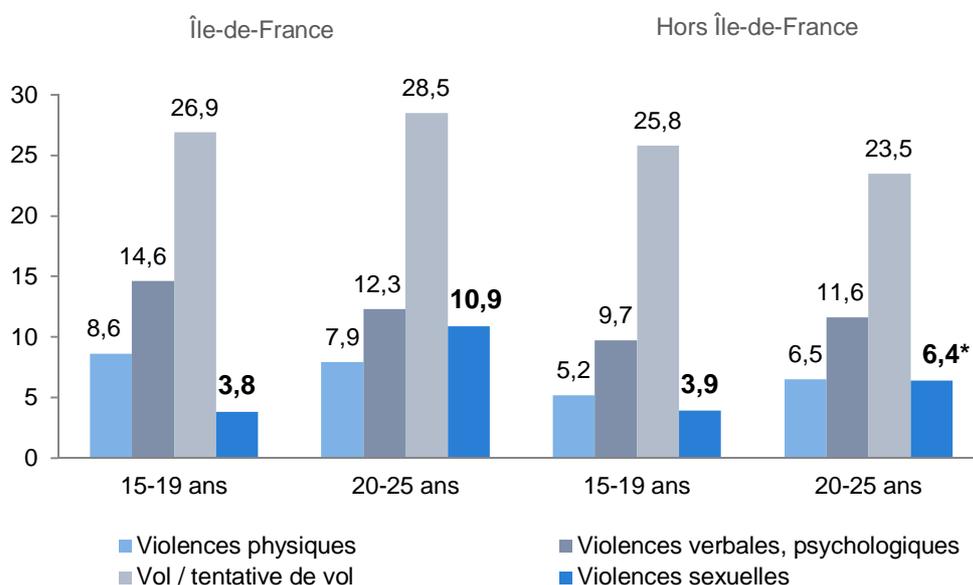
(2) Avoir été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes, en dehors d'une agression sexuelle, au cours des 12 derniers mois.

(3) Avoir été victime de menaces verbales, de regards ou de paroles méprisants ou humiliants au cours des 12 derniers mois.

(4) Avoir été victime d'attouchements sexuels (ou de tentatives) ou de rapports sexuels forcés (ou tentatives) au cours de la vie.

(5) En **gras**, différences garçons/filles significatives à au moins 5%.

Figure 8 : Indicateurs de violence subie au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie pour les violences sexuelles selon l'âge en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)



* Différence IdF / HIdF, p significatif à 5%.

En gras Différence 15-19 ans / 20-25 ans significative à au moins 5%.

5.2 La violence chez les jeunes

Près de 3 jeunes sur 10 ont déclaré avoir subi des violences verbales ou psychologiques

En Île-de-France, 8 % des jeunes de 15-25 ans déclarent avoir subi des violences physiques (avoir été frappé ou blessé physiquement) au cours des douze derniers mois, tant chez les garçons que chez les filles. Dans le reste de la France, les garçons déclarent plus souvent que les filles avoir subi des violences physiques, 7 % contre 5 %.

Des violences verbales ou psychologiques (menaces verbales, regards ou paroles méprisants ou humiliants) sont déclarées dans des proportions relativement élevées, 28 % en Île-de-France et 25 % en région, sans différence significative. Les proportions sont également comparables entre les filles et les garçons, en Île-de-France comme dans le reste de la France. Si ces violences sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France chez les garçons, elles sont plus élevées chez les filles franciliennes que chez les non Franciliennes ($p=0,0610$).

Les violences verbales ou psychologiques sont déclarées par 31 % des filles et 25 % des garçons en Île-de-France.

Plus d'1 Francilienne sur 10 déclare avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie

Pour les violences sexuelles (attouchements, rapports sexuels forcés, tentatives d'attouchement ou tentatives de rapports sexuels forcés), les filles sont plus nombreuses que les garçons à en avoir déclaré, quelle que soit la région. En Île-de-France, 11 % des filles contre 4 % des garçons ont déclaré avoir subi des violences sexuelles. La comparaison avec le reste de la France montre que, si la proportion globale ne diffère pas entre les zones géographiques, les garçons franciliens sont plus de deux fois plus nombreux à avoir déclaré ces violences que leurs homologues en région, 4 % contre 2 %.

Des violences sexuelles plus souvent déclarées par les garçons franciliens que leurs homologues en région, 4 % contre 2 %.

Par ailleurs, des vols ou tentatives de vols concernent plus d'un jeune sur dix, 13 % en Île-de-France, 11 % en région, sans différence entre zones géographiques. S'il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles en Île-de-France, en région les garçons déclarent plus souvent que les filles avoir été victimes de vols ou tentatives de vol.

Tableau 32 : Facteurs associés aux violences physiques au cours des douze derniers mois et aux violences sexuelles au cours de la vie

Modèles de régression logistique	Violences physiques		Violences sexuelles	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Etre un garçon	1		1	
Etre une fille	0,76	0,55-1,54	5,15	3,27 – 8,10
Etre âgé de 15-19 ans	1		1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,01	0,67-1,52	1,08	0,70-1,67
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1		1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,61	1,03-2,51	1,94	1,17-3,23
Vivre seul	1,46	0,90-2,40	2,50	1,48-4,20
Vivre avec d'autres personnes	1,23	0,76-2,01	2,72	1,67-4,44
Avoir un niveau plus élevé	1		1	
Avoir un niveau moins élevé	1,51	1,05-2,16	0,88	0,59-1,31
Revenus par UC				
1500 euros et plus	1		1	
Moins de 900 euros	1,21	0,75-1,95	1,29	0,81-2,05
900 à moins de 1500 euros	1,18	0,73-1,89	1,27	0,80-2,01
Polyconsommation régulière 2-3 produits				
Non	1		1	
Oui	2,36	1,64-3,40	2,24	1,50-3,33
Résider hors Île-de-France	1		1	
Résider en Île-de-France	1,31	0,82-2,11	1,36	0,88-2,10

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

Tableau 33 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant avoir subi des violences physiques* au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010 (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons	7,5	8,2	NS	8,9	7,0	NS	NS	NS
Filles	4,1	8,2	NS	3,1	4,7	S*	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S*	NS		S***	S*			
15-19 ans	6,8	8,6	NS	7,4	5,2	S*	NS	NS
20-25 ans	5,1	7,9	NS	4,7	6,5	NS ⁽²⁾	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS		S**	NS			
Ensemble	5,8	8,2	NS	6,0	5,9	NS	NS	NS
EFFECTIFS	1650	650		2998	3203			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0571.

* Avoir été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes. En 2010, la question précisait « en dehors d'une agression sexuelle », mention qui ne figurait pas en 2005. Toutefois une autre question abordait en 2005 les rapports sexuels forcés, ce qui peut laisser supposer que les agressions sexuelles n'ont pas été incluses en 2005.

La polyconsommation fortement associée aux violences subies

Dans les modèles de régression logistique sur les facteurs associés à la violence physique et aux violences sexuelles, on retrouve le fait d'être polyconsommateur de deux ou trois produits psychoactifs (parmi alcool, tabac, cannabis) qui multiplie par plus de 2 le risque d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles. Par ailleurs, les jeunes de familles monoparentales ou recomposées ont aussi un risque plus élevé d'avoir subi ces deux types de violence. Et pour les violences sexuelles, le risque est multiplié par près de 3 pour ceux vivant seuls ou vivant avec d'autres personnes que des personnes de la famille. Pour les violences sexuelles, on retrouve le risque plus élevé pour les femmes, multiplié par 5 par rapport aux hommes.

Une augmentation des violences physiques subies chez les filles en région entre 2005 et 2010, une tendance comparable en Île-de-France

Hors Île-de-France, la comparaison des proportions de jeunes filles ayant subi des violences physiques entre 2005 et 2010 montre une augmentation de la violence physique, passant de 3 % à 5 % des filles de 15-25 ans. Cette augmentation n'est toutefois pas mise en évidence par le modèle de régression logistique (non représenté ici) où, à âge, type de famille, niveau de diplôme comparables, l'odds ratio (OR) pour l'année 2010 est de 1,4 mais non significatif. L'augmentation observée résulte essentiellement d'une modification des caractéristiques socio-démographiques de cette population entre 2005 et 2010.

On observe une tendance comparable en Île-de-France où, si la différence n'est pas significative entre 2005 et 2010, la proportion de jeunes filles déclarant avoir subi des violences physiques est passée de 4 % à 8 %.

Inversement, chez les garçons, en région, la proportion brute de ceux ayant déclaré des violences physiques subies n'a significativement pas diminué entre 2005 et 2010 mais le modèle de régression logistique met en évidence un risque moins élevé de violences physiques subies, avec un OR significatif pour l'année 2010 de 0,73, à âge, type de famille, niveau de diplôme comparables. Si la prévalence brute n'a pas diminué, c'est que les caractéristiques de la population ont changé masquant ainsi une baisse réelle de la violence (les personnes vivant seules et celles ayant un niveau de diplôme moins élevé ont un risque plus grand de déclarer avoir subi des violences physiques au cours des douze derniers mois).

Chez les garçons, des violences sexuelles plus souvent déclarées en Île-de-France qu'en région, 4 % contre 2 %.

Tableau 34 : Avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital au cours des 12 derniers mois (en % des jeunes de 15-25 ans)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Garçons	14,7	21,4	20,3	NS
Filles	15,7	13,3	13,7	NS
Ensemble	15,2	17,4	17,0	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	NS	S**	S**	
15-19 ans	16,6	16,8	16,8	NS
20-25 ans	14,1	17,9	17,2	NS
Ensemble	15,2	17,4	17,0	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS	NS	
EFFECTIFS	204	1103	1307	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 35 : Accidents ayant entraîné une consultation au cours des 12 derniers mois et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,66	0,46 – 0,96
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,05	0,68 – 1,62
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,16	0,72 – 1,85
Vivre seul	0,67	0,37 – 1,17
Vivre avec d'autres personnes	0,85	0,51 – 1,44
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,08	0,72 – 1,64
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,78	0,50 – 1,23
900 à moins de 1500 euros	1,02	0,65 – 1,62
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1,31	0,84 – 2,06
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,80	0,47 – 1,37

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 En **gras** : OR significatifs à au moins 5%.

5.3 Accidents

Des proportions d'accidents comparables entre filles et garçons en Île-de-France

Au cours des 12 derniers mois, 15,2 % des jeunes franciliens de 15-25 ans ont déclaré avoir eu un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital. Cette proportion est comparable à celle du reste de la France, 17,4 %.

En région, la proportion de garçons ayant déclaré avoir eu un accident est plus élevée que celles des filles, 21 % et 13 % respectivement. Ce n'est pas le cas pour l'Île-de-France où les proportions sont comparables entre filles et garçons (16 % et 15 % respectivement). Ce rapprochement des comportements entre filles et garçons a déjà été noté dans d'autres conduites.

Si l'Île-de-France ne se distingue pas du reste de la France pour les prévalences d'accident, en revanche, le nombre d'accidents y semble plus élevé : parmi les jeunes ayant eu un accident au cours des 12 derniers mois en Île-de-France, 43 % en ont eu deux ou plus, proportion qui s'élève à 23 % en région ($p=0,0631$) (données non représentées ici).

Parmi les accidents survenus au cours des douze derniers mois chez les jeunes franciliens de 15-25 ans, et en prenant en compte le dernier accident renseigné pour ceux en ayant eu plusieurs, les accidents de sport arrivent en tête (7,0 %), puis les accidents « autres que sport, circulation ou travail » (4,9 %), comprenant notamment les accidents domestiques, suivis par les accidents du travail (3,5 % de la population active) et les accidents de la circulation (1,6 %). Les proportions ne diffèrent pas entre l'Île-de-France et le reste de la France. Une même personne peut avoir déclaré plusieurs types d'accidents, par exemple un accident du travail et un accident de la circulation.

Le genre, seule variable explicative mise en évidence

L'étude des facteurs associés montre que, à l'exception du sexe, aucune autre variable n'apparaît, dans le modèle de régression logistique, associée à la survenue d'un accident. Ainsi, le modèle montre le risque moins élevé des filles d'avoir eu un accident qu'on avait observé en région (mais pas en Île-de-France). Le modèle confirme l'absence de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France. Par contre l'association attendue entre la polyconsommation et les accidents n'est pas significative, même si l'odds ratio est supérieur à 1.

15 % des garçons et 16 % des filles en Île-de-France ont été victimes d'un accident.

Les accidents de sport arrivent en tête, puis les accidents autres que sport, circulation ou travail.

Tableau 36 : Evolution entre 2005 et 2010 des proportions de jeunes de 15-25 ans ayant eu un accident ayant entraîné une consultation au cours des 12 derniers mois (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010
Garçons	15,7	14,7	NS	20,9	21,4	NS	S*	NS
Filles	10,8	15,7	NS	10,8	13,3	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S**	NS		S***	S**			
15-19 ans	13,0	16,6	NS	16,8	16,8	NS	S*	NS
20-25 ans	13,4	14,1	NS	15,2	17,9	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 / 20-25 ans	NS	NS		NS	NS			
Ensemble	13,2	15,2	NS	15,9	17,4	NS		
EFFECTIFS	1649	204		2996	1103			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Tableau 37 : Port du casque lors de la dernière pratique de deux roues, roller, trottinette, skate (en % des jeunes de 15-25 ans)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Moto, mobylette, scooter	93,1	93,1	93,1	NS
EFFECTIFS	62	391	453	
Vélo	13,0	17,7	16,9	NS
EFFECTIFS	124	732	856	
Roller, patin à roulettes, skate, trottinette	14,5	8,2	9,4	NS
EFFECTIFS	41	193	234	

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Une stabilité de la proportion de jeunes déclarant avoir eu un accident au cours des douze derniers mois entre 2005 et 2010

Entre 2005 et 2010, la proportion de jeunes déclarant avoir eu un accident au cours des douze derniers mois est restée stable, que ce soit en Île-de-France ou en région, chez les garçons ou chez les filles, ou quelle que soit la tranche d'âges. Toutefois certaines différences non significatives pourraient l'être si les effectifs étaient plus grands. Ainsi la proportion de Franciliennes ayant eu un accident est passée de 11% à 16% entre 2005 et 2010, différence a priori non significative, toutefois, l'écart avec les garçons, significatif en 2005 (16% des garçons ont eu un accident) ne diffère pas en 2010 (15% des garçons ont déclaré avoir eu un accident au cours des douze derniers mois).

Par ailleurs, les comparaisons entre l'Île-de-France et le reste de la France montrent que si l'écart entre les garçons était significatif en 2005, les Franciliens déclarant moins d'accident que leurs homologues du reste de la France, respectivement 16% et 21%, cet écart est resté stable en 2010, avec des proportions respectives de 15% et 21%. La différence non significative est probablement liée à un effectif faible en 2010 (204 pour l'Île-de-France, du fait que cette partie du questionnaire était posée en sous-échantillon).

Cette stabilité entre 2005 et 2010 est confirmée par les modèles de régression logistique (non représentés ici), réalisés chez les garçons et les filles, pour l'Île-de-France et le reste de la France, avec ajustement sur le type de famille, le niveau de diplôme et l'année (2005 / 2010). Les odds ratio non significatifs pour l'année dans tous les modèles ne mettent ainsi pas en évidence de différence entre 2005 et 2010.

Des proportions d'accidents comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, chez les garçons comme chez les filles.

7% des jeunes n'ont pas porté de casque en faisant de la moto

Si le port du casque concerne pratiquement tous les jeunes lors de la pratique d'un deux-roues à moteur, 7% des jeunes, en Île-de-France comme dans le reste de la France ont déclaré ne pas avoir porté de casque la dernière fois qu'ils ont fait de la moto, de la mobylette ou du scooter.

Le port du casque est par contre nettement moins fréquent lors de la pratique du vélo. En Île-de-France, seuls 13% des jeunes de 15-25 ans ont déclaré avoir porté un casque lors de leur dernière pratique de vélo, proportion qui ne diffère statistiquement pas de celle observée en région (18%).

Le port du casque lors de la dernière pratique de roller, patins à roulette, skate ou trottinette est, comparativement au vélo, relativement fréquente puisqu'elle concerne près de 15% des jeunes franciliens mais seulement 8% des jeunes résidant en région, sans toutefois que la différence ne soit significative.

Tableau 38 : Contraception lors du premier rapport sexuel chez les jeunes de 15-25 ans, à l'exclusion de ceux ayant eu uniquement des rapports homosexuels (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			France métro		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Pilule	3,7	2,7	3,2	3,0	3,0	3,0	3,1	3,0	3,0
Préservatif	66,6	40,5	53,3	56,9	37,7	47,6	58,5	38,2	48,6
Pilule + préservatif	26,0	42,6	34,5	33,9	51,8	42,6	32,6	50,2	41,2
Autres	0,0	0,6	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Pas de contraception	3,7	13,6	8,7	6,1	7,3	6,7	5,7	8,4	7,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ⁽¹⁾ Garçons / Filles	S***			S***			S***		
p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	NS	S*	NS						
EFFECTIFS	232	251	483	1 182	1 211	2 393	1 414	1 462	2 876

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Tableau 39 : Absence d'utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel et facteurs associés (parmi les jeunes de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels)

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	1,16	0,85 – 1,58
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,72	1,10 – 2,68
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,65	1,02 – 2,67
Vivre seul	1,61	1,01 - 2,58
Vivre avec d'autres personnes	2,19	1,43 - 3,35
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,67	1,22 – 2,27
Premier rapport sexuel avant 17 ans	1	
Premier rapport sexuel à 17 ans ou plus	1,39	1,02 – 1,89
Rapport souhaité	1	
Rapport non souhaité	2,12	1,35 – 3,35
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1,55	1,09 – 2,21
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	1,29	0,86 – 1,94

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

6 | RISQUES LIÉS A LA SEXUALITE

6.1 Contraception

14 % des Franciliennes de 15-25 ans ont déclaré n'avoir utilisé aucune contraception lors du premier rapport sexuel

Si plus de 9 jeunes de 15-25 ans sur 10, garçons ou filles, ont déclaré avoir utilisé une contraception au premier rapport sexuel, une partie d'entre eux n'en ont utilisée aucune. Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer n'en avoir utilisé aucune, et les Franciliennes plus nombreuses que leurs homologues du reste de la France, 13,6 % contre 7,3 % en région. En Île-de-France, ce constat est observé chez les femmes mais pas chez les hommes : 91,3 % des femmes de 15-25 ans ayant souhaité le rapport ont utilisé un moyen de contraception contre 59,9% de celles ne l'ayant pas souhaité et chez les hommes ces proportions sont respectivement de 96,2 % et 96,8 %. De plus la comparaison, chez les femmes, entre l'Île-de-France et le reste de la France, montre que lorsque le rapport n'est pas souhaité, les Franciliennes sont moins nombreuses que leurs homologues du reste de la France à ne pas avoir utilisé de moyen de protection, respectivement 59,9 % et 84,8 %.

Chez les filles, l'utilisation de la contraception au premier rapport est plus fréquente lorsque le rapport a été souhaité.

Le préservatif utilisé par 9 jeunes sur 10 lors du premier rapport sexuel

Parmi les moyens utilisés, le préservatif arrive largement en tête, qu'il soit utilisé seul ou en association avec la pilule : 87,8 % des jeunes franciliens de 15-25 ans déclarent l'avoir utilisé lors du premier rapport sexuel. En Île-de-France, les filles sont moins nombreuses à déclarer l'avoir utilisé au premier rapport (83,1 %) que les garçons (92,6 %) tandis qu'en région les proportions sont comparables entre les sexes, 89,6 % pour les filles et 90,8 % pour les garçons. Il n'y a en revanche pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les garçons ou chez les filles.

La polyconsommation de substances psychoactives et les rapports non souhaités associés à l'absence d'utilisation du préservatif au premier rapport

De nombreux facteurs vont jouer sur le fait d'avoir utilisé un préservatif ou non au premier rapport. Le modèle ci-contre en repère certains. Le fait d'avoir eu un rapport plus jeune favorise l'utilisation du préservatif. Le mode de vie, ainsi le fait de ne pas vivre dans une famille nucléaire (ou élargie) est un facteur de risque de l'absence d'utilisation du préservatif. Le niveau d'éducation joue également, ainsi les jeunes ayant un niveau de diplôme moins élevé ont un risque plus élevé. Les circonstances du rapport vont jouer également, ainsi l'usage de substances psychoactives et le fait de ne pas avoir souhaité le rapport, augmentent le risque de ne pas avoir utilisé de préservatif au premier rapport sexuel, même si le questionnaire ne donne pas d'indication sur la simultanéité des deux événements.

Un plus faible niveau de diplôme et ne pas vivre avec ses deux parents associés à une moindre utilisation du préservatif au premier rapport.

Tableau 40 : Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et à l'IVG au cours des 5 dernières années (en % des filles de 15-25 ans)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Contraception d'urgence au cours de la vie	56,2	38,6	41,7	S***
EFFECTIFS	253	1237	1490	
IVG au cours des 5 dernières années	18,7	8,8	10,5	S*
EFFECTIFS	82	437	519	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 41 : Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et à l'IVG au cours des 5 dernières années et facteurs associés chez les femmes de 15-25 ans

Modèle de régression logistique	Contraception urgence		IVG	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Etre âgé de 15-19 ans	1		1	
Etre âgé de 20-25 ans	0,74	0,52 – 1,05	6,10	1,49 – 24,98
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1		1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	2,23	1,49 – 3,35	5,46	1,28 – 23,26
Vivre seul	1,69	1,12 – 2,53	3,83	0,96 – 15,31
Vivre avec d'autres personnes	1,85	1,31 – 2,61	3,37	0,81 – 14,02
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1		1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,88	0,65 – 1,20	4,75	2,20 – 10,22
Revenus par UC				
1500 euros et plus	1		1	
Moins de 900 euros	1,13	0,79 – 1,61	1,04	0,35 – 3,14
900 à moins de 1500 euros	1,22	0,86 – 1,74	0,71	0,25 – 2,04
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1		1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	2,68	1,86 – 3,86	5,52	2,21 – 13,82
Résider hors Île-de-France	1		1	
Résider en Île-de-France	1,88	1,31 – 2,70	3,77	1,51 – 9,38

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Tableau 42 : Evolution du recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et à l'IVG au cours des 5 dernières années entre 2005 et 2010 (en % des femmes de 15-25 ans)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Recours à la contraception d'urgence	34,2	56,2	S***	27,0	38,6	S***	S*	S***
EFFECTIFS	612	253		1204	1237			
Recours à l'IVG	7,3	18,7	S**	6,6	8,8	NS	NS	S*
EFFECTIFS	617	82		1202	437			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

6.2 Recours à la contraception d'urgence et à l'IVG

Un fort recours à la contraception d'urgence en Île-de-France et en augmentation

Le recours à la contraception d'urgence, contraception de rattrapage, a lieu dans la majorité des cas lors d'un échec de contraception régulière (oubli de pilule, rupture du préservatif) ou bien lors d'une absence de contraception. Outre le risque de grossesse non désirée, s'ajoute le risque d'une infection sexuellement transmissible. Le recours à la contraception d'urgence au cours de la vie est particulièrement élevé en Île-de-France, puisqu'il concerne 56 % des jeunes femmes de 15-25 ans, et en région, la proportion est significativement inférieure, avec 39 % des jeunes femmes ayant déclaré un recours (Tableau 40). Un niveau plus élevé de recours à la contraception d'urgence ne traduit pas nécessairement une prise de risque plus importante, mais peut aussi traduire une meilleure information des jeunes sur ce dispositif, sur les possibilités de l'obtenir, notamment sa disponibilité sans prescription médicale et la gratuité pour les jeunes filles mineures.

56 % des Franciliennes ont déjà eu recours à la contraception d'urgence.

Le recours à la contraception d'urgence a fortement augmenté entre 2005 et 2010 en Île-de-France, passant de 34 % à 56 %, et en région, passant de 27 % à 39 % des jeunes femmes (Tableau 42).

Toutes choses égales par ailleurs, les jeunes filles vivant dans un autre type de famille qu'une famille nucléaire ou élargie, les polyconsommatrices régulières de substances psychoactives et les Franciliennes ont un risque plus élevé d'avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de la vie (Tableau 41).

Un recours à l'IVG plus fréquent en Île-de-France qu'en région

Le recours à l'IVG au cours de la vie concerne 19 % des Franciliennes de 15-25 ans, proportion significativement plus élevée que celle du reste de la France, 9 % (Tableau 40). La différence est surtout liée à une proportion plus élevée d'IVG chez les jeunes filles de 15-19 ans (14 % en Île-de-France contre 1 % en région) tandis qu'à 20-25 ans, les proportions sont de 20 % contre 12 % en région. A noter que les pourcentages sont calculés sur de très petits effectifs franciliens.

19 % des Franciliennes ont eu une IVG au cours des 5 dernières années.

Le recours à l'IVG a fortement augmenté en Île-de-France entre 2005 et 2010, passant de 7 % à 19 % des jeunes femmes de 15-25 ans tandis qu'il est resté stable en région, respectivement 7 % et 9 % en 2005 et 2010. Cette augmentation peut avoir différentes explications : une augmentation des échecs de contraception ou de rapports sans contraception.

Toutes choses égales par ailleurs, les jeunes filles de 20-25 ans, celles vivant dans une famille monoparentale, les moins diplômées et les polyconsommatrices régulières de produits psychoactifs ont un risque plus élevé d'avoir réalisé une IVG au cours des cinq dernières années (Tableau 41). Le modèle confirme aussi le risque plus élevé des Franciliennes.

Tableau 43 : Avoir contracté une IST (hors mycoses) au cours des 5 dernières années (en % des jeunes de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France métro	p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)
Garçons	1,4	1,5	1,5	NS
Filles	11,6	4,7	5,9	S*
Ensemble	6,5	3,0	3,6	S*
p ⁽¹⁾ Garçons /Filles	S***	S***	S***	
15-19 ans	5,1	3,1	3,4	NS
20-25 ans	7,1	3,0	3,7	S*
Ensemble	6,5	3,0	3,6	S*
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS	NS	
EFFECTIFS	497	2449	2946	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) X², test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tableau 44 : Avoir contracté une IST au cours des 5 dernières années et facteurs associés (jeunes de 15-25 ans et filles de 15-25 ans)

Modèle de régression logistique	Les deux sexes		Filles	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Etre un garçon	1			
Être une fille	4,46	2,59 – 7,68		
Etre âgé de 15-19 ans	1		1	
Etre âgé de 20-25 ans	0,68	0,36 – 1,29	0,50	0,24 – 1,04
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1		1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	2,05	1,03 – 4,06	2,34	1,09 – 5,04
Vivre seul	3,03	1,56 – 5,89	2,12	0,95 – 4,73
Vivre avec d'autres personnes	1,31	0,63 – 2,70	1,19	0,52 – 2,72
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1		1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,20	0,70 – 2,05	1,59	0,88 – 2,88
Revenus par UC				
1500 euros et plus	1		1	
Moins de 900 euros	0,65	0,39 – 1,11	0,58	0,32 – 1,08
900 à moins de 1500 euros	0,48	0,26 – 0,89	0,34	0,16 – 0,72
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1		1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	2,56	1,55 – 4,22	2,18	1,15 – 4,12
Résider hors Île-de-France	1		1	
Résider en Île-de-France	1,57	0,89 – 2,76	1,83	0,96 – 3,49

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Des IST plus souvent déclarées en Île-de-France que dans le reste de la France

Les filles sont toujours plus nombreuses que les garçons, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France, à avoir déclaré une IST en dehors d'une mycose au cours des cinq dernières années. L'écart est particulièrement marqué en Île-de-France où 12% des filles ont déclaré avoir eu une IST au cours des cinq dernières années, contre 1% des garçons (tableau 36). Les différences entre les garçons et les filles peuvent en partie s'expliquer par le fait que les filles ont un meilleur accès au dépistage notamment du fait d'un meilleur suivi médical. Une autre exploitation du Baromètre santé de 2010 chez les 15-54 ans a montré que les femmes ont plus souvent découvert qu'elles avaient une IST lors d'une consultation pour un autre motif (43 % contre 15 % des hommes) et que les hommes avaient été plus souvent prévenus par leur partenaire que les femmes (22% des hommes contre 6% des femmes ont été prévenus par leur partenaire) (Beltzer, Féron, & Vincelet, 2013).

Par ailleurs, les comparaisons entre l'Île-de-France et le reste de la France montrent que les proportions ne varient pas chez les garçons tandis que chez les filles, elles sont beaucoup plus élevées en Île-de-France par rapport au reste de la France (12% contre 5%).

On n'observe pas de différence significative entre les jeunes de 15-19 ans et ceux de 20-25 ans quant à la proportion de ceux ayant déclaré une IST au cours des cinq dernières années, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France. La proportion plus élevée d'IST déclarées en Île-de-France s'observe chez les jeunes de 20-25 ans mais pas chez ceux de 15-19 ans.

Une IST plus souvent déclarée chez les jeunes polyconsommateurs

Les modèles montrent un risque d'IST au cours des cinq dernières années plus élevé chez les jeunes vivant dans des familles monoparentales ou vivant seuls. Ils montrent aussi un risque 2,6 fois plus élevé chez les jeunes déclarant consommer régulièrement deux ou trois produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis, et ce, toutes choses égales par ailleurs.

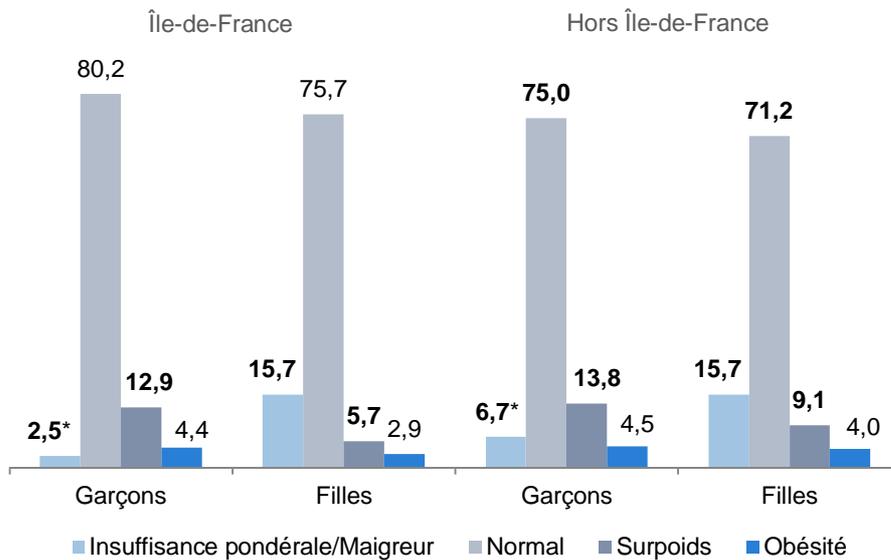
Les modèles de régression logistique confirment le risque plus élevé des filles d'avoir contracté une IST au cours des cinq dernières années.

Chez les filles, on retrouve les mêmes associations (l'odds ratio pour le fait de vivre seul est proche de la significativité). Les jeunes filles qui résident en Île-de-France semblent avoir un risque plus élevé d'IST que leurs homologues en région, avec un odds ratio de 1,8 proche de la significativité.

Les filles sont toujours plus nombreuses à déclarer une IST, probablement en raison d'un meilleur suivi médical et d'un meilleur dépistage.

Un risque plus élevé d'IST en Île-de-France qu'en région, toutes choses égales par ailleurs.

Figure 9 : Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon le sexe en Île-de-France et hors Île-de-France (en % des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les prévalences marquées **en gras** sont significativement différentes après comparaison garçons/filles.

* Différences significatives à au moins 5 % pour la comparaison IdF/HIdF

Tableau 45 : Classification du poids à partir de l'IMC pour les jeunes de 15-25 ans selon les normes IOTF

Age	Garçons			Filles		
	Normal	Surpoids	Obésité	Normal	Surpoids	Obésité
15 ans	17,23	23,56	28,59	17,65	24,11	29,20
16 ans	17,77	24,15	29,13	18,06	24,51	29,54
17 ans	18,26	24,71	29,69	18,37	24,84	29,84
18 ans ou plus	18,50	25,00	30,00	18,50	25,00	30,00

Sources : normes IOTF, 2012

7 | INSUFFISANCE PONDERALE, EXCES DE POIDS ET TROUBLES LIES A L'ALIMENTATION

7.1 Insuffisance pondérale, surpoids et obésité

Les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité sont déterminés à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), obtenu en divisant le poids (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres). D'après la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les jeunes âgés de plus de 18 ans, quel que soit le sexe et ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m² sont considérés comme atteints d'insuffisance pondérale, de même un IMC compris entre 18,5 et 25 kg/m² indique un poids normal, un IMC compris entre 25 et 30 kg/m² indique un surpoids et un IMC supérieur à 30 kg/m² indique une obésité. Cette classification n'étant pas adaptée aux jeunes de moins de 18 ans, l'International obesity task force (IOTF) a déterminé de nouvelles valeurs de référence pour le surpoids, l'obésité et l'insuffisance pondérale/maigreur qui varient selon l'âge et le sexe de l'enfant (Cole & Lobstein, 2012) (Tableau 45).

Par la suite, on s'intéressera plus particulièrement aux questions d'excès de poids, et les personnes de corpulence maigre seront intégrées dans la catégorie « sans excès de poids ». S'agissant d'une enquête déclarative, il peut exister des biais de déclaration, notamment en ce qui concerne le poids.

16 % des filles franciliennes de 15-25 ans en insuffisance pondérale et 17 % des garçons franciliens de 15-25 ans en excès de poids (surpoids et obésité)

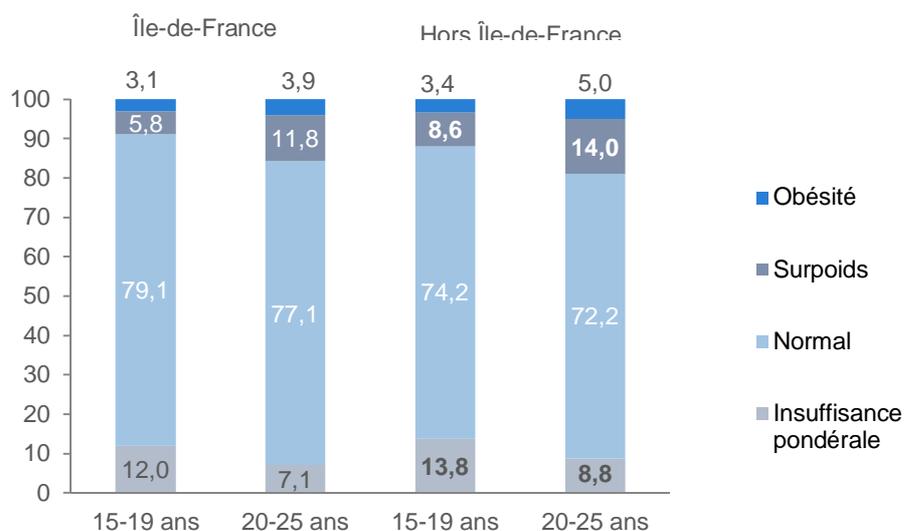
En Île-de-France, pour les deux sexes confondus, 9 % des jeunes sont en surpoids et 4 % sont obèses soit un total de 13 % des jeunes de 15-25 ans en excès de poids (surpoids et obésité) et 9 % ont un IMC inférieur à la normale (insuffisance pondérale et maigreur). Ces pourcentages sont équivalents à ceux des autres régions et ce quel que soit le sexe, avec 16 % des jeunes en excès de poids et 11 % en insuffisance pondérale.

Les Franciliens sont plus nombreux à déclarer un excès de poids que les Franciliennes : 17 % contre 9 % tandis que les Franciliennes sont plus nombreuses à déclarer une insuffisance pondérale que les Franciliens : 16 % contre 3 % (différence significative). Ces mêmes tendances significatives sont observées hors Île-de-France : 18 % contre 13 % pour l'excès de poids ; 16 % contre 7 % pour l'insuffisance pondérale (Figure 9).

**En Île-de-France,
9 % des jeunes sont en
surpoids,
4 % sont obèses,
soit un total de 13 % en
excès de poids.**

**Les garçons plutôt
en excès de poids,
les filles plutôt en
insuffisance pondérale.**

Figure 10 : Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon l'âge (en % des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les prévalences marquées **en gras** sont significativement différentes après comparaison 15-19 ans / 20-25 ans.

* Différences significatives à au moins 5 % pour la comparaison IdF/HIdF.

Tableau 46 : Excès de poids et facteurs associés (modèle de régression logistique)

	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une femme	0,62	0,49 - 0,79
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,45	1,08 - 1,94
Vivre dans une famille nucléaire ou autre	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,24	0,90 - 1,72
Vivre seul	1,13	0,80 - 1,60
Vivre avec autres personnes	1,60	1,15 - 2,23
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,52	1,18 - 1,96
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,33	1,00 - 1,77
900 à moins de 1500 euros	1,32	0,99 - 1,76
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,76	0,54 - 1,06

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

En gras : OR significatifs à au moins 5%.

Des prévalences d'excès de poids comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France

La proportion de jeunes en insuffisance pondérale tend à diminuer avec l'âge, même si la différence n'est pas significative en Île-de-France, passant dans la région de 12 % des jeunes de 15-19 ans à 7 % de ceux de 20-25 ans, et de 14 % à 9 % en région.

Si les proportions de jeunes en obésité ne varient pas selon l'âge (différences non significatives), en revanche celles de jeunes en surpoids sont plus élevées chez les 20-25 ans que chez les 15-19 ans, avec une différence proche de la significativité en Île-de-France ($p=0,0689$) et significative en région. En Île-de-France, 6 % des jeunes de 15-19 ans sont en surpoids, proportion qui double à 20-25 ans (12 %). En comptant ensemble le surpoids et l'obésité, un excès de poids concerne 8,9 % des Franciliens de 15-19 ans et 15,7 % de ceux de 20-25 ans ($p=0,0685$) et, pour le reste de la France, respectivement 12,0 % des 15-19 ans et 19,0 % des 20-25 ans (différence significative).

Par ailleurs, quelle que soit la catégorie d'âge, aucune différence n'est constatée entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les prévalences de l'insuffisance pondérale, du surpoids ou de l'obésité.

Une prévalence de l'excès de poids qui augmente avec l'âge, passant de 9 % à 16 % des jeunes entre 15-19 ans et 20-25 ans.

L'excès de poids associé aux faibles revenus et à un plus faible niveau d'éducation

Outre le sexe et l'âge, la déclaration d'un excès de poids est liée au niveau de revenu, au niveau de diplôme et au mode de vie. Ainsi, le fait d'avoir un revenu par unité de consommation (UC) moins élevé constitue un facteur de risque de l'excès de poids ($OR=1,33$ si le revenu est inférieur à 900 euros mensuels par unité de consommation): 18 % des personnes dont le revenu par UC est inférieur au seuil de pauvreté (900 euros) déclarent être en excès de poids contre 9 % des personnes dont le revenu par UC est supérieur à 900 euros (annexe 10). De même, le fait d'avoir un niveau de diplôme moins élevé constitue un risque d'excès de poids : 21 % des personnes dont le niveau de diplôme est faible déclarent être en excès de poids contre 9 % des personnes à plus haut niveau de diplôme ($p<0,01$) et l'odds ratio est de 1,52 pour les personnes moins diplômées. Les jeunes vivant avec d'autres personnes sont également plus à risque d'être en excès de poids que ceux vivant dans une famille nucléaire ou élargie ($OR=1,60$) (Tableau 46).

Tableau 47 : Evolution de la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité) entre 2005 et 2010 en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons	10,1	17,3	S**	12,7	18,3	S***	NS	NS
Filles	7,5	8,5	NS	10,7	13,1	NS	S*	S*
p ⁽¹⁾ Garçons /Filles	NS	S**		NS	S***			
15-19 ans	8,0	8,9	NS	8,7	12,0	S*	NS	NS
20-25 ans	9,3	15,7	S**	14,4	19,0	S**	S**	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 / 20-25 ans	NS	NS ⁽²⁾		S***	S***			
Ensemble	8,8	12,8	S*	11,7	15,8	S***	S**	NS
EFFECTIFS	1620	641		2949	3144			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

(2) p=0,0686.

Tableau 48 : Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale entre 2005 et 2010 en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Garçons	5,3	2,5	NS ⁽²⁾	4,3	6,7	S*	NS	S**
Filles	13,2	15,7	NS	13,6	15,7	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ Garçons /Filles	S***	S***		S***	S***			
15-19 ans	11,0	12,0	NS	9,8	13,8	S**	NS	NS
20-25 ans	7,9	7,1	NS	7,9	8,8	NS	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 / 20-25 ans	NS ⁽³⁾	NS		NS	S***			
Ensemble	9,3	9,2	NS	8,8	11,1	S*	NS	NS
EFFECTIFS	1620	641		2949	3144			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

(2) p=0,0582

(3) p=0,0527

Une forte augmentation de l'excès de poids entre 2005 et 2010 chez les garçons en Île-de-France et dans le reste de la France

Entre 2005 et 2010, la prévalence globale de l'excès de poids (surpoids et obésité) a augmenté, en Île-de-France un peu plus qu'en région : l'augmentation a été de 45 % en Île-de-France, passant de 9 % à 13 % de jeunes de 15-25 ans en excès de poids, et de 35 % hors Île-de-France. Les évolutions par sexe montrent que l'augmentation a surtout été importante (et significative) chez les hommes, passant de 10 % à 17 % de garçons en excès de poids en Île-de-France, tandis que chez les filles, la légère augmentation constatée n'est pas significative. L'augmentation constatée chez les garçons est plus importante en Île-de-France (+71 %) qu'en région (+44 %).

Par ailleurs, les comparaisons géographiques montrent que chez les garçons, les prévalences ne différaient statistiquement pas entre l'Île-de-France et le reste de la France et que ce constat peut également être fait en 2010. Pour les filles, la prévalence francilienne était, en 2005, inférieure à celle du reste de la France, constat que l'on retrouve en 2010.

Les évolutions par âge montrent qu'entre 2005 et 2010, les proportions ont augmenté pour les deux catégories d'âge en région et uniquement chez les 20-25 ans en Île-de-France. Chez ces derniers, l'augmentation a été très importante (+68 %), passant de 9 % à 16 % de jeunes en excès de poids tandis qu'en région, l'augmentation était moins importante, +38 % chez les 15-19 ans et +32 % chez les 20-25 ans.

Une stabilité de l'insuffisance pondérale chez les filles

L'évolution des prévalences de l'insuffisance pondérale montre une stabilité chez les filles, en Île-de-France ou dans le reste de la France. En revanche, l'évolution est différente chez les garçons, avec une diminution de cette prévalence en Île-de-France et une augmentation en région.

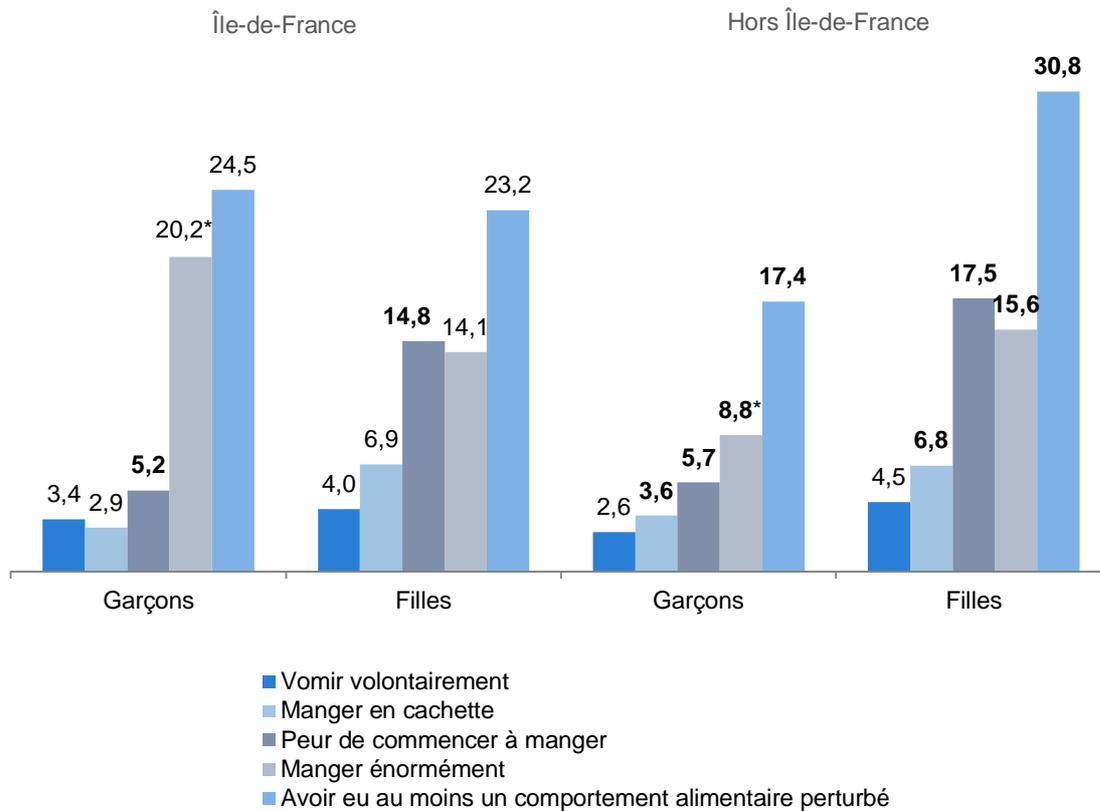
Quelle que soit l'année et la zone géographique, l'insuffisance pondérale est toujours plus élevée chez les filles que chez les garçons. En Île-de-France, l'écart entre les garçons et les filles s'est accru entre 2005 et 2010.

La prévalence de l'insuffisance pondérale est restée stable chez les jeunes de 15-19 ans et de 20-25 ans, à l'exception des 15-19 ans en région où la prévalence a augmenté, passant de 10 % à 14 %. La prévalence semble par ailleurs toujours un peu plus élevée à 15-19 ans qu'à 20-25 ans.

La prévalence de l'excès de poids en augmentation chez les garçons, entre 2005 et 2010, en Île-de-France comme en région.

Stabilité de l'insuffisance pondérale chez les filles, en Île-de-France comme en région, augmentation chez les garçons en région.

Figure 11 : Prévalence des comportements alimentaires perturbés au cours des 12 derniers mois chez les garçons et chez les filles (en %)



Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les prévalences marquées **en gras** sont significativement différentes après comparaison garçons/filles.

* Différences significatives à au moins 5 % pour la comparaison IdF/HIdF

Lecture : 20,5 % des Franciliens déclarent avoir mangé énormément au cours des douze derniers mois et 14,1 % des Franciliennes.

Encadré 10 . Les comportements alimentaires perturbés

Une variable synthétique a été créée à partir des comportements suivants : déclarer assez souvent ou très souvent « manger énormément avec de la peine à vous arrêter » et/ou déclarer assez souvent ou très souvent « manger en cachette » et/ou déclarer rarement, assez souvent ou très souvent « vous faire vomir volontairement » et/ou déclarer rarement, assez souvent ou très souvent « redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter » à l'instar de la modélisation réalisée au niveau national par l'Inpes. La variable « avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé » distingue ainsi les jeunes qui ont eu au moins l'un de ces comportements de ceux qui n'en ont eu aucun. L'analyse des comportements alimentaires est portée sur un sous-échantillon comprenant 1 215 jeunes de 15-25 ans, dont 202 Franciliens, ce qui peut constituer un biais dans la précision des interprétations.

7.2 Comportements alimentaires perturbés

Si l'alimentation ne pose pas problème pour la majeure partie des jeunes, il existe certains troubles, l'anorexie et la boulimie étant les plus connus, faisant référence à un rapport pathologique à la nourriture et qui surgissent le plus souvent à la période de l'adolescence. Ces troubles représentent un enjeu de santé publique important avec des conséquences à court, moyen ou long terme pour la santé liés à la dénutrition ou aux vomissements : troubles cardiaques, digestifs, métaboliques, dentaires, rénaux, ostéoporotiques, infectieux (Beck et al., 2013). De plus ces troubles ont des comorbidités psychiques, voire psychiatriques fréquentes.

Les Baromètres santé offrent des possibilités de mesure de certains symptômes utilisés dans le diagnostic de situations d'anorexie, boulimie, tels que les frénésies alimentaires (manger énormément), le fait de se faire vomir volontairement, de manger en cachette et de redouter de commencer à manger par crainte de ne plus pouvoir s'arrêter (Beck, Maillouche, Richard, & Legleye, 2013). Ces notions bien que plus larges que celles des troubles des comportements alimentaires tels que définis par le DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2000) permettent d'apprécier à la fois des pratiques et des représentations de comportements face à la nourriture, et de saisir les excès dans leurs deux dimensions (expansives et restrictives) (Beck, Maillouche, Richard, & Legleye, 2013)

Un jeune sur quatre a eu au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des douze derniers mois, en Île-de-France comme en région

Cette proportion est de 24 % pour les deux sexes, en Île-de-France ou en région, en 2010. En région, les comportements alimentaires perturbés sont, comme connu dans la littérature, des comportements plus souvent féminins que masculins : 31 % des filles de 15-25 ans contre 17 % des garçons ont déclaré avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des douze derniers mois (Figure 11). En Île-de-France en revanche, les proportions sont comparables entre filles et garçons.

Les comportements alimentaires les plus fréquemment cités, pour les deux sexes, sont : manger énormément avec de la peine à vous arrêter (17 % en Île-de-France, 12 % en région) et avoir peur de commencer à manger (10 % en Île-de-France et 12 % en région). Avec une différence significative entre l'Île-de-France et le reste de la France chez les garçons pour le premier : la proportion de Franciliens ayant déclaré avoir mangé énormément ces douze derniers mois est nettement supérieure à celle des garçons du reste de la France, 20 % contre 9 % (Figure 11).

Au total, pour le fait d'avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé, il n'y a pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les garçons ou chez les filles. Les différences observées ne sont statistiquement pas significatives.

Les comportements alimentaires les plus fréquents sont le fait de manger énormément avec de la peine à s'arrêter (garçons et filles), avec la peur de commencer à manger (filles).

Tableau 49 : comportements alimentaires perturbés ⁽¹⁾ au cours des douze derniers mois et facteurs associés (modèles de régression logistique)

	Garçons		Filles		Ensemble	
	OR	IC (95 %)	OR	IC (95 %)	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	.		.		1	
Etre une fille	.		.		2,11	1,47 - 3,03
Etre âgé de 15-19 ans	1		1		1	
Etre âgé de 20-25 ans	0,68	0,37 - 1,26	0,30	0,17 - 0,53	0,45	0,29 - 0,68
Vivre dans famille nucléaire, élargie	1		1		1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	0,72	0,36 - 1,43	1,24	0,67 - 2,31	0,97	0,62 - 1,54
Vivre seul	1,17	0,57 - 2,40	1,47	0,73 - 2,97	1,25	0,74 - 2,09
Vivre avec autres personnes	1,09	0,49 - 2,43	1,47	0,78 - 2,75	1,24	0,76 - 2,02
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1		1		1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,91	0,49 - 1,72	2,26	1,35 - 3,78	1,47	0,98 - 2,19
Revenus par UC						
1500 euros et plus	1		1		1	
Moins de 900 euros	2,47	1,07 - 5,69	0,84	0,47 - 1,51	1,30	0,82 - 2,08
900 à moins de 1500 euros	2,92	1,29 - 6,61	0,72	0,39 - 1,33	1,32	0,82 - 2,12
Résider hors Île-de-France	1		1		1	
Résider en Île-de-France	1,84	0,90 - 3,76	0,64	0,34 - 1,20	1,00	0,61 - 1,64

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) Déclarer assez souvent ou très souvent « manger énormément » et/ou déclarer assez souvent ou très souvent « manger en cachette » et/ou déclarer rarement, assez souvent ou très souvent « se faire vomir volontairement » et/ou déclarer rarement, assez souvent ou très souvent « redouter de commencer à manger par peur de ne pas pouvoir s'arrêter ».

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %.

Un risque plus élevé de comportements alimentaires perturbés chez les filles moins diplômées et chez les garçons vivant dans des familles aux revenus plus faibles

Pour les deux sexes, les modèles ne mettent pas en évidence l'existence d'un comportement alimentaire perturbé, selon le mode de vie, le revenu ou le niveau de diplôme. En revanche, l'âge et le sexe y sont fortement associés. Les filles ont un risque significativement plus élevé que les garçons d'avoir un comportement alimentaire perturbé (OR=2,11). A l'inverse les jeunes de 20-25 ans ont un risque moindre que les plus jeunes (OR=0,45) (Tableau 49).

Dans le modèle réalisé chez les filles, tout comme précédemment, l'âge (20-25 ans) est associé à un moindre risque de comportements alimentaires perturbés (OR=0,3) tandis qu'un niveau de diplôme moins élevé est un facteur de risque (OR=2,26). Chez les garçons seul le niveau de revenu par UC faible et moyen (inférieur à 1500 euros) apparaît de manière significative comme un facteur de risque des comportements alimentaires perturbés (OR=2,5 et 2,9) (Tableau 49) tandis que le modèle ne met pas en évidence d'association avec les autres facteurs.

Toutes choses égales par ailleurs, il n'apparaît pas de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, de manière globale.

Tableau 50 : Prévalence des indicateurs de santé mentale selon le fait d'avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des 12 derniers mois en Île-de-France (en % des jeunes de 15-25 ans du sous-échantillon)

Avoir au moins un comportement alimentaire perturbé	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total	Non	Oui
Pensées suicidaires	1,1	8,6	2,9	1,8	8,4	3,4	NS	NS
p ⁽¹⁾	S**			S***				
Tentatives de suicide au cours de la vie	0,8	6,9	2,3	4,5	11,1	6,1	S*	NS
p ⁽¹⁾	S**			S**				
Détresse psychologique	11,2	27,9	15,2	10,2	24,8	13,7	NS	NS
p ⁽¹⁾	S*			S***				
Episode dépressif caractérisé*(EDC)	10,0	8,1	9,6	6,8	12,1	8,1	NS	NS
p ⁽¹⁾	NS			S*				
EFFECTIFS	148	54	202	786	227	1013		

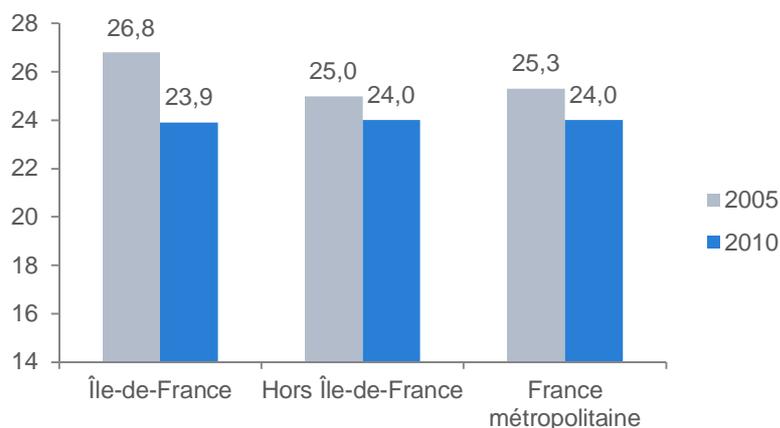
Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %.

* Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ? (les EDC sans retentissement sont considérés comme n'ayant pas eu d'épisodes dépressifs caractérisés)

Figure 12 : Evolution des comportements alimentaires perturbés au cours des douze derniers mois entre 2005 et 2010 (en % des jeunes de 15-25 ans)



Source : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Des indicateurs de santé mentale moins favorables chez les jeunes déclarant des comportements alimentaires perturbés

En Île-de-France comme dans le reste de la France, les prévalences des pensées suicidaires, de la détresse psychologique et des tentatives de suicide sont significativement plus élevées chez les jeunes ayant déclaré avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé : en Île-de-France, 9 % ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois contre 1 % de ceux n'ayant pas eu de comportement alimentaire perturbé, 7 % avoir fait une tentative de suicide dans la vie contre 1 % pour les autres et 28 % avoir été en détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines contre 11 % pour les autres (Tableau 50).

A l'inverse, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés ne diffère pas significativement en Île-de-France selon si les individus ont eu ou non des comportements alimentaires perturbés au cours des douze derniers mois, mais diffère en région : 12 % des personnes ayant eu au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des douze derniers mois ont déclaré avoir eu un épisode dépressif caractérisé dans la même période contre 7 % des personnes n'ayant pas eu de comportement alimentaire perturbé. Cette différence de prévalence pour les épisodes dépressifs caractérisés s'observe chez les garçons vivant dans le reste de la France mais pas chez les filles.

Stabilité des comportements alimentaires perturbés entre 2005 et 2010

Pour les deux sexes, les proportions de personnes ayant déclaré avoir eu au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des douze derniers mois est restée stable, que ce soit en Île-de-France ou en région. Par ailleurs, la comparaison, pour chaque année, entre l'Île-de-France et le reste de la France, ne montre pas de différence, que ce soit en 2005 ou en 2010.

Parmi les jeunes ayant des comportements alimentaires perturbés, 7 % ont fait une tentative de suicide au cours de la vie, 28 % ont été en détresse psychologique au cours du dernier mois.

8 | BIBLIOGRAPHIE

Agence régionale de santé d'Île-de-France. 2011. *Plan stratégique 2011-2016, Projet régional de santé.*

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Revised.* Washington : s.n.

Beck F et Richard JB. 2013. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013.

Beck F, Guilbert P et Gautier A. 2007. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé.* Saint-Denis : Inpes, 2007.

Beck F et al. 2013. Conduites alimentaires perturbées des jeunes. François Beck et Jean-Baptiste Richard. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, pp. 219-231.

Beck F et al. 2008. Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. *Femmes et hommes. Regards sur la parité. Edition 2008.* Paris : Insee, 2008, pp. 65-82.

Beck F et al. 2007. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/sciences, 23 (12).* 2007, pp. 1162-68.

Beck F, Guillemont J et Legleye S. 2009. L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique. *Actualités et dossiers en santé publique, La Documentation française.* juin 2009, pp. 9-15.

Beck F, Legleye S et Spilka S. 2006. Les consommations de drogues à la fin de l'adolescence à Paris. *Tendances, n°46, Ofdt.* 2006.

Beltzer N, Féron V et Vincelet C. 2013. *Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France : résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010.* Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2013.

Choquet M 2004. Des troubles différenciés à l'adolescence. *La Santé de l'homme n°372, Inpes.* Juillet-Août 2004, pp. 6-7.

Cole TJ et Lobstein T. 2012. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity 7(4).* 2012, pp. 284-94.

Compagnon C. 2014. *Débat public de la CRSA Île-de-France : la santé des adolescents.* s.l. : Conférence de territoire Hauts-de-Seine, CRSA, Stratégie nationale de santé, 2014.

Com-Ruelle L et Le Guen N. 2013. les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs. *Questions d'économie de la santé n°192.* novembre 2013.

Coppel A. 2004. Drogues, genre et prévention. *La Santé de l'homme n°473, Inpes.* Juillet-Août 2004, pp. 38-40.

Costes JM, et al. 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances n°77, Ofdt.* septembre 2011.

Courtois R. 2011. *Les conduites à risque à l'adolescence. Repérer, prévenir et prendre en charge.* Paris : Dunod, 2011.

du Roscoat E, et al. 2012. *Interventions efficaces en prévention de l'usage des substances illicites auprès des jeunes : une synthèse des connaissances - Résultats saillants.* Saint-Denis, Inpes, novembre 2012.

Embersin C, Chardon B et Grémy I. 2007. *Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque. Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005.* Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2007.

Godeau E, Arnaud C et Navarro F. 2012. *La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).* Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé : 254p., 2012.

Guillemont J, et al. 2012. *Interventions efficaces en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : une synthèse des connaissances - Résultats saillants.* Saint-Denis, Inpes, octobre 2012.

Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA. Seuils de pauvreté mensuels. *Insee.* [En ligne] [Citation : 20 mars 2015.] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natsos04401.

Inserm. 2014. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations.* Paris : Inserm, 2014.

Inserm. 2008. *Expertise collective : jeux de hasard et d'argent, contextes et addictions.* Paris : Inserm, 2008.

Ireb. *www.ireb.com.* [En ligne] [Citation : 5 février 2015.] <http://doc.ireb.com/documents/synthese%20seuils%20de%20consommation.pdf>.

IREB. 2013. Qu'est-ce qui a changé dans la consommation d'alcool chez les jeunes. Synthèse issue de la journée scientifique de l'Ireb (5 décembre 2012). *Focus alcoologie n°16.* 4ème trimestre 2013.

Kersaudy-Rahib D, et al. 2012. *Interventions efficaces en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes. Une synthèse des connaissances - résultats saillants.* Saint-Denis, Inpes : octobre 2012.

Ladouceur R, Vitaro F et Arsenault L. 1998. *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes : prévalence, coexistence et conséquences.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1998.

Lamboy B, et al. 2011. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Santé Publique, vol 23, suppl n°6.* novembre-décembre 2011.

Le Breton D. 2005. Conduites à risque à l'adolescence : spécificité des filles et des garçons. Approche anthropologique. *Gynécologie obstétrique et fertilité n°33.* 2005, pp.39-43.

Le Breton D. 2004. Conduites à risque, le grand écart. *La Santé de l'Homme n°372, Inpes.* juillet août 2004.

Injep —. 2002. Les conduites à risque des jeunes. *Les jeunes et le risque, Agora n°27.* 1er trimestre 2002, pp. 34-45.

Legleye S, et al. 2009. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances (64) 6.* 2009.

Mildeca. 2015. *drogues.gouv*. [En ligne] 2015. [Citation : 16 Janvier 2015.]
<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/risques/polyconsommation/index.html>.

OFDT. ODICER. [En ligne] <http://odicer.ofdt.fr/#l=fr;v=map9>.

Peretti-Watel P. 2002. Les "conduites à risque" des jeunes : défi, myopie ou déni ?
Agora Débats-jeunesse n°27, Injep. 2002, pp. 16-33.

Richard JB, Spilka S et Beck F. 2013. Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans. François Beck et Jean-Baptiste Richard. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, pp. 86-108.

Pommereau X. 2002. *Souffrance et violence à l'adolescence : du repérage des signes au choix de réponses adaptées*. Paris : 2002. Journée d'études du GNDA "Délinquance et éducation : articulation entre parcours et réponse sociale- si le jeune m'était conté".

Spilka S, Le Nézet O et Legleye S. 2012. *Les adolescents parisiens de 17 ans vus à travers l'enquête Escapad Paris 2010*. s.l. : OFDT, 2012.

Spilka S et Le Nézet O. 2012. *Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESpad) 2011*. Saint-Denis : OFDT, 2012.

Spilka S, Janssen E et Legleye S. 2014. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). *Note de synthèse*. Saint-Denis : OFDT, Septembre 2014.

Spilka S, Le Nézet O et Tovar ML. 2012. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. Saint-Denis : OFDT. *Tendances*, n°79. 2012.

Wilquin JL, et al. 2012. *Interventions efficaces en prévention du tabagisme chez les jeunes. Une synthèse des connaissances - Résultats saillants*. Saint-Denis, Inpes : s.n., Octobre 2012.

9 | ANNEXES

Annexe 1 : Structure de l'échantillon des jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2010 selon certaines caractéristiques (en % des données pondérées et redressées)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	p(1) IdF/HIdF
Sexe			
Garçons	48,9	50,9	NS
Filles	51,1	49,1	
Tranche d'âge			
15-19 ans	42,6	46,2	NS
20-25 ans	57,5	53,9	
Type de commune			
Commune rurale	3,7	30,5 ***	S***
2 000-20 000 hab.	3,4	16,8***	
20 000-100 000 hab.	2,6	13,6***	
100 000 hab. et plus/ agglomération parisienne	90,4	39,2***	
Mode de vie			
Vit dans une famille nucléaire ou élargie	49,4	51,3	S*
Vit dans une famille monoparentale ou recomposée	25,4	20,1*	
Vit seul	9,9	9,4	
Vit avec d'autres personnes	15,4	19,3*	
Diplôme			
Inférieur au Bac	20,7	27,6**	S**
Bac ou équivalent	9,2	11,3	
Supérieur au Bac	10,3	8,0*	
En formation	59,7	53,1*	
Statut matrimonial			
Marié, remarié, pacsé	3,8	4,1	NS
Veuf ou divorcé	0,3	0,4	
Célibataire	95,9	95,5	
Situation professionnelle			
Travail	25,4	25,7	S*
Etudes	64,3	59,1*	
Chômage	9,6	12,7	
Autres inactifs	0,8	2,5 *	
Revenu par UC (en €)			
moins de 900	38,5	46,8**	S***
900 à moins de 1500	29,0	33,0	
1500 à plus	32,5	20,2***	
EFFECTIFS	652	3203	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5 %

(1) X2, test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Annexe 2 : Structure de l'échantillon des jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2005 et 2010 selon certaines caractéristiques (en % des données pondérées et redressées)

	Île-de-France			Hors Île-de-France		
	2005	2010	p(1)	2005	2010	p(1)
Sexe						
Garçons	49,2	48,9	NS	50,5	50,9	NS
Filles	50,8	51,1		49,5	49,1	
Tranche d'âge						
15-19 ans	43,7	42,6	NS	47,3	46,2	NS
20-25 ans	56,3	57,5		52,7	53,9	
Mode de vie						
Vit dans une famille nucléaire ou élargie	57,7	49,4	S***	55,5	51,3	S**
Vit dans une famille monoparentale ou recomposée	17,2	25,4		14,4	20,1	
Vit seul	8,1	9,9		9,2	9,4	
Vit avec d'autres personnes	17,1	15,4		20,8	19,3	
Diplôme						
Supérieur au Bac	14,2	10,3	S***	13,0	8,0	S***
Bac ou équivalent	10,8	9,2		11,6	11,3	
Inférieur au Baccalauréat	10,1	12,3		14,8	18,6	
Sans diplôme	2,9	8,4		3,5	9,0	
En formation	62,0	59,7		57,1	53,1	
Situation professionnelle						
Travail	22,2	25,4	NS	26,4	25,7	S***
Etudes	69,9	64,3		63,4	59,1	
Chômage	6,9	9,5		9,3	12,7	
Autres inactifs	0,9	0,8		0,9	2,5	
EFFECTIFS	1 650	652		2 998	3 203	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5 %

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Annexe 3 : Expérimentation de l'alcool, du tabac, du cannabis et polyexpérimentation de deux ou trois produits (jeunes de 15-25 ans)

	Alcool		Tabac		Cannabis	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Etre un garçon	1		1		1	
Etre une fille	0,91	0,65 – 1,27	0,92	0,76 – 1,11	0,61	0,52 – 0,73
Etre âgé de 15-19 ans	1		1		1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,04	0,70 – 1,54	1,41	1,14 – 1,75	1,95	1,59 – 2,38
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1		1		1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,76	1,09 - 2,84	1,44	1,13 – 1,83	1,70	1,36 – 2,12
Vivre seul	1,84	1,10 - 3,08	1,90	1,42 – 2,54	1,92	1,50 – 2,46
Vivre avec d'autres personnes	1,13	0,71 - 1,78	1,86	1,41 – 2,45	1,71	1,35 – 2,17
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1		1		1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,67	0,47 - 0,97	1,10	0,88 – 1,38	0,99	0,82 – 1,20
Revenus par UC						
1 500 euros et plus	1		1		1	
Moins de 900 euros	0,24	0,15 - 0,39	0,70	0,55 – 0,90	0,61	0,49 – 0,76
900 à moins de 1500 euros	0,74	0,43 - 1,29	0,75	0,59 – 0,96	0,70	0,56 – 0,87
Résider hors Île-de-France	1		1		1	
Résider en Île-de-France	0,54	0,35 - 0,82	0,77	0,60 – 0,99	0,87	0,69 – 1,09

Modèle de régression logistique	Polyexpérimentation	
	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,88	0,73 – 1,06
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,38	1,12 – 1,71
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,41	1,11 - 1,79
Vivre seul	1,91	1,44 - 2,54
Vivre avec d'autres personnes	1,87	1,42 - 2,45
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,02	0,82 - 1,27
Revenus par UC		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,61	0,48 - 0,78
900 à moins de 1500 euros	0,74	0,58 - 0,95
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,67	0,53 - 0,86

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %.

Annexe 4 : Evolution de l'expérimentation des produits psychoactifs au cours de la vie entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			p ⁽¹⁾ (IdF/HIdF)	
	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010	p ⁽¹⁾	2005	2010
Expérimentation de l'alcool								
15-19 ans	85,9	85,8	NS	89,6	90,7	NS	S*	NS
20-25 ans	86,9	89,0	NS	90,3	91,8	NS	NS ⁽²⁾	NS
Ensemble	86,4	87,6	NS	90,0	91,3	NS	S**	S*
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	NS	NS		NS	NS			
Avoir essayé de fumer/fumé du tabac au cours de la vie								
15-19 ans	63,1	55,7	NS	67,6	63,9	NS	NS ⁽³⁾	S*
20-25 ans	71,2	73,8	NS	79,1	77,5	NS	S***	NS
Ensemble	67,7	66,1	NS	73,6	71,2	NS	S***	S*
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S**	S***		S***	S***			
Expérimentation du cannabis								
15-19 ans	33,9	28,8	NS	36,7	27,8	S***	NS	NS
20-25 ans	48,5	46,6	NS	53,2	50,0	NS	NS	NS
Ensemble	42,1	39,0	NS	45,4	39,8	S***	NS	NS
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S***		S***	S***			
Polyexpérimentation de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis								
15-19 ans	60,7	53,5	NS	65,3	62,8	NS	NS ⁽⁴⁾	S*
20-25 ans	69,7	68,6	NS	77,9	76,7	NS	S***	S**
Ensemble	65,7	62,1	NS	71,9	70,3	NS	S***	S**
p ⁽¹⁾ 15-19 ans / 20-25 ans	S***	S**		S***	S***			
EFFECTIFS	1649	652		2996	3203			

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

 (1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

(2) p=0,0550

(3) p=0,0563

(4) p=0,0529

Annexe 5 : consommation hebdomadaire d'alcool et régulière de cannabis et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Consommation hebdomadaire d'alcool	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,37	0,31 - 0,44
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	2,00	1,60 - 2,50
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans famille monoparentale ou recomposée	0,98	0,77 - 1,26
Vivre seul	1,35	1,03 - 1,78
Vivre avec d'autres personnes	0,89	0,68 - 1,16
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,75	0,60 - 0,93
Revenus par UC		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,50	0,40 - 0,63
900 à moins de 1500 euros	0,69	0,55 - 0,86
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,78	0,60 - 1,01

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %.

Consommation régulière de cannabis	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,37	0,25 - 0,55
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,21	0,78 - 1,90
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans famille monoparentale ou recomposée	2,07	1,30 - 3,30
Vivre seul	1,97	1,18 - 3,28
Vivre avec d'autres personnes	1,66	0,97 - 2,84
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,51	1,07 - 2,13
Revenus par UC		
1 500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,81	0,52 - 1,28
900 à moins de 1500 euros	0,96	0,60 - 1,54
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	1,12	0,72 - 1,76

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %.

Annexe 6 : Ivresses répétées (au moins trois ivresses) au cours des douze derniers mois et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)

Modèle de régression logistique	Ivresses répétées (N=3290)	
	OR	IC (95 %)
Etre un garçon	1	
Etre une fille	0,32	[0,26 - 0,40]
15-19 ans	1	
20-25 ans	1,45	[1,14 - 1,84]
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,31	[1,00 - 1,71]
Vivre seul	1,85	[1,39 - 2,47]
Vivre avec d'autres personnes	1,00	[0,74 - 1,33]
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	0,63	[0,50 - 0,80]
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	0,52	[0,40 - 0,66]
900 à moins de 1500 euros	0,71	[0,56 - 0,90]
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	0,85	[0,64 - 1,12]

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 %

Annexe 7 : Les tests de repérage des consommations à risque ou de dépendance

Test de l'Audit-C (Alcohol use disorders identification test)

L'audit-C intègre la fréquence de consommation d'alcool, le nombre de verres bus au cours d'une journée où de l'alcool est bu, la fréquence à laquelle 6 verres d'alcool ou plus sont bus en une même occasion. Deux seuils sont définis : un 1^{er} seuil correspondant à 21 verres par semaine pour un homme et 14 pour une femme et un second seuil à 48 verres par semaine. Un risque est dit ponctuel si la consommation hebdomadaire ne dépasse pas le 1^{er} seuil et si la personne a déjà bu 6 verres en une même occasion dans l'année. Un risque chronique est caractérisé par le fait de dépasser le 1^{er} seuil et de rester inférieur au 2^e seuil ou de boire 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Un risque de dépendance est caractérisé par le fait de dépasser le second seuil ou de boire au moins 6 verres en une même occasion tous les jours ou presque. Ces doses de consommation plus élevées laissent supposer une alcoolo-dépendance.

Test Cast (Cannabis Abuse Screening Test)

Le Cast est une échelle à 6 items dont chacun décrit des comportements d'usage ou des problèmes rencontrés dans le cadre d'une consommation de cannabis. Les questions se rapportent à la période des douze derniers mois et concernent le fait d'avoir fumé du cannabis avant midi, d'avoir fumé seul, d'avoir eu des problèmes de mémoire, de s'être entendu dire de réduire sa consommation par des amis ou des membres de la famille, d'avoir essayé de réduire ou arrêter sa consommation sans y arriver, d'avoir eu des problèmes à cause de la consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école, ...). Chaque modalité de réponse (jamais, rarement, de temps en temps, assez souvent, très souvent) est codée de 0 à 4 et le score du test varie ainsi de 0 à 24. Un score inférieur à 3 correspond aux usagers sans risque, Un score supérieur ou égal à 3 et inférieur à 7 correspond aux usagers ayant un risque faible et un score supérieur ou égal à 7 correspond à un risque élevé d'abus et de dépendance au cannabis. Le score est calculé parmi ceux ayant complété l'ensemble du test et parmi ceux ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

Dans toutes les études, le Cast surestime les prévalences des usages à risque sévère ou de dépendance. Il reste donc un outil de repérage permettant d'effectuer des comparaisons et des analyses épidémiologiques mais ne peut se substituer à un diagnostic clinique.

Annexe 8 : Détresse psychologique et épisode dépressif caractérisé

Détresse psychologique

Le MH5 (Mental Health 5) est une sous-échelle du questionnaire de qualité de vie SF36 et permet d'estimer un score de détresse psychologique à partir de cinq questions : au cours des 4 dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti... très nerveux ? ...si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ? ...calme et détendu ? ...triste et abattu ? ...heureux ?

Les réponses possibles sont : en permanence (1 point), souvent (2 points), quelquefois (3 points), rarement (4 points), jamais (5 points).

Le score est transformé sur une échelle de 0 à 100. Un score inférieur à 56 indique la présence d'une détresse psychologique.

Episode dépressif caractérisé (EDC)

Avoir au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.

EDC léger : avoir un maximum de cinq symptômes et ses activités un petit peu perturbées.

EDC sévère: avoir un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.

EDC moyen : tous les cas entre légers et sévères.

Symptômes principaux : vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours. Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu de l'intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes : se sentir épuisé(e) ou manquer d'énergie plus que d'habitude. Avoir pris ou perdu au moins 5 kg. Avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir. Avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer. Avoir beaucoup pensé à la mort. Avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Annexe 9 : Indicateurs de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France				Hors Île-de-France				P ¹ (IdF/HIdF)		
	15-19 ans	20-25 ans	T	p ⁽¹⁾	15-19 ans	20-25 ans	T	p ⁽¹⁾	15-19 ans	20-25 ans	T
Détresse psychologique - 4 dernières semaines	14,2	15,6	15,0	NS	12,6	15,5	14,2	NS ⁽²⁾	NS	NS	NS
Pensées suicidaires - 12 derniers mois	2,5	4,5	3,7	NS	3,3	2,7	3,0	NS	NS	NS	NS
Tentatives de suicide - vie	3,1	3,8	3,5	NS	4,1	5,3	4,8	NS	NS	NS	NS
EFFECTIFS	224	428	652		1356	1847	3203				
Episode dépressif caractérisé - 12 derniers mois	3,7	13,9	9,6	NS	7,4	8,6	8,1	NS	NS	NS	NS
EFFECTIFS	77	125	202		520	493	1013				

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

(2) p=0,0513.

Annexe 10 : Détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines et facteurs associés

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	2,87	2,21 – 3,72
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	1,08	0,81 – 1,44
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,19 1,06	0,87 – 1,64 0,74 – 1,50
Vivre seul	1,14	0,82 – 1,58
Vivre avec d'autres personnes		
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,46	1,12 – 1,90
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,61	1,16 – 2,24
900 à moins de 1500 euros	1,10	0,78 – 1,54
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1,49	1,10 – 2,01
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	1,09	0,79 – 1,52

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5%

Annexe 11 : Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et facteurs associés

Modèle de régression logistique	OR	IC 95%
Etre un garçon	1	
Etre une fille	2,03	1,29 – 3,19
Etre âgé de 15-19 ans	1	
Etre âgé de 20-25 ans	0,87	0,54 – 1,42
Vivre dans une famille nucléaire ou élargie	1	
Vivre dans une famille monoparentale ou recomposée	1,18 1,29	0,68 – 2,04 0,70 – 2,36
Vivre seul	0,77	0,40 – 1,47
Vivre avec d'autres personnes		
Avoir un niveau de diplôme plus élevé	1	
Avoir un niveau de diplôme moins élevé	1,19	0,74 – 1,94
Revenus par UC		
1500 euros et plus	1	
Moins de 900 euros	1,39	0,75 – 2,61
900 à moins de 1500 euros	1,07	0,57 – 2,00
Ne pas consommer régulièrement 2 ou 3 produits	1	
Consommer régulièrement 2 ou 3 produits	2,42	1,50 – 3,90
Résider hors Île-de-France	1	
Résider en Île-de-France	1,41	0,83 – 2,39

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF
 Les valeurs représentées en **gras** sont significatives à au moins 5%

**Annexe 12 : Prévalence de l'excès de poids déclaré (normes IOTF)
en Île-de-France (en %)**

Excès de poids	Garçons	Filles	Total	p ⁽¹⁾ (G/F)
15-19 ans	15,0	2,7	8,9	S**
20-25 ans	19,1	12,6	15,7	NS
p ⁽¹⁾	NS	S**	NS	
Mode de vie				
Vit dans famille nucléaire ou élargie	14,9	5,1	10,3	S*
Vit dans famille monoparentale ou recomposée	23,1	5,5	14,2	S**
Vit seul	17,6	7,7	11,9	NS
Vit avec d'autres personnes	16,0	21,5	19,4	NS
p ⁽¹⁾	NS	S**	NS	
Diplôme				
Niveau moins élevé	29,5	12,7	20,9	S*
Niveau plus élevé	11,7	6,6	9,1	NS
p ⁽¹⁾	S**	NS	S**	
Revenus				
Moins de 900 euros	22,1	13,6	17,7	NS
900 à moins de 1500 euros	9,8	3,8	6,7	NS
1500 euros et plus	13,7	6,6	11,0	NS
p ⁽¹⁾	NS	S*	S*	
EFFECTIFS	307	334	641	

Source : Baromètre santé 2010 Inpes, exploitation ORS IDF

(1) χ^2 , test sur les effectifs pondérés et redressés. NS, non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Les valeurs en **gras** sont significatives à au moins 5 % pour la comparaison par critère sociodémographique.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs de consommations de produits psychoactifs, de conduites à risque, de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans	20
Tableau 2 : Expérimentation de produits psychoactifs selon le sexe.....	28
Tableau 3 : Evolution de l'expérimentation des produits psychoactifs au cours de la vie	30
Tableau 4 : Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis selon le sexe..	32
Tableau 5 : Evolution de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis..	32
Tableau 6 : Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis selon le sexe.....	36
Tableau 7 : consommation quotidienne de tabac et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans).....	38
Tableau 8 : Polyconsommation régulière de 2 ou 3 produits parmi alcool, tabac, cannabis	38
Tableau 9 : Evolution des consommations régulières de produits psychoactifs	40
Tableau 10 : Evolution des consommations régulières de produits psychoactifs	42
Tableau 11 : Ivresses au cours de la vie et au cours des douze derniers mois.....	44
Tableau 12 : Alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des douze derniers mois selon le sexe (en % de l'ensemble des jeunes de 15-25 ans).....	46
Tableau 13 : Alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des douze derniers mois selon l'âge	46
Tableau 14 : Alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)	48
Tableau 15 : Evolution des ivresses au cours de la vie, des ivresses et des API.....	48
Tableau 16 : Evolution des ivresses au cours de la vie, des ivresses et des API au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans, selon l'âge (en % de l'ensemble des jeunes)	50
Tableau 17 : Evolution de l'âge à la première ivresse entre 2005 et 2010.....	50
Tableau 18 : Estimation des usages à risque de l'alcool et du cannabis	52
Tableau 19 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans.....	54
Tableau 20 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans.....	54
Tableau 21 : Craintes des maladies liées à l'alcool et au tabac	56
Tableau 22 : Consommation de médicaments psychotropes* au cours de la vie.....	58
Tableau 23 : Consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)	58
Tableau 24 : Proportion de jeunes de 15-25 ans ayant déclaré avoir joué à des jeux d'argent au cours des 12 derniers mois selon le sexe (en %)	60
Tableau 25 : Prévalence du jeu « problématique » (ICJE) chez les joueurs de 15-25 ans	62
Tableau 26 : Fréquence de pratique des jeux d'argent selon le sexe et l'âge.....	64
Tableau 27 : Somme totale dépensée dans des jeux d'argent (en % des joueurs dans l'année).....	64
Tableau 28 : Indicateurs de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans.....	66
Tableau 29 : Tentative de suicide au cours de la vie et facteurs associés.....	66
Tableau 30 : Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir fait une tentative de suicide	68
Tableau 31 : Indicateurs de violence subie au cours des 12 derniers mois	70
Tableau 32 : Facteurs associés aux violences physiques au cours des douze derniers mois.....	72
Tableau 33 : Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans.....	72
Tableau 34 : Avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin.....	74
Tableau 35 : Accidents ayant entraîné une consultation au cours des 12 derniers mois	74
Tableau 36 : Evolution entre 2005 et 2010 des proportions de jeunes de 15-25 ans	76
Tableau 37 : Port du casque lors de la dernière pratique de deux roues, roller, trottinette, skate (en % des jeunes de 15-25 ans)	76
Tableau 38 : Contraception lors du premier rapport sexuel chez les jeunes de 15-25 ans, à l'exclusion de ceux ayant eu uniquement des rapports homosexuels (en %).....	78
Tableau 39 : Absence d'utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel et facteurs associés (parmi les jeunes de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels).....	78

Tableau 40 : Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie	80
Tableau 41 : Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et à l'IVG au cours des 5 dernières années et facteurs associés chez les femmes de 15-25 ans	80
Tableau 42 : Evolution du recours à la contraception d'urgence au cours de la vie et à l'IVG au cours des 5 dernières années entre 2005 et 2010 (en % des femmes de 15-25 ans)	80
Tableau 43 : Avoir contracté une IST (hors mycoses) au cours des 5 dernières années	82
Tableau 44 : Avoir contracté une IST au cours des 5 dernières années et facteurs associés	82
Tableau 45 : Classification du poids à partir de l'IMC pour les jeunes de 15-25 ans	84
Tableau 46 : Excès de poids et facteurs associés (modèle de régression logistique)....	86
Tableau 47 : Evolution de la prévalence de l'excès de poids (surpoids et obésité)	88
Tableau 48 : Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale.....	88
Tableau 49 : comportements alimentaires perturbés ⁽¹⁾ au cours des douze derniers mois	92
Tableau 50 : Prévalence des indicateurs de santé mentale	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Expérimentation de produits psychoactifs selon l'âge	28
Figure 2 : Polyexpérimentation d'alcool, de tabac et de cannabis au cours de la vie.....	28
Figure 3 : Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis.....	34
Figure 4 : Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis*	36
Figure 5 : Ivresses au cours de la vie et au cours des douze derniers mois.....	44
Figure 6 : Répartition des jeunes selon leur statut par rapport au jeu (en % de l'ensemble des jeunes)	60
Figure 7 : Proportions de joueurs selon le niveau de risque (d'après l'ICJE).....	62
Figure 8 : Indicateurs de violence subie au cours des 12 derniers mois et	70
Figure 9 : Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés	84
Figure 10 : Prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité déclarés (normes IOTF) selon l'âge (en % des jeunes de 15-25 ans)	86
Figure 11 : Prévalence des comportements alimentaires perturbés	90
Figure 12 : Evolution des comportements alimentaires perturbés	94

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 . Définition des poppers et de la MDMA	33
Encadré 2 . Définition des consommations régulières	34
Encadré 3 . Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis.....	36
Encadré 4 . Indicateurs d'ivresse.....	44
Encadré 5 . Alcoolisation ponctuelle importante (API)	46
Encadré 6 . Les tests de repérage des consommations à risque ou de dépendance	52
Encadré 7 . Typologie des types de joueurs suivant l'intensité du jeu (fréquence ou montant des dépenses)	60
Encadré 8 . Indice canadien du jeu excessif (ICJE).....	62
Encadré 9 . Définition des indicateurs de santé mentale.....	66
Encadré 10 . Les comportements alimentaires perturbés	90

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Structure de l'échantillon des jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2010 selon certaines caractéristiques (en % des données pondérées et redressées).....	101
Annexe 2 : Structure de l'échantillon des jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2005 et 2010 selon certaines caractéristiques (en % des données pondérées et redressées).....	102
Annexe 3 : Expérimentation de l'alcool, du tabac, du cannabis et polyexpérimentation de deux ou trois produits (jeunes de 15-25 ans).....	103
Annexe 4 : Evolution de l'expérimentation des produits psychoactifs au cours de la vie entre 2005 et 2010 chez les jeunes de 15-25 ans (% de l'ensemble des jeunes)	104
Annexe 5 : consommation hebdomadaire d'alcool et régulière de cannabis et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)	105
Annexe 6 : Ivresses répétées (au moins trois ivresses) au cours des douze derniers mois et facteurs associés (ensemble des jeunes de 15-25 ans)	106
Annexe 7 : Les tests de repérage des consommations à risque ou de dépendance	107
Annexe 8 : Détresse psychologique et épisode dépressif caractérisé	108
Annexe 9 : Indicateurs de santé mentale chez les jeunes de 15-25 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)	108
Annexe 10 : Détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines et facteurs associés	109
Annexe 11 : Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et facteurs associés.	109
Annexe 12 : Prévalence de l'excès de poids déclaré (normes IOTF) en Île-de-France (en %).....	110



Observatoire régional de santé Île-de-France

43, rue Beaubourg - 75003 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Directrice de la publication : Dr. Nathalie Sénécal

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-1899-9