



ÉTUDE SUR LA SANTÉ DES 15-25 ANS EN RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON

Situation 2012-2013 et évolutions 2007-2012

RAPPORT D'ÉTUDE

Mai 2013

Valérie DESMARTIN-BELARBI, *conseillère technique*

Nathalie MARTINEZ, *conseillère technique*

Hafid BOULAHTOUF, *assistant d'études*

Inca RUIZ, *conseillère technique*

Nous remercions les partenaires qui ont accepté de participer au comité de pilotage, et qui ont nourri de leurs réflexions le développement de cette étude.

Ce rapport d'étude est aussi un travail d'équipe : celui de l'ensemble des collègues du CREAI-ORS LR qui ont suivi, mis en forme, relu et donné un avis éclairé sur ce travail.

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DE LA COMMANDE	9
2. MOBILISATION DU PARTENARIAT, PILOTAGE DE L'ETUDE ET PLAN D'ECHANTILLONNAGE .	11
2. 1. Lancement de l'étude et réunions thématiques.....	11
2. 2. Constitution et réunion du comité de pilotage : le 14 juin 2012	11
2. 3. Réalisation du plan d'échantillonnage pour le tirage au sort	13
2. 3. 1. Pour les Missions locales	13
2. 3. 2. Pour les CFA	14
2. 3. 3. Pour les universités.....	15
2. 4. Les questionnaires	16
2. 5. Le calendrier.....	17
3. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES APPRENTIS	18
3. 1. La répartition par sexe et par âge	18
3. 2. Les diplômes préparés	19
3. 3. La répartition des apprentis par filière d'apprentissage.....	20
3. 4. Satisfaction par rapport aux études suivies cette année.....	21
3. 5. Vie en couple.....	21
3. 6. Autour de la précarité	22
3. 7. Aides sociales et allocations.....	23
3. 8. Les ressources mensuelles disponibles.....	24
3. 9. Le lieu de résidence des apprentis.....	24
3. 10. Modes de transports et déplacements.....	25
3. 11. La santé et le recours au soin.....	27
3. 12. Type de handicap déclaré par les apprentis	28
3. 13. Renoncement aux soins	28
3. 14. Milieu et réseau familial et social	29
3. 15. Activités pratiquées par les apprentis pendant leur temps libre.....	31
3. 16. Qualité de vie et estime de soi.....	31
3. 17. La capacité à faire face aux difficultés	33
3. 18. La question du suicide chez les apprentis.....	34
3. 19. Les apprentis face au stress	35
3. 20. A propos du sentiment d'exclusion ou de discrimination	35
3. 21. Corpulence et conduites alimentaires	36
3. 22. Quelques comportements alimentaires	39

3. 23. Les conduites addictives	41
3. 23. 1. Le tabac.....	41
3. 23. 2. L'alcool.....	42
3. 23. 3. Nombre d'ivresses au cours des 30 derniers jours.....	45
3. 23. 4. Les drogues.....	47
3. 24. Sexualité et contraception	49
3. 24. 1. Le dépistage au cours des 12 derniers mois.....	50
3. 24. 2. Précautions prises pour éviter une grossesse	51
3. 24. 3. Moyens de contraception déclarés	52
3. 24. 4. Les apprentis et l'utilisation de la contraception d'urgence	54
3. 25. La violence.....	59
3. 26. Les rapports sexuels forcés.....	60
3. 27. L'accidentologie	61
3. 28. Analyse spécifique : les apprentis et le score individuel de fragilité sociale	62
4. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES JEUNES EN MLI.....	66
4. 1. Population enquêtée.....	66
4. 1. 1. Répartition départementale du nombre de questionnaires	66
4. 2. La répartition par sexe et par âge	67
4. 2. 1. Sexe.....	67
4. 2. 2. Répartition par âge	68
4. 3. Vie en couple.....	69
4. 4. Diplôme le plus élevé obtenu	69
4. 4. 1. La répartition par niveaux.....	70
4. 4. 2. Dernière classe fréquentée par les jeunes sans diplôme (n=298).....	71
4. 5. La situation actuelle des jeunes suivis par les MLI.....	71
4. 5. 1. Degré de satisfaction par rapport à la situation actuelle	72
4. 6. Précarité sociale	72
4. 7. Les ressources financières des jeunes	74
4. 8. Logement et transport	77
4. 8. 1. Le lieu de résidence	77
4. 8. 2. Changement de logement au cours des 12 derniers mois	77
4. 8. 3. Paiement d'un loyer.....	78
4. 9. Les moyens de transport utilisés.....	78
4. 10. Recours aux soins.....	79
4. 10. 1. Les professionnels de santé consultés.....	79
4. 10. 2. Renoncement à consulter un professionnel de santé	79
4. 10. 3. Handicap	80

4. 11. Milieu et réseau familial et social	80
4. 11. 1. Fréquence des relations avec les parents.....	80
4. 11. 2. La situation professionnelle des parents	81
4. 12. Le réseau social des jeunes suivis en mission locale.....	83
4. 13. Qualité de vie et estime de soi.....	83
4. 14. A propos du suicide.....	84
4. 15. Faire face aux difficultés	85
4. 15. 1. Attitudes déclarées pour faire face au stress	85
4. 15. 2. Sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart.....	86
4. 16. Conduites alimentaires et corpulence	86
4. 16. 1. Autoappréciation du poids	88
4. 16. 2. Comportements alimentaires perturbés	90
4. 17. Addictions.....	91
4. 17. 1. Consommation actuelle de tabac	91
4. 17. 2. Volonté de sevrage tabagique	93
4. 17. 3. Alcoolisation	93
4. 17. 4. Lieu où a été bu de l'alcool (la dernière fois)	95
4. 17. 5. Représentations de l'alcoolisation chez les jeunes	96
4. 17. 6. Drogues et médicaments : connaissance et initiation.....	99
4. 17. 7. Prise de stimulant ou remontant avant un examen ou un entretien.....	101
4. 17. 8. Consommation de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères	102
4. 18. Sexualité et contraception	103
4. 18. 1. Utilisation d'un moyen pour éviter une grossesse lors du premier rapport sexuel	103
4. 18. 2. Sexualité et prévention au cours des douze derniers mois.....	104
4. 18. 3. Vaccination et pratique de dépistage.....	105
4. 19. La violence.....	113
4. 20. Accidents.....	115
4. 21. Analyse spécifique : les jeunes en mission locale et le score individuel de fragilité sociale	117
4. 22. Les jeunes non qualifiés en mission locale	120
4. 23. Les différences par département d'implantation de la mission locale.....	123
5. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES ETUDIANTS	124
5. 1. La répartition par filière d'études	125
5. 2. Score de précarité	126
5. 3. Bourse d'études, aides sociales et allocations.....	127
5. 4. Le logement.....	130
5. 5. Transports et déplacements	131
5. 6. Santé et recours aux soins	132
5. 7. Milieu et réseau familial et social	134
5. 8. Qualité de vie et estime de soi.....	136

5. 9. Corpulence et conduites alimentaires	140
5. 10. Les addictions.....	144
5. 10. 1. La consommation de tabac.....	144
5. 10 .2. La consommation d'alcool	145
5. 11. Sexualité et contraception	151
5. 12. La violence.....	157
5. 13. Accidents.....	158
5. 14. Analyse spécifique : les étudiants et le score individuel de fragilité sociale	159
6. UNE COMPARAISON DES PUBLICS	163
6.1. Une approche par les déterminants	163
6. 1. 1. Selon la filière de suivi ou de formation	163
6. 1. 2. Selon le gradient social de santé approché par les niveaux de qualification	166
6. 1. 3. Ce qui fait santé : une analyse multivariée.....	173
6.2. Un essai de caractérisation des publics : une typologie	179
6.3. Synthèse et discussion	184
7. TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	189
8. ANNEXES.....	195
8. 1. Outils	195
8. 2. Détails des 4 profils de la typologie	199

1. CONTEXTE DE LA COMMANDE

Dans la délibération du 3 février 2006, le Conseil régional du Languedoc-Roussillon « considère la santé de la population comme un axe primordial de sa politique » avec une implication volontaire pour réduire les inégalités sociales de santé. Certains publics ont été désignés comme prioritaires en raison de leur vulnérabilité particulière ; ainsi la Région s'engage à améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées, d'une part, et souhaite développer des actions de prévention santé en direction des jeunes, d'autre part. Pour mener à bien ce programme de développement de la santé des jeunes de 15 à 25 ans autour de la prévention du mal-être et du suicide, des conduites addictives, de l'infection à VIH et de l'hépatite C, et plus généralement de l'éducation à la santé, un diagnostic sur l'état de santé a été réalisé en 2007-2008 dans le but de réaliser une analyse de la situation, d'accompagner l'analyse des besoins et enfin d'aider à la décision. L'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon en a été le maître d'œuvre.

Les enseignements de ce travail partenarial avec les missions locales, les centres de formation des apprentis (CFA) et les universités avaient alors mis en lumière :

- la fragilité sociale très liée au niveau de qualification ;
- la santé ressentie par les jeunes en région moins bonne qu'au niveau national pour des populations de même âge ;
- des phénomènes de pratiques addictives différentes selon le niveau de qualification ;
- des problématiques d'accès à l'alimentation ;
- des indices inquiétants sur le mal-être et les pensées suicidaires.

Ce premier portrait régional des 15-25 ans avait permis de définir six profils de jeunes, afin de prioriser les actions en leur faveur et repérer les plus fragiles d'entre eux ; trois profils prioritaires se dégagent de cette analyse multivariée :

- un jeune sur quatre, parmi les plus jeunes, souvent apprenti, était repéré avec des comportements à risque en matière d'alcool et de tabac ainsi que de rapports sexuels non protégés ;
- un jeune sur sept, souvent sans qualification, issu de famille précaire mais « soutenance » ;
- un jeune sur dix, très fragile, peu qualifié, en mal-être, avec un réseau familial et social inexistant.

Depuis, le programme régional de santé des jeunes s'est construit autour d'actions de prévention et de promotion de la santé des jeunes, ciblés particulièrement sur les publics en insertion sociale et professionnelle, les apprentis et les lycéens ; ce programme est conduit de façon concertée avec les associations, les lycées, les missions locales, les CFA et les universités qui le mettent en œuvre ; il est articulé avec les politiques d'éducation, de formation professionnelle, d'emploi, d'aménagement du territoire et basé sur la formation et la coordination des professionnels qui l'entourent.

Cinq ans après ce premier diagnostic, différentes actions ont été mises en œuvre sur les thèmes prioritaires du bien-être, de la vie affective et sexuelle, des addictions, de la nutrition, des réseaux de professionnels autour de la santé des jeunes. Une évaluation du programme et des actions, accompagnée par l'Instance Régionale d'Education et de Prévention Santé Languedoc-Roussillon, a été réalisée.

Afin de faire le point sur les indicateurs de santé globale et mesurer les évolutions régionales, le Conseil régional du Languedoc-Roussillon a décidé d'actualiser en 2012 les données statistiques du premier diagnostic sur la santé des jeunes réalisé en 2007-2008 au niveau de la région.

Cette mission d'étude a été confiée au CREAI-ORS LR par **notification le 2 juin 2012.**

2. MOBILISATION DU PARTENARIAT, PILOTAGE DE L'ETUDE ET PLAN D'ECHANTILLONNAGE

Un premier temps de travail a été consacré, avec l'aide et l'appui de la Direction de la santé du Conseil régional, à mobiliser le partenariat : le réseau régional des 17 Missions locales d'insertion (MLI) réunies en Association régionale (ARML), les quelques 40 CFA avec l'appui de l'Association régionale des directeurs de centres et les équipes socio-médicales des services interuniversitaires de médecine préventive des cinq pôles universitaires régionaux.

2. 1. Lancement de l'étude et réunions thématiques

Les acteurs, informés par courrier du Président du Conseil régional et réunis à l'occasion d'une réunion plénière le 5 juin 2012 et de 3 réunions thématiques par public de jeunes les 25, 26 et 29 juin, ont pris connaissance des objectifs d'actualisation de l'étude, de la méthode proposée et ont pu faire des propositions d'amélioration du questionnaire dans le respect des impératifs de comparaison entre les données de 2007-2008 et celles de 2012. Cela a permis de repérer les contraintes et préciser les principales étapes de réalisation du diagnostic et son calendrier.

2. 2. Constitution et réunion du comité de pilotage : le 14 juin 2012

La demande formulée au travers de l'appel d'offre incluait un comité de pilotage, avec des réunions trimestrielles.

Dans notre proposition, nous avons mis l'accent sur la phase de mobilisation, de coordination et de suivi du recueil quantitatif : ce temps nous apparaissait très important pour tenir compte des contraintes propres à chaque milieu d'enquête et s'assurer d'une adhésion des partenaires, d'une participation des jeunes à l'enquête et d'un recueil de données de qualité. Aussi, nous avons proposé de renforcer la périodicité des réunions du comité de pilotage.

Cette proposition visait également à respecter la date prévue pour la remise de l'étude : la mobilisation des acteurs est en effet un élément clef de la qualité des travaux mais aussi du respect des échéances fixées dans le cahier des charges.

La composition du comité de pilotage a été arrêtée à l'issue de la réunion de lancement du 5 juin 2012 : deux représentants au moins par public de jeunes, soit 7 partenaires de terrain, l'animateur de l'Association régionale des missions locales, un représentant de la Direction de la santé, un directeur de CFA, la présidente de l'association régionale des directeurs de CFA et deux conseillères techniques du CREAI-ORS LR.

Pour les missions locales :

Abder ABOUITMAN, *Directeur adjoint ML Montpellier Agglomération*

Michel JULITA, *animateur de l'Association régionale des missions locales (ARML).*

Dominique LATOUR, *Directeur ML Petite Camargue*

Pour les CFA :

Pascal FROTEY, *Directeur ICF Béziers*

Marina FRUCTUS, *Directrice CFA et lycée CCI Nîmes et Présidente de l'association régionale des directeurs de centres.*

Pour les universités et les services de médecine universitaire :

Marthe KALIFA, *responsable de l'Observatoire UM2-CASSIOPEE, représentante de l'OBSIDE-LR*

Judith PETRAUD-GROSS, *médecin directeur médecine préventive des étudiants UM3 ET Marie-Christine MAGGIA-GRO médecin de prévention Montpellier 3*

Maryse THIBON, *conseillère technique service social, CROUS de Montpellier*

Nous avons proposé un intervalle entre les réunions de 6 à 8 semaines, soit 6 réunions sur les 12 mois de l'étude ; le comité de pilotage s'est réuni aux dates suivantes :

Le 14 juin 2012

Le 11 septembre 2012

Le 25 octobre 2012

Le 15 janvier 2013

Le 22 mars 2013

Une réunion spécifique au réseau des MLI a eu lieu à leur demande **le 29 août 2012**, afin de prendre en compte les spécificités du public accueilli et l'organisation de ces structures.

Ces temps de concertation, de discussion et de restitution sur toute la durée de l'étude ont permis :

- d'associer les membres du comité de pilotage à l'élaboration du questionnaire,
- de faire un bilan de l'état d'avancement de la démarche,
- de lever les éventuels obstacles,
- de présenter les informations collectées,
- d'avoir une première discussion sur l'intérêt et les limites des informations et sur leur utilité opérationnelle.

2. 3. Réalisation du plan d'échantillonnage pour le tirage au sort

2. 3. 1. Pour les Missions locales

Une requête a été réalisée par l'ARML au 31 décembre 2011 fournissant pour chacune des 17 Missions locales d'insertion de la région, la répartition par âge, sexe et niveau de qualification. L'étude a ciblé les jeunes âgés de 16 à 25 ans pour lesquels le niveau de qualification est connu et compris entre I et VI. **La file active est alors de 72 856 jeunes.**

A l'instar de 2007, l'objectif était de disposer d'un échantillon représentatif pour les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales. Concernant la Lozère, un point de vigilance est apporté par les représentants du réseau sur l'effort important demandé aux conseillers (en l'absence de référent santé dans l'équipe) pour diffuser et accompagner cette étude à visée uniquement régionale ; le territoire de la mission locale n'a pas d'action santé mise en place ni de point d'écoute. Nous avons donc réfléchi à faire porter l'effort sur des territoires où le nombre de Missions locales d'insertion permettait une meilleure répartition de « l'effort », en garantissant des tailles d'échantillons par département suffisantes pour répondre aux objectifs de l'étude.

En conséquence, nous avons proposé un plan d'échantillonnage par quotas qui intègre ces éléments tout en assurant un effectif départemental de 400 jeunes dans l'Aude, le Gard et les Pyrénées-Orientales et un effectif de 500 jeunes dans l'Hérault. Nous avons demandé à la Mission locale d'insertion de Lozère un « effort » de même proportion que la moyenne des missions locales d'insertion, soit un taux à enquêter sur sa file active de 2,5 % (soit 39 jeunes à enquêter) permettant de représenter le département à son juste poids dans l'échantillon régional. Au final, l'effectif régional attendu est de 1 726 jeunes représentant 2,4 % des jeunes âgés de 16 à 25 ans dont le niveau de qualification est connu et qui ont été suivis en Missions locales d'insertion en 2011.

Le tableau suivant présente le taux à enquêter par département.

Tableau 1. Répartition de la file active, effectif et taux à enquêter par département en Languedoc-Roussillon

Département	MLI	File active 2011	N	Taux à enquêter (en %)
Aude	Narbonne	3 548	147	4,1
	Carcassonne	3 351	150	4,5
	Limoux	2 342	104	4,4
Gard	Rhône-Argence	1 787	40	2,2
	Alès	3 305	77	2,3
	Gard Rhodanien	2 745	63	2,3
	Nîmes métropole	7 906	179	2,3
	Petite Camargue	1 585	38	2,4
Hérault	Centre Hérault	3 234	58	1,8
	Cœur d'Hérault	1 868	32	1,7
	Biterrois	4 340	77	1,8
	Garrigue Cévennes	2 322	39	1,7
	Bassin de Thau	3 553	62	1,7
	Agglo Montpellier	10 314	172	1,7
	Petite Camargue	2 681	47	1,8
	Héraultaise			
Lozère	Lozère	1 552	39	2,5
Pyrénées-Orientales	Pyrénées-Orientales	16 423	402	2,4
Total		72 856	1 726	2,4

2. 3. 2. Pour les CFA

Sur la base des données transmises par le Conseil régional (année 2012), le CREAM-ORS LR a proposé de faire l'échantillonnage à partir des 38 CFA dont la taille est supérieure à 50 apprentis en retirant les sections d'apprentissage et des CFA adossés à des universités, en enquêtant un apprenti sur 10 sur la base d'un tirage au sort aléatoire à partir de la liste alphabétique des apprentis.

Tableau 2. Effectifs des CFA et échantillon apprentis 2012

Département	Nombre de CFA	N	Effectifs à enquêter
Aude	5	2 383	238
Gard	9	3 443	345
Hérault	18	6 118	612
Lozère	2	428	43
Pyrénées-Orientales	4	2 712	272
Total	38	15 084	1 510

2. 3. 3. Pour les universités

La base SISE 2010 (données de la rentrée 2010-2011 en ligne sur le site du Rectorat) a été utilisée comme base de sondage. Un traitement a été effectué afin d'avoir des quotas pour les étudiants inscrits en 1^{ère} année (inscription principale) par universités, sites d'étude et genre.

SISE 2011 n'étant pas encore accessible, la conseillère technique au service social du CROUS de Montpellier a adressé au CREA-ORS LR des données 2011-2012 qui ne renseignent pas sur les étudiants en 1^{ère} année mais seulement sur les évolutions du nombre global d'étudiants par université : les effectifs globaux ont évolué à la rentrée 2011-2012 (+ 4,3 %) en particulier sur la ville de Montpellier où l'effectif des étudiants a augmenté de 7,7 % quand les effectifs étudiants de Perpignan diminuaient de 9,6 %.

Deux options ont été présentées :

1/ L'une avec tous les sites universitaires mais des effectifs très limités à enquêter à l'occasion des visites médicales de rentrée. De plus, des sites sont non couverts et ont des effectifs très faibles comme par exemple Béziers, Carcassonne, Font-Romeu, Narbonne, et Sète.

➤ **Cette option (1) a donc été abandonnée au profit de la suivante.**

2/ Les sites qui présentent une taille critique d'au moins 35 étudiants à enquêter (Montpellier, Nîmes et Perpignan) ont été retenus.

Pour Béziers, site non couvert, les 30 étudiants qui devaient être initialement à enquêter pour l'UM2 (14) et l'UM3 (16) ont été ajoutés aux effectifs de Montpellier.

ETUDIANTS 1ère ANNEE A ENQUETER

Ville	Université	Hommes	Femmes	Total
MONTPELLIER	MONTPELLIER 1	153	188	341
	MONTPELLIER 2	119	82	201
	MONTPELLIER 3	124	249	373
NIMES	MONTPELLIER 1	12	25	37
	MONTPELLIER 2	38	9	47
	NIMES	43	79	122
PERPIGNAN	PERPIGNAN	60	69	129
Total général		549	701	1 250

2. 4. Les questionnaires

Cette phase a abouti à valider les questionnaires de **recueil d'informations** privilégiant une double approche comparative : entre les publics de jeunes et sur l'interpériode (2007-2008/2012).

Ces questionnaires sont auto administrés et constitués de questions fermées ou semi fermées.

Une partie introductive au questionnaire est spécifique à chaque public : en plus de données sociodémographiques, elle rend compte du parcours de formation des jeunes. Puis l'essentiel du questionnaire est commun ou basé sur des équivalences pour tous les jeunes enquêtés.

Les différents thèmes abordés dans le questionnaire sont : les conditions de vie (logement, ressources, mobilité, vie sociale), la santé perçue et le mal-être, le niveau de précarité, les comportements à risque (addictions, sexualité, accidents, violence) et les conduites alimentaires.

Les échelles et scores utilisés en 2007/2008, tels que l'échelle de qualité de vie liée à la santé de Duke et le score individuel de fragilité sociale (score EPICES) sont repris.

À l'issue de cette phase, le questionnaire a été actualisé (aides sociales, filières de formation,...) et complété à la demande de la Direction de la santé par un indicateur permettant d'analyser les résultats sous l'axe du gradient social, la **catégorie socioprofessionnelle des parents** (à la place du niveau d'études des parents, pour lequel le taux de réponse était très faible lors de l'enquête précédente).

Les questions sur le **handicap** ont été complétées et une modalité sur les « DYS » (dyslexies, dyscalculies et dysphasies...) ajoutée. Une question sur les **arrêts maladie** a été ajoutée. Pour les recours **au psychologue, l'accès gratuit** ou non pour les jeunes est interrogé.

Les **répétitions de grossesses non désirées**, d'utilisation de la **contraception d'urgence** et de **recours à l'IVG** ont été ajoutées au questionnaire. La **connaissance des centres de planification** est explorée dans cette édition 2012.

La **question sur la prostitution** a été revue afin d'être plus explicite et sans ambiguïté (en 2007/08, prostitué(e) comme client(e) de prostitué(e) pouvaient répondre indifféremment sans que l'on puisse les distinguer).

Le paragraphe sur **les sources d'information** tel que proposé en 2007-2008 n'a pas été jugé indispensable compte tenu du faible contenu informatif collecté en 2007-2008 : les 3 questions qui le composaient ont été supprimées et une nouvelle question a été ajoutée au paragraphe **Sexualité et contraception** sur les centres de planification familiale.

Le CREAI-ORS LR a assuré la reproduction et l'envoi des questionnaires aux missions locales, aux services universitaires de médecine préventive et aux CFA la première semaine de septembre 2012.

2. 5. Le calendrier

Initialement, le recueil de données était prévu de la rentrée de septembre au début du mois de novembre, mais les réunions partenariales ont mis en lumière des contraintes qui ont amené à aménager le calendrier, sans revoir la date de rendu des résultats et des synthèses.

- Pour les universités et à partir de l'activité du service de médecine préventive qui convoque et reçoit les étudiants de 1^{ère} année à la visite médicale obligatoire tout au long de l'année, le recueil a été fait de manière préférentielle au cours des visites médicales des 1^{ère} année de début septembre à la mi-décembre au maximum [*pour UM2 un délai a été accordé jusqu'au 15 janvier 2013]. Les quotas par sexe et université ont dû être suivis.
- La même prolongation du calendrier de recueil a été demandée par les missions locales qui doivent prévoir pour un tiers de l'effectif à enquêter un accompagnement (les jeunes de niveau V bis et VI), en commençant dès l'été pour certaines missions locales. Le délai a ainsi été porté au 14 décembre avec la consigne de faire suivre les questionnaires renseignés au CREAI-ORS LR afin qu'ils soient saisis « au fil de l'eau ».
- En CFA, les apprentis de 1^{ère} année font leur rentrée début octobre. La liste définitive des apprentis par CFA (1^{ère}, 2^e année, Bac et autres) n'était pas disponible fin septembre. Une proposition a été faite pour mener l'enquête en deux temps :
 - Du 8 au 20 octobre : enquête auprès des apprentis autres que les 1^{ères} années qui après une semaine de cours partiront en entreprise, de préférence en collaboration avec un enseignant pour que le questionnaire soit rempli sur table.
 - Du 22 octobre au 26 octobre : enquête auprès des 1^{ères} années de retour d'entreprise.La plupart des CFA ont les mêmes contraintes de calendrier. Pour ceux qui fonctionnent en dehors du rythme scolaire de l'Éducation nationale, la mise en place de l'enquête sans attendre la rentrée était possible dès la mise à disposition du questionnaire définitif.
La date limite de retour des questionnaires apprentis a été fixée au 16 novembre 2012.

3. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES APPRENTIS

En 2012, la région Languedoc-Roussillon compte environ 18 000 apprentis, répartis dans 44 CFA (centre de formation d'apprentis) et sections d'apprentissage.

Trente-huit CFA ont été sollicités pour l'enquête (de taille supérieure à 50 apprentis hors section d'apprentissage et CFA adossés à une université). Le tableau suivant présente le nombre de questionnaires complétés par CFA et la part dans l'échantillon régional.

La consigne était de retenir 10 % des apprentis pour l'enquête. Sur la base des apprentis ayant signé un contrat d'apprentissage au 1^{er} janvier 2012, nous attendions un échantillon d'environ 1 500 apprentis. Au total, 981 questionnaires ont été retournés, un taux de participation de 65 % du total des apprentis ciblés.

Le tableau suivant présente les taux de retour par département.

Tableau 3. Répartition des apprentis selon le département d'implantation du CFA

	n	%	% de retour
Aude	121	12,3	50,8
Gard	307	31,3	89,0
Hérault	428	43,6	69,9
Lozère	32	3,3	74,4
Pyrénées-Orientales	93	9,5	34,2
Région Languedoc-Roussillon	981	100,0	65,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 1. La répartition par sexe et par âge

L'échantillon est composé de 67,0 % de garçons et 33,0 % de filles apprentis. Les garçons sont en moyenne un peu plus jeunes que les filles : 19,0 ans [\pm 2,5] contre 19,7 ans [\pm 2,6]. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Cinq apprentis sont âgés de 27 ans et 6 apprentis de 26 ans, 29 apprentis ont 15 ans dans l'année 2012. Nous avons pris la décision de garder ces questionnaires dans l'échantillon d'analyse sachant que pour 30 questionnaires il n'y a pas d'information sur l'âge (soit 3,1 % des retours). L'âge est donc compris entre 14,5 ans et 27 ans et la moyenne est de 19,2 ans [\pm 2,6]. La moitié de l'échantillon des apprentis est âgée de plus de 18 ans. Notons que la moyenne d'âge de l'échantillon 2012 n'est pas différente de celle de 2007.

Tableau 4. La distribution par âge

Ages	N	%
15 ans	29	3,0
16 ans	92	9,7
17 ans	141	14,8
18 ans	155	16,3
19 ans	125	13,1
20 ans	116	12,2
21 ans	98	10,3
22 ans	76	8,0
23 ans	49	5,2
24 ans	41	4,3
25 ans	17	1,8
26 ans	7	0,7
27 ans	5	0,5
Total	951	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 2. Les diplômes préparés

Le tableau suivant présente les principaux diplômes préparés dans le cadre de l'apprentissage. Près d'un apprenti sur deux (44,9 %) prépare un CAP, c'est-à-dire un diplôme de niveau V, sachant qu'entre 2007 et 2012, le BEP a disparu au profit du Bac pro en 3 ans ; un tiers (33,0 %) prépare un Bac pro ou un Brevet pro. Les évolutions entre 2007 et 2012 traduisent les changements des filières d'apprentissage. Globalement, le niveau de qualification des filières suivies par les apprentis augmente.

Tableau 5. Diplômes préparés dans le cadre de l'apprentissage

	2012		2007	
	N	%	N	%
CAP	433	44,9	564	63,0
Bac pro – BP	318	33,0	181	20,2
BTS	158	16,4	58	6,5
Mention complémentaire au CAP/BEP	10	1,0	29	3,2
Ingénieur	15	1,6	14	1,6
Licence pro.	6	0,6	12	1,3
Mention complète au Bac pro/BP	15	1,6	8	0,9
Master	2	0,2	6	0,7
Autres	8	0,8	23	2,6
Total	965	100,0	895	100,0

NR* 2012 : 1,6 % - NR 2007 : 0,6 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

* NR : proportion de non réponses aux questions analysées

3. 3. La répartition des apprentis par filière d'apprentissage

Les différentes filières d'apprentissage représentées dans l'échantillon d'enquête reflètent l'offre régionale : près d'un questionnaire sur cinq est celui d'un apprenti qui se forme aux métiers du bâtiment et aux travaux publics (24,0%). Viennent ensuite les filières des métiers de la distribution commerce et vente (17,0 %), de l'hôtellerie-restauration-tourisme (10,5 %) puis de l'alimentation (métiers de bouche) (9,6 %) (cf. tableau page suivante)

Tableau 6. Répartition des apprentis par filière d'apprentissage

	2012		2007	
	N	%	N	%
Bâtiment-travaux publics	230	24,0	173	19,8
Mécanique automobile aéronautique	49	5,1	121	13,8
Distribution-Commerce et vente	163	17,0	117	13,4
Hôtellerie-Restauration-Tourisme	101	10,5	91	10,4
Alimentation	92	9,6	87	9,9
Soins aux personnes/ coiffure - esthétique	58	6,0	60	6,9
Agriculture-Espaces verts	58	6,0	56	6,4
Electricité-Electronique-Informatique	51	5,3	52	5,9
Santé-Social	47	4,8	49	5,6
Industrie-Métallurgie	44	4,6	38	4,3
Secrétariat, comptabilité, gestion	18	1,9	9	1,0
Textile	-	-	7	0,8
Agroalimentaire	9	0,9	6	0,7
Arts appliqués	7	0,7	6	0,7
Langues			1	0,1
Sport, animation et tourisme sportif	10	1,0	1	0,1
Transport et logistique	-	-	1	0,1
Service à la personne	4	0,4	-	-
Sécurité	1	0,1	-	-
Autres	17	1,8	-	-
Total	959	100,0	875	100,0

NR 2012 : 2,2 % - NR 2007 : 2,8 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 4. Satisfaction par rapport aux études suivies cette année

Si 94,4 % des apprentis déclarent faire les études de leur choix, ils sont un peu plus partagés quant à leur satisfaction concernant les études qu'ils suivent cette année. Toutefois, plus de six sur dix déclarent aimer beaucoup ce qu'ils font, un quart « peu » ou « pas beaucoup ». Moins d'un sur dix (8,4 %) manifeste sa totale insatisfaction ou se refuse à en parler.

Tableau 7. Aimez-vous les études que vous faites cette année ?

	N	%
Beaucoup	640	66,3
Peu	204	21,1
Pas beaucoup	40	4,1
Pas du tout	20	2,1
Ne se prononce pas	61	6,3
Total	965	100,0

NR : 1,6 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 5. Vie en couple

Plus d'un quart des apprentis déclare vivre en couple (26,4 %) et une petite minorité (21 apprentis) a des enfants (2,1 % de l'échantillon).

3. 6. Autour de la précarité

Le tableau suivant présente les réponses des apprentis aux 11 questions du score EPICES (cf. méthode).

Tableau 8. Réponses aux variables qui composent le score de fragilité sociale EPICES

	2012			2007		
	N « oui »	%	% de non réponses	N « oui »	%	% de non réponses
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?*	244	26,8	7,2	257	30,7	7,0
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	843	87,6	1,9	764	88,2	3,8
Vivez-vous en couple ?*	259	26,4	0,6	169	18,8	0,2
Etes-vous propriétaire de votre logement ?*	8	0,8	0,6	72	8,2	2,7
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins?*	459	48,6	3,7	464	52,7	2,2
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	824	84,4	0,5	756	84,0	0,0
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	280	28,9	1,2	261	29,2	0,8
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?*	646	66,4	0,8	504	56,7	1,2
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?*	860	88,8	1,2	771	85,9	0,2
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	908	93,7	1,2	833	92,8	0,2
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	846	87,0	0,9	798	89,1	0,4

- Les items présentent des différences 2007/2012 statistiquement significatives

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le score EPICES obtenu chez les apprentis va de 8,3 (absence de précarité) à 85,2 (précarité importante). La moyenne de la population des apprentis est de 36,6 (\pm 15,3).

Si nous utilisons la valeur seuil (40,2) proposée par les auteurs du score EPICES qui permet la classification en deux groupes « précaires » et « non précaires », on relève que plus du tiers des apprentis (38,2 %) peut être considéré comme étant en situation de précarité sociale.

L'évolution par rapport à 2007 de la moyenne obtenue par ce public au score de fragilité sociale comme de la proportion d'apprentis retenue comme précaires amène les constats suivants :

- le niveau de fragilité sociale des apprentis a diminué de 2 points sur la période (de 38,5 à 36,6) ;
- les précaires qui représentaient 44,0 % du groupe en 2007 n'en représentent plus que 38,2 % en 2012. Cette différence est statistiquement significative : la population d'apprentis précaires selon le score Epices a diminué de 6 points sur la période.

Tableau 9. Fréquence de la population précaire chez les apprentis selon Epices

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non précaires	504	61,8	429	56,0
Précaires	311	38,2	337	44,0
Total	815	100,0	766	100,0

NR 2012 : 16,9 % - NR 2007 : 15,9 %

P=0,02

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 7. Aides sociales et allocations

Plus d'un apprenti sur cinq déclare recevoir une ou plusieurs aides sociales régulières, cela représente 22,9 % de l'échantillon.

Tableau 10. Allocations et aides perçues par les apprentis (n=204 réponses)

	Effectif allocataire	%	Montant moyen en euros	Ecart type
Allocation logement	189	92,6	224	81
Allocations familiales	4	2,0	192	25
Autres aides régulières	10	4,9	234	140
RSA	14	6,9	157	111
Allocations chômage	2	1,0	600	282
AAH	4	2,0	335*	*1 seul montant déclaré

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Neuf allocataires sur dix le sont au titre de l'allocation logement pour un montant moyen de 224 €.

Quatorze apprentis déclarent être allocataires du RSA. Les autres aides régulières pour lesquelles nous disposons d'informations concernent des pensions alimentaires, des allocations d'orphelin, des assurances décès ou encore des aides parentales.

3. 8. Les ressources mensuelles disponibles

Le tableau suivant indique le montant dont les apprentis disposent pour vivre mensuellement. On leur demandait de faire la somme des salaires, des bourses, des allocations ainsi que des aides sociales et familiales éventuelles. Le taux de réponse est important pour une question considérée comme difficile, en effet les valeurs manquantes ne concernent que 26 questionnaires sur 981 (2,7 %).

La fourchette moyenne de ressources mensuelles se situe autour de 600 euros. Si l'on compare les apprentis qui disposent de moins de 250 euros par mois, on observe une diminution entre 2007 et 2012, passant de 6,9 % de l'échantillon 2007 à 3,2 % en 2012, la différence est statistiquement significative ($p=0,001$).

Tableau 11. Ressources mensuelles disponibles

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucune ressource	6	0,6	23	2,6
Moins de 250 euros	25	2,6	38	4,3
De 250 à 400 euros	135	14,1	197	22,5
De 400 à 600 euros	222	23,2	221	25,3
600 euros à 950 euros	376	39,4	396	45,3
950 euros et plus	191	20,0	Non disponible en 2007 : « 600 € et + »	
Total	955	100,0	875	100,0

NR : 2,7 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 9. Le lieu de résidence des apprentis

Près de 7 apprentis sur 10 (68,3 %) vivent chez leurs parents. Un quart (25,3 %) vit dans un logement en location.

La colocation est assez rare dans la population des apprentis (3,2 %). Notons que 13 apprentis déclarent vivre en caravane, mobile-home, squat ou être sans domicile fixe et 21 sont hébergés gratuitement chez un tiers.

Parmi les « autres » modes d'hébergement, on relève notamment cinq apprentis en famille d'accueil, treize chez des membres de la famille autres que les parents, quatre apprentis chez eux parce que propriétaires, deux en internat.

Les apprentis en location sont significativement plus nombreux en 2012 : environ 6 points de plus qu'en 2007 ($p=0,01$).

Tableau 12. Où habitez-vous actuellement ?

	2012*		2007	
	N	%	N	%
Chez vos parents	667	68,3	639	72,0
En location	247	25,3	167	18,8
En colocation à plusieurs, amis	31	3,2	22	2,5
Résidence pour étudiants s. privé	21	2,1	11	1,2
Foyer FJT	10	0,1	9	1,0
Hébergés gratuitement chez amis	21	2,1	8	0,9
Caravanes, mobile-home	11	1,1	7	0,8
Résidence et cité universitaire	6	0,6	3	0,3
Sans domicile fixe, squat	2	0,2	3	0,3
Hôtel, meublé	7	0,7	3	0,3
Autre	28	2,9	16	1,8

*En 2012 : plusieurs réponses possibles donc total supérieur à 100 %
 Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
 CREA-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Un quart des apprentis (26,1 %) paie un loyer et déclare un loyer moyen de 454 € (± 133 €) avec un loyer de 60 € pour le moins cher et de 820 € pour le plus élevé.

Parmi le tiers d'apprentis qui ne vit pas chez ses parents, 38,1 % ont dû changer de logement une fois depuis les 12 derniers mois et pour 14,5 %, ce changement de logement s'est répété plusieurs fois.

3. 10. Modes de transports et déplacements

Le tableau suivant présente la fréquence des différents modes de transport utilisés habituellement par les apprentis dans leurs trajets quotidiens entre leur domicile et le CFA.

Tableau 13. Modes de transport utilisés pour le trajet domicile-CFA

	2012*		2007*	
	N	%	N	%
Voiture	634	64,8	524	58,5
Bus / car / tramway	377	38,5	316	35,3
Train	136	13,9	151	16,9
2 roues à moteur	202	20,7	141	15,7
Marche à pied	217	22,2	102	11,4
Vélo	61	6,2	26	2,9

*En 2007 & 2012 : plusieurs réponses possibles donc total supérieur à 100 %
 NR 2012 : <0,5 %
 Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
 CREA-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Plus de six apprentis sur dix (64,8 %) utilisent une voiture pour leurs déplacements (CFA ou entreprise). Le deuxième mode de transport le plus utilisé, est le transport en commun qui concerne près de quatre apprentis sur dix (38,5 %). On observe une augmentation statistiquement significative du mode de déplacement en deux roues, ($p=0,02$) ainsi qu'un doublement entre 2007 et 2012 de la marche à pied ($p<0,001$).

Tableau 14. Temps moyen des trajets d'apprentis selon le département d'implantation du CFA : pour le trajet domicile-CFA et domicile-entreprise

	Moyenne domicile-CFA	<i>Ecart-type</i>	Moyenne domicile-entreprise	<i>Ecart-type</i>
Aude	1:01	1:54	0:21	0:56
Gard	0:49	0:42	0:20	0:16
Hérault	0:45	0:34	0:23	0:22
Lozère	0:53	0:59	0:11	0:07
PO	0:42	0:40	0:14	0:11
Région	0:48	0:54	0:20	0:26

NR domicile-CFA : 1,7 % $p<0,05$ - NR domicile-entreprise : 3,6 % $p<0,05$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le temps moyen au niveau des trajets de l'échantillon régional est sensiblement identique au temps repéré en 2007, mais il cache des disparités départementales statistiquement significatives :

- Ce sont les apprentis audois qui ont le temps de trajet moyen le plus long entre leur domicile et leur CFA avec plus d'une heure et une dispersion autour de ce temps moyen très importante (± 1 heure et 54 minutes).
- Les apprentis des Pyrénées-Orientales auraient le trajet moyen le plus court avec 42 minutes vers le CFA (± 54 minutes), ce résultat est néanmoins à prendre avec précaution puisqu'un seul CFA est répondant pour ce département, ce qui incite donc à ne pas généraliser cette observation à l'ensemble du territoire.
- Pour le trajet domicile-entreprise, ce sont les apprentis inscrits au CFA interprofessionnel de Mende en Lozère qui travaillent en proximité avec un temps moyen de trajet de 11 minutes (± 7 minutes) suivis des apprentis inscrits au CFA du BTP de Perpignan (temps moyen de trajet de 14 minutes (± 11 minutes)).
- Les apprentis inscrits dans un CFA de l'Hérault mais aussi de l'Aude ont des durées moyennes de trajet supérieures (de l'ordre d'une vingtaine de minutes avec une dispersion importante dans l'Aude (± 56 minutes)). Les différences interdépartementales observées sont statistiquement significatives

3. 11. La santé et le recours au soin

Au cours des 6 derniers mois, huit apprentis sur dix (83,0 %) ont consulté un professionnel de santé. Le tableau suivant indique la fréquence de consultation selon le professionnel de santé : plusieurs réponses étaient possibles pour les 795 apprentis concernés (19 % de valeurs manquantes).

Tableau 15. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois
(n= 795 ; plusieurs réponses possibles)

	N	%
Un médecin généraliste	706	88,8
Un médecin spécialiste	226	28,4
Un dentiste	270	34,0
Un psychologue	48	6,0
Un psychiatre	19	2,4
Autres	54	6,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le médecin généraliste a été consulté par près de neuf apprentis sur dix ayant eu recours à des soins au cours du semestre (88,8 %). Un tiers a eu des soins dentaires (34 %) et plus du quart a consulté un spécialiste (28,4 %).

Parmi les « autres » professionnels de santé, sont cités le kinésithérapeute (14 fois), le médecin du travail (6 fois), l'ostéopathe (5 fois), l'orthodontiste (4 fois), l'orthophoniste, le podologue et les urgences d'un hôpital (2 fois chacun).

Pour les apprentis qui déclarent avoir eu recours à un psychologue au cours des six derniers mois, 46 répondent à la question sur la gratuité ou non de cette consultation : 54,3 % des apprentis concernés ont eu une consultation sans avance de frais.

Sur la même période, la survenue d'un arrêt de travail concerne 34,3 % des apprentis et la plupart du temps, il s'agit d'un seul arrêt de travail ; pour 7 % de l'ensemble des apprentis, plusieurs arrêts au cours du semestre sont déclarés.

Tableau 16. Arrêts de travail pour maladie au cours des 6 derniers mois

	N	%
Aucun	608	65,7
Une fois	252	27,2
Plusieurs fois	65	7,0
Total	925	100,0

NR : (n=56) 5,7 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Plus de huit apprentis sur dix (83,8 %) déclarent avoir passé une visite d'embauche dans un service de médecine du travail dans le cadre de leur contrat en cours (16,2 % déclarent ne pas avoir eu de visite médicale d'embauche). On note 3 % de valeurs manquantes à cette question (n=29/981).

3. 12. Type de handicap déclaré par les apprentis

Cent-vingt et un apprentis de la population d'enquête déclarent être porteurs d'un handicap (12,5 %) mais 32 seulement ont un handicap donnant lieu à une reconnaissance par la CDAPH. Vingt-huit ont une reconnaissance en qualité de travailleurs handicapés. Quatre seulement perçoivent l'AAH et un seul indique son montant mensuel : 335 €.

Le tableau suivant détaille le type de handicap déclaré.

Tableau 17. Type de handicap déclaré par les apprentis (plusieurs réponses possibles)

Handicap (N=113)	N	%
Dyslexie, dyscalculie...	49	43,4
Visuel	41	38,1
Psychique	11	9,7
Auditif	8	7,1
Intellectuel	7	6,2
Moteur	5	4,4

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 13. Renoncement aux soins

En 2012, un quart des apprentis de la région déclare avoir renoncé à des soins (26,6 % soit 248/981), soit 10 points de plus qu'en 2007 où ils étaient 16,2 % (144/900).

Dans 64,1 % des cas (157 apprentis), les raisons invoquées sont principalement financières. Le manque de temps (n=29), le manque d'envie (n=15), voire des difficultés pour prendre rendez-vous (n=4) sont des motifs abordés parmi d'autres mais dans une moindre proportion.

Tableau 18. Raisons du renoncement aux soins (plusieurs réponses possibles)

N=245	N	%
Raisons financières	157	64,1
Manque de temps	29	11,8
Pas envie	15	6,1
Difficulté pour prendre rendez-vous	4	1,6
Phobie / peurs	3	1,2
Autres raisons	2	0,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le renoncement aux soins s'est produit récemment pour près de huit apprentis sur dix (76,1 %) au cours des 12 derniers mois (175/230 réponses à cette question). Plus d'un apprenti sur dix (12,4 %) déclare ne pas avoir de complémentaire santé.

3. 14. Milieu et réseau familial et social

Le contact des apprentis avec leurs parents ou l'un des deux, est quotidien pour une grande partie d'entre eux (56,8 %) et demeure au moins hebdomadaire pour 22,1 % des jeunes. Les apprentis qui sont privés de lien familial sont très peu nombreux (2,7 % des répondants). Le tableau suivant détaille la fréquence des contacts déclarés avec les parents.

Tableau 19. Voyez-vous vos parents ou l'un d'eux ?

	N	%
Tous les jours	555	56,8
Une ou plusieurs fois/semaine	216	22,1
2 à 3 fois par mois	74	7,6
Une fois par mois	35	3,6
Plus rarement	70	7,2
Jamais	20	2,0
Non concerné	7	0,7
Total	977	100,0

NR : 0,4 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

En 2007, nous avons questionné les apprentis sur le niveau d'études de leurs parents. Devant les difficultés à obtenir cette information auprès de l'ensemble des publics jeunes enquêtés et afin de poursuivre notre repérage du lien entre santé et gradient social, nous avons choisi en 2012 deux questions relatives à la situation professionnelle des parents et à la dernière profession exercée en simplifiant les modalités de réponses.

Avec 11,8 % et 5,6 % de valeurs manquantes pour la situation professionnelle du père et de la mère, et 18,3 % et 21,6 % de valeurs manquantes pour la profession du père et de la mère, nous obtenons des niveaux d'information relativement satisfaisants.

A partir de ces deux indicateurs et en les combinant dans le but de créer un indice de niveau social, nous proposons de dichotomiser les apprentis en deux groupes : « niveau social défavorisé » versus « niveau social favorisé ».

Sont codés en « niveau social défavorisé » les situations où le père (puis la mère) est soit inscrit à Pôle emploi ou inactif ou invalide ET sans CSP connue ; le père (puis la mère) est soit inscrit à Pôle emploi ou inactif ou invalide ET dont la CSP est : employé, personnel de service ou ouvrier.

Toutes les autres combinaisons sont codées soit en « niveau social favorisé », soit en valeurs manquantes.

Tableau 20. Situation professionnelle des parents

	Père en % (865 réponses)	Mère en % (926 réponses)
Inscrit à pôle emploi	4,6	8,0
Salarié du privé	29,2	29,3
Salarié du public	30,1	29,8
A son compte	24,2	13,2
Inactif	2,5	10,6
Retraité	5,8	3,2
Invalide	3,6	5,9

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Tableau 21. Dernière profession exercée par les parents

	Père en % (801 réponses)	Mère en % (769 réponses)
Agriculteur exploitant	4,7	1,4
Artisan commerçant	17,4	8,3
Chef d'entreprise	5,5	1,8
Profession libérale	2,7	5,5
Professeur salarié	1,6	0,9
Cadre et autre prof. intermédiaire	9,2	4,7
Instituteur	0,7	3,0
Employé	45,1	55,5
Personnel de service	3,1	12,5
Ouvrier	8,1	3,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Tableau 22. Indice de niveau social des parents

	Père en % (10,7 % non réponses)	Mère en % (4,6 % non réponses)
Favorisé	43,2	27,7
Défavorisé	56,8	72,3

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Globalement, le niveau de chômage des mères comme leur niveau d'invalidité est près de deux fois supérieur à celui des pères. On retrouve des éléments de féminisation des emplois de service (12,5 % des mères quand les pères sont 3,1 % dans ce cas), de profession libérale, d'institutrice ou d'employée et *a contrario*, des pères artisans-commerçants, chefs d'entreprise, cadres, ouvriers en plus grande proportion que les mères.

Après combinaison des deux variables d'activité et de profession, on observe que plus d'un apprenti sur deux (56,8 %) a un père qui appartient à un niveau social « défavorisé » ; c'est le cas de 7 apprentis sur 10 si l'on considère le niveau social de la mère (72,3 %).

3. 15. Activités pratiquées par les apprentis pendant leur temps libre

En dehors du temps de l'apprentissage et des études, un peu moins d'un apprenti sur deux (49,7 %) déclare participer régulièrement à des activités en groupe ou associatives. Ces dernières sont précisées dans le tableau suivant. Pour l'essentiel, il s'agit d'activités sportives (plus de neuf jeunes sur dix). Les activités culturelles ou artistiques ne concernent qu'un apprenti sur dix.

Tableau 23. Nature des activités pratiquées par les apprentis pendant leur temps libre
(n=472 ; plusieurs réponses possibles)

	N	%
Activités sportives	427	90,5
Activités culturelles ou artistiques	62	13,1
Activités humanitaires	19	4,0
Activités religieuses	16	3,4
Autres associatives	13	2,8
Activités syndicales ou politiques	3	0,6

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 16. Qualité de vie et estime de soi

La qualité de vie est une notion qui a pour ambition d'intégrer des aspects subjectifs et donc d'élargir l'appréhension de la santé au-delà du seul état de santé objectif (présence ou absence de douleur, de pathologies).

La qualité de vie est définie, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme la « *façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations.* » Les déterminants de la qualité de vie sont multiples : « *c'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement.* »¹

L'indice de santé générale mesuré par le score de Duke (cf. méthodologie), qui correspond à la fusion des scores de santé physique, mentale et sociale, est relativement bas chez les apprentis : en moyenne 68,0 sur 100 (avec 18,8 % de valeurs manquantes) mais néanmoins meilleur qu'en 2007 : 66,1 (NR : 38,9 %).

¹ Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Copenhague : OMS, bureau régional de l'Europe, 1999 : 36 p.

Les auteurs du *Baromètre santé 2005* avaient déjà mis en exergue la dégradation du score de santé générale des 15-19 ans (enquête nationale sur échantillon représentatif de 12 à 75 ans) qui était passé de 71,9 à 70,0 entre les années 2000 et 2005. C'est autour de la dimension de santé mentale que les 15-19 ans se distinguent péjorativement avec en 2005 un score moyen de 68,4 alors que leurs cadets (les 12-14 ans) ont un score moyen de 72,6 et leurs aînés (les 20-25 ans) de 72,9².

Les apprentis de la population d'enquête 2012 obtiennent sur la dimension mentale du Duke un score moyen de 65,6 un peu plus élevé que le score de 2007 (63,2).

Le score de santé physique est sensiblement le même d'une période à l'autre 64,1 en 2012 et 64,0 en 2007, et la santé sociale atteint 74,4 en 2012 (71,9 en 2007).

L'évolution favorable constatée sur le score de santé général passant de 66,1 à 68,0 sur la période s'avère être significative ($p < 0,05$) tout comme l'évolution des scores de santé mentale ($p < 0,05$) et sociale ($p < 0,02$).

Pour les autres dimensions du Duke que sont la santé perçue, l'estime de soi, l'anxiété et la dépression, les différences de moyenne observées sur la période ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 24. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les apprentis en 2012

2012	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	% NR
Santé physique	64,1	23,9	0	100	3,8
Santé mentale +	65,6	23,7	0	100	4,9
Santé sociale +	74,4	19,2	10	100	16,6
Santé générale +	68,0	17,0	20	100	18,8
Santé perçue	60,8	40,4	0	100	7,7
Estime de soi	74,5	19,5	0	100	4,1
Anxiété (-)*	52,3	20,7	0	100	4,4
Dépression (-)*	41,8	24,5	0	100	4,5

+ l'augmentation de la moyenne en 2012 par rapport à 2007 est significative
 Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
 CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

* Pour les scores anxiété et dépression, une note basse correspond à un meilleur état de santé perçue, alors que pour les autres dimensions, elle correspond à un moins bon état de santé perçue.

² Baromètre santé 2005 : premiers résultats. Paris : Inpes, 2006 : 26.

Tableau 25. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les apprentis en 2007

2007	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	% NR
Santé physique	64,0	24,5	0	100	4,0
Santé mentale	63,2	24,0	0	100	4,0
Santé sociale*	71,9	19,3	10	100	35,4
Santé générale*	66,1	17,1	13	100	38,9
Santé perçue	62,4	40,3	0	100	6,0
Estime de soi	73,7	19,2	0	100	4,1
Anxiété (-)	52,9	21,9	0	100	5,0
Dépression (-)	43,4	26,0	0	100	3,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
ORS LR – Conseil régional LR, 2007

* Point de méthode en 2007: la dimension sociale du Duke comportait une question très mal renseignée par les apprentis (NR : 35,4 %) sans doute par incompréhension de la formulation :

« vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisir comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées »

Cela entraîne des valeurs manquantes au score de santé générale, fusion des dimensions sociale, physique et mentale (38,9 %).

3. 17. La capacité à faire face aux difficultés

En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ? A cette question -à laquelle la plupart des apprentis répondent (seules 31 valeurs sont manquantes), on constate que 27,8 % jugent leurs capacités à faire face *passables* à *plutôt mauvaises* (1,5 % ne se prononcent pas). A *contrario*, une majorité exprime une grande confiance sur ses capacités à faire face : pour près de six apprentis sur dix (57,6 %) elles sont plutôt bonnes, et pour plus d'un apprenti sur dix (13,2 %) très bonnes. On n'observe pas de différence sur la période 2007/2012 par contre, les différences de genre sont très significatives en faveur des garçons plus optimistes sur leurs capacités à faire face aux difficultés (p=0,0001) que les filles.

Tableau 26. Appréciation sur ses capacités à faire face aux difficultés par genre

Capacités à faire face	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Très bonnes	102	16,1	23	7,2	125	13,2
Plutôt bonnes	378	59,8	169	53,1	547	57,6
Passables	126	19,9	93	29,2	219	23,1
Plutôt mauvaises	16	2,5	29	9,1	45	4,7
Ne se prononce pas	10	1,6	4	1,3	14	1,5
Total	632	66,5	318	33,5	950	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 18. La question du suicide chez les apprentis

Au cours des 12 derniers mois, 5,6 % des apprentis déclarent avoir pensé au suicide et 4,8 % choisissent de ne pas se prononcer sur le sujet. Cette question, pourtant délicate, n'est éludée que par 14 apprentis (1,4 % valeurs manquantes) sur les 981 de l'échantillon. On notera que les pensées suicidaires sont moins fréquentes en 2012 que lors de l'enquête de 2007, où 9 % avaient pensé au suicide et 4 % choisissaient de ne pas se prononcer ($p=0,01$).

Parmi ceux qui ont pensé au suicide, un tiers environ (35,2 %) a pu en parler à quelqu'un ; les autres non (63,0 %). On ne note pas de différence significative par rapport à 2007 sur la possibilité des apprentis à en parler.

Amis, parents et psychologue sont les interlocuteurs privilégiés cités sur cette question.

Au cours de leur vie, 75 apprentis ont fait au moins une tentative de suicide : 5,0 % déclarent en avoir fait une seule et 2,8 % plusieurs ; 4,7 % ne souhaitent pas se prononcer sur cette question (soit 45 apprentis). Lorsqu'on les interroge sur la période de cette tentative de suicide, ce sont 78 apprentis (et non 75 attendus) qui répondent : pour un tiers d'entre eux (33,3 %), cette tentative de suicide est récente et a eu lieu au cours de l'année écoulée.

On notera qu'en 2012, les tentatives de suicide au cours de la vie chez les apprentis ont diminué par rapport à 2007 où 5,9 % déclaraient en avoir fait une seule et 3,4 % plusieurs ($p=0,04$).

Tableau 27. Suicide chez les apprentis

2007	N	%	% de valeurs manquantes et (n=population de référence)
A pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	80	9,0	1,4 (n=900)
En a parlé à quelqu'un la dernière fois	34	42,0	0,0 (n=80)
A fait une tentative de suicide au cours de sa vie			
Oui, une fois	52	5,9	2,7 (n=900)
Oui, plusieurs	30	3,4	
Dernière tentative de suicide a eu lieu au cours des 12 derniers mois	29	32,2	0,0 (n=90)
2012	N	%	% de valeurs manquantes et (n=population de référence)
A pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	54	5,6	1,4 (n=980)
En a parlé à quelqu'un la dernière fois	19	35,2	0,0 (n=54)
A fait une tentative de suicide au cours de sa vie			
Oui, une fois	48	5,0	1,7 (n=981)
Oui, plusieurs	27	2,8	
Dernière tentative de suicide a eu lieu au cours des 12 derniers mois	26	33,3	0,0 (n=78)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 19. Les apprentis face au stress

Les différentes attitudes adoptées par les apprentis pour faire face au stress sont présentées dans le tableau suivant. Pour près de six apprentis sur dix (57,1 %), communiquer avec les proches est l'attitude la plus souvent retenue pour gérer le stress. L'évolution la plus notable réside dans le recours à une autre forme de communication via la toile ou les jeux vidéo : près d'un jeune sur deux (47,8 %) dit y avoir recours pour gérer son stress, devant l'exercice physique cité par 46,8 % des apprentis.

Des attitudes que nous qualifierions d'addictives sont aussi adoptées par les apprentis pour faire face au stress, parmi lesquelles le fait de fumer plus que d'habitude est la première d'entre elles et concerne 40,7 % des répondants (soit moins qu'en 2007 où c'était le cas de 48,5 % des apprentis et c'est le seul comportement pour lequel on vérifie une évolution statistiquement significative). Manger plus que d'habitude (26,6 %) ou boire plus d'alcool (15,6 %) sont des attitudes de gestion du stress dont l'apparente diminution n'est pas significative. Prendre d'autres drogues que le tabac et l'alcool (16,6 %) côtoie en termes de fréquence le repli sur soi en évitant la compagnie (20,7 %). La prise de médicaments comme en 2007, reste une habitude plus marginale de gestion du stress (5,8 %).

Tableau 28. Les attitudes adoptées par les apprentis pour faire face au stress

	2012		2007		Evolution 2007-2012
	N	%	N	%	
En parle avec des personnes	545	57,1	491	59,9	ns
Fait de l'exercice physique	446	46,8	401	49,2	ns
Fume plus que d'habitude	388	40,7	395	48,5	P<0,001
Surfe, chatte sur Internet ou joue aux jeux vidéo	456	47,8	357	44,4	ns
Mange plus que d'habitude	254	26,6	193	24,4	ns
Evite la compagnie	197	20,7	168	21,2	ns
Consomme plus d'alcool que d'habitude	149	15,6	151	19,0	ns
Consomme d'autres drogues	158	16,6	139	17,5	ns
Consomme des médicaments	55	5,8	50	6,4	ns

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012
(2007 : environ 10 % valeurs manquantes sur ces items ; en 2012 : 3 %)

3. 20. A propos du sentiment d'exclusion ou de discrimination

Le sentiment d'exclusion ou de discrimination est appréhendé par la question suivante qui contextualise cette perception et propose des modalités de réponses graduelles (de « oui souvent » à « non jamais »). Dans le tableau suivant, sont présentées de façon cumulée les réponses affirmatives que ce soit « rarement », de « temps en temps » ou « souvent ».

Tableau 29. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vous sentir exclu(e) ou mis(e) à l'écart en raison de ?

Motifs d'exclusion	Fréquence de OUI	%
Votre apparence physique	285	29,8
Des remarques à caractère raciste	100	10,5
Votre religion	59	6,2
Des remarques à caractère sexiste	55	5,8
Votre orientation sexuelle	25	2,6

(Moins de 4 % de valeurs manquantes par item)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

L'apparence physique est le premier motif du sentiment d'exclusion : près d'un tiers des répondants dit en être victime (29,8 % des apprentis). Les remarques à caractère raciste sont la deuxième source de ce sentiment d'exclusion concernant plus d'un apprenti sur dix (10,5 %) avant la religion (6,2 %) et les remarques à caractère sexiste (5,8 %) ou en rapport avec l'orientation sexuelle (2,6 %).

Ces situations ressenties comme discriminantes ou excluantes ont été vécues récemment par les apprentis concernés (au cours des 12 derniers mois) pour 36,0 % d'entre eux (n=118/328).

3. 21. Corpulence et conduites alimentaires

A partir du poids (en kg) et de la taille (en m) déclarés, nous avons calculé l'indice de masse corporelle (IMC = Poids / Taille²) des apprentis, qui caractérise la corpulence en références aux normes internationales de l'Organisation mondiale de la santé.

Tableau 30. Corpulence des apprentis selon le sexe (normes IOTF)

Corpulence	Hommes		Femmes		Total	
	%	%	%	%	N	N
	2012	2007	2012	2007	2012	2007
Maigreur : IMC < 18,5	4,8	5,6	16,6	18,6	79	82
Normal : 18,5 ≤ IMC < 25	73,3	79,7	69,9	71,2	651	660
Surpoids : 25 ≤ IMC < 30	19,2	12,0	8,9	8,0	142	92
Obésité : IMC ≥ 30	2,7	2,7	4,6	2,3	30	22
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	902	856

NR 2012 : 8,1 % - NR 2007 : 4,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

On remarque que plus de sept apprentis hommes sur dix ont une corpulence normale ; c'est à peu près autant pour les jeunes femmes.

Si l'on ajoute le surpoids et l'obésité, plus d'un apprenti hommes sur cinq est en surcharge pondérale (21,9 %) avec une évolution remarquable du surpoids dans ce groupe (+ 7 points).

Les différences de corpulence chez les hommes entre 2007 et 2012 sont statistiquement significatives ($p=0,01$)

En 2012, 13,5 % des filles sont en surcharge pondérale ; toutefois entre 2007 et 2012 l'évolution n'est pas significative pour les femmes.

Ces dernières sont plus fréquemment en situation de maigreur que les apprentis masculins (16,6 % contre 4,8 % des garçons). Les différences observées entre sexe pour la même période (enquête 2012) sont significatives ($p<0,001$).

L'autoévaluation de leur corpulence apporte une information complémentaire à cette donnée objectivée (cf. tableaux ci-après).

Tableau 31. Autoappréciation de leur poids par les apprentis en 2007

"Vous trouvez vous ?" 2007	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Beaucoup trop maigre	16	2,6	0	0,0	16	1,8
Un peu trop maigre	102	16,9	20	7,2	122	13,8
A peu près du bon poids	337	55,7	119	43,1	456	51,8
Un peu trop gros	108	17,9	112	40,6	220	25,0
Beaucoup trop gros	7	1,2	15	5,4	22	2,5
Ne sais pas	35	5,8	10	3,6	45	5,1
Total	605	100,0	276	100,0	881	100,0

NR : 2,1 % – $p<0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
ORS LR – Conseil régional LR, 2007

Tableau 32. Autoappréciation de leur poids par les apprentis en 2012

"Vous trouvez vous ?" 2012	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Beaucoup trop maigre	15	2,3	10	3,1	25	2,6
Un peu trop maigre	121	18,9	28	8,8	149	15,5
A peu près du bon poids	357	55,7	139	43,4	496	51,6
Un peu trop gros	103	16,1	99	30,9	202	21,0
Beaucoup trop gros	15	2,3	33	10,3	48	5,0
Ne sais pas	30	4,7	11	3,4	41	4,3
Total	641	100,0	320	100,0	961	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

L'appréciation de son poids est liée au sexe du répondant de manière très significative ($p<0,001$). Les filles ont évolué sur le regard qu'elles portent sur la maigreur extrême en particulier : 3,1 % reconnaissent qu'elles sont beaucoup trop maigres (aucune) en 2007 et 8,8 % un peu trop maigres (7,2 % en 2007). Dans le même temps, elles sont 16,6 % à présenter un indice de masse corporelle inférieur à 18,5. La perception et la réalité sont donc plus proches en 2012 qu'en 2007.

Pour autant, alors qu'elles sont près de sept sur dix de corpulence normale (71,2 %), seules 43,4 % pensent avoir un bon poids. Plus de 40 % pensent être « un peu » ou « beaucoup » trop grosses : en réalité, seules 13,5 % des IMC correspondent à une surcharge pondérale.

Parmi les garçons, on observe deux tendances :

- une surestimation de la maigreur : 21,2 % se trouvent beaucoup ou un peu trop maigres (alors qu'ils le sont réellement quatre fois moins fréquemment (IMC < 18,5 = 4,8 %) ;
- une légère sous-estimation de la surcharge pondérale : 18,4 % se trouvent trop gros (un peu ou beaucoup) alors qu'ils sont environ 21,90 % en surcharge pondérale.

Lorsqu'on croise les deux données : celle de corpulence calculée à partir de l'IMC et l'appréciation qu'ont les apprentis de leur poids, on constate que 17,2 % des garçons maigres se considèrent à peu près de bon poids et 10,3 % ne savent pas se situer, quand 21,2 % des apprentis de corpulence normale se trouvent trop maigres.

Une proportion importante des garçons en surpoids n'a pas conscience de cela et s'estime de bon poids (41,2 %) ; c'est le cas de 6,3 % des garçons obèses.

Les filles maigres s'estiment dans près d'un cas sur deux (44,0 %) de bon poids. Toutefois, une sur deux en situation objective de maigreur le reconnaît : c'est de loin l'évolution la plus nette par rapport à 2007. Il demeure que plus du tiers des filles à la corpulence normale (37,4 %) se trouve un peu ou beaucoup trop grosse.

Tableau 33. La corpulence (IMC) croisée avec l'appréciation de son poids (NR : 8,3 %)

2012	Beaucoup trop maigre		Un peu trop maigre		A peu près de bon poids		Un peu trop gros		Beaucoup trop gros		Ne sait pas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Corpulence des garçons														
Maigre	3	10,3	18	62,1	5	17,2	0	0,0	0	0,0	3	10,3	29	100,0
Normal	8	1,8	93	21,2	282	64,2	35	8,0	3	0,7	18	4,1	439	100,0
Surpoids	0	0,0	3	2,6	47	41,2	53	46,5	7	6,1	4	3,5	114	100,0
Obésité	1	6,3	0	0,0	1	6,3	11	68,8	3	18,8	0	0,0	16	100,0
Total	12	2,0	114	19,1	335	56,0	99	16,6	13	2,2	25	4,2	598	100,0
Corpulence des filles														
Maigre	8	16,0	16	32,0	22	44,0	1	2,0	1	2,0	2	4,0	50	100,0
Normal	1	0,5	11	5,2	113	53,6	72	34,1	7	3,3	7	3,3	211	100,0
Surpoids	0	0,0	0	0,0	2	7,4	14	51,9	11	40,7	0	0,0	27	100,0
Obésité	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3	12	85,7	0	0,0	14	100,0
Total	9	3,0	27	8,9	137	45,4	89	29,5	31	10,3	9	3,0	302	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 22. Quelques comportements alimentaires

En lien avec la problématique de la nutrition, nous avons étudié quelques comportements alimentaires survenus au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, avec un regroupement en 3 modalités de réponses : **jamais** / **rarement** / (assez ou très) **souvent**. Les apprentis qui ne se sont pas prononcés ont été considérés en valeurs manquantes.

Les comportements alimentaires présentés en page suivante montrent que la plupart de ces comportements en lien avec l'alimentation différencient de manière statistiquement significative les filles des garçons. On retrouve une plus grande fréquence des troubles de types anorexique et boulimique chez les filles, même si les garçons n'en sont pas totalement indemnes.

Les questions liées à la précarité révèlent que plus d'un apprenti sur cinq (22,1 %), sans différence de sexe, a connu « rarement » voire « souvent » la situation de ne pouvoir manger à sa faim au cours de la dernière année.

Parmi les apprentis, sans différence de genre, 8,8 % ont été amenés « rarement » ou « souvent » à demander de l'aide pour obtenir de quoi manger. C'est une augmentation de près de 3 points par rapport à 2007, laquelle est significative ($p=0,03$).

Tableau 34. Comportements alimentaires perturbés (2012)

2012	Garçons		Filles		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Manger énormément avec de la peine pour vous arrêter							<0,0001
Jamais	416	67,1	158	49,8	574	61,3	
Rarement	123	19,8	88	27,8	211	22,5	
Souvent	81	13,1	71	22,4	152	16,2	
Total	620	100,0	317	100,0	937	100,0	
Vous faire vomir volontairement							<0,05
Jamais	584	94,2	288	90,3	872	92,9	
Rarement	26	4,2	26	8,2	52	5,5	
Souvent	10	1,6	5	1,6	15	1,6	
Total	620	100,0	319	100,0	939	100,0	
Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir arrêter							<0,0001
Jamais	577	93,1	256	80,3	833	88,7	
Rarement	26	4,2	28	8,8	54	5,8	
Souvent	17	2,7	35	11,0	52	5,5	
Total	589	100,0	274	100,0	863	100,0	
Manger en cachette							<0,01
Jamais	530	85,5	252	78,8	782	83,2	
Rarement	48	7,7	28	8,8	76	8,1	
Souvent	42	6,8	40	12,5	82	8,7	
Total	620	100,0	320	100,0	940	100,0	
N'avoir aucune envie							<0,0001
Jamais	348	55,4	112	35,1	460	48,6	
Rarement	186	29,6	110	34,5	296	31,3	
Souvent	94	15,0	95	30,4	191	20,2	
Total	628	100,0	319	100,0	947	100,0	
Manquer d'appétit							<0,0001
Jamais	343	54,7	119	37,2	462	48,8	
Rarement	187	29,8	104	32,5	291	30,7	
Souvent	97	15,5	97	30,3	194	20,5	
Total	627	100,0	320	100,0	947	100,0	
Ne pouvoir manger à sa faim							ns
Jamais	489	78,4	245	77,0	734	77,9	
Rarement	90	14,4	51	16,0	141	15,0	
Souvent	45	7,2	22	6,9	67	7,1	
Total	624	100,0	318	100,0	942	100,0	
Demander de l'aide pour obtenir de quoi manger							ns
Jamais	563	90,5	294	92,5	857	91,2	
Rarement	37	5,9	15	4,7	52	5,5	
Souvent	22	3,5	9	2,8	31	3,3	
Total	622	100,0	318	100,0	940	100,0	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Nous avons une information sur les pratiques de restauration des apprentis de la région, à partir de la question « fréquentez-vous un restaurant d'entreprise ou une cantine ? » : 41,7 % des apprentis interrogés prennent de temps en temps ou régulièrement leur déjeuner dans une cantine ou un restaurant d'entreprise en semaine. La moitié d'entre eux ne prend jamais son repas de midi en restauration collective (49,4 %). Sept apprentis sur dix ne prennent jamais les repas du soir en cantine ou restaurant d'entreprise en semaine ou leurs repas le week-end.

Tableau 35. Fréquentation d'une cantine ou restaurant d'entreprise

	Jamais		Rarement		Temps en temps		Régulièrement		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Midi en semaine	466	49,4	84	8,9	162	17,2	231	24,5	943	100,0
Soir en semaine	650	70,1	90	9,7	104	11,2	83	9,0	927	100,0
Le week-end	627	67,0	75	8,0	152	16,2	82	8,8	936	100,0

NR 2012 : 3,9 % à 5,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 23. Les conduites addictives

3. 23. 1. Le tabac

Au moment de l'enquête 2012, 43,6 % des apprentis se déclarent « non-fumeurs ». La proportion d'apprentis non-fumeurs est en augmentation depuis 2007 où ils étaient 39,1 %. **Cette évolution favorable est imputable aux comportements des apprentis garçons pour lesquels l'évolution est significative sur la période : de 38,4 % de non-fumeurs en 2007, ils sont 44,6 % en 2012 (p=0,02) ;** mais la différence 2007/2012 observée pour les filles n'est pas statistiquement significative (environ 41 % de filles sont non-fumeuses).

Pour l'enquête 2012, aucune différence de comportement significative entre garçons et filles n'est observée dans l'analyse. Le tableau suivant indique la consommation de tabac dans notre échantillon d'apprentis.

Tableau 36. Consommation de tabac chez les apprentis : comparaison 2007-2012

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non-fumeurs	421	43,6	349	39,1
Moins d'une cigarette/semaine	17	1,8	24	2,7
Moins d'une cigarette/jour	30	3,1	13	1,5
1 à 5 cigarettes/jour	111	11,3	119	13,3
6 à 10 cigarettes/jour	174	17,7	177	19,8
11 à 20 cigarettes/jour	160	16,3	171	19,2
Plus de 20 cigarettes/jour	53	5,4	39	4,4
Total	966	100,0	892	100,0

NR 2012 : 1,5 % - NR 2007 : 0,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

On compte 51,6 % de consommateurs réguliers en 2012 (au moins 1 cigarette/jour) ; ils étaient 56,7 % parmi les apprentis en 2007. Cette évolution est statistiquement significative ($p < 0,05$). Les fumeurs occasionnels sont près de 5 % (4,9 %). Les très gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) représentent 5,4 % de l'échantillon sans différence statistiquement significative avec 2007.

Parmi les 545 fumeurs réguliers ou occasionnels, 539 répondent à la question « Aimeriez-vous arrêter de fumer ? ». Un sur cinq ne le souhaite pas (20,2 %) et près d'un sur deux (49,9 %) répond « oui mais pas maintenant ». 29,9 % des apprentis fumeurs indiquent souhaiter arrêter au moment de l'enquête.

3. 23. 2. L'alcool

Parmi les apprentis enquêtés, 16,8 % déclarent ne jamais boire d'alcool (en 2007, ils étaient 15,8 % dans ce cas).

Le questionnaire permettait d'explorer les conduites d'alcoolisation excessive ou " *binge drinking* " correspondant à la prise d'au moins cinq verres d'alcool en une seule occasion au moins une fois au cours du dernier mois.

Cette pratique a concerné plus de six jeunes sur dix de l'ensemble de la population des apprentis au cours du mois précédant l'enquête. Parmi les consommateurs excessifs, plus de la moitié a bu excessivement à plusieurs occasions (trois fois et plus). Entre 2007 et 2012, la pratique d'alcoolisation excessive n'est pas statistiquement différente.

Tableau 37. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucune fois	353	36,6	328	36,9
Une fois	144	14,9	106	11,9
Deux fois	143	14,8	113	12,7
De 3 à 5 fois	165	17,1	172	19,3
De 6 à 9 fois	68	7,1	80	9,0
10 fois ou plus	91	9,4	91	10,2
Total	964	100,0	890	100,0

NR 2012 : 1,7 % - NR 2007 : 1,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Comme c'était le cas en 2007, des différences statistiquement significatives apparaissent dans l'analyse 2012 entre filles et garçons lorsqu'on regroupe les modalités de réponse sur la consommation excessive d'alcool. Deux remarques sur la consommation excessive d'alcool et le genre peuvent être faites, sur la population des apprentis :

- les filles déclarent dans une proportion supérieure aux garçons ne pas avoir eu de consommation excessive au cours du mois (soit parce qu'elles boivent sans excès,

soit parce qu'elles ne boivent pas d'alcool) : 46,7 % vs 31,7 % chez les garçons ($p < 0,001$) ;

- mais ce sont aussi les garçons qui déclarent en plus grande proportion avoir bu excessivement de trois fois à dix fois et plus au cours des 30 derniers jours : 40,7 % vs 19,3 % chez les filles.

Tableau 38. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe en 2007

2007	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucune fois	172	28,0	156	56,5	328	36,9
De 1 à 2 fois	149	24,3	70	25,4	219	24,6
3 fois ou plus	293	47,7	50	18,1	343	38,5
Total	614	100,0	276	100,0	890	100,0

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
ORS LR – Conseil régional LR, 2007

Tableau 39. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe en 2012

2012	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucune fois	203	31,7	150	46,7	353	36,7
De 1 à 2 fois	177	27,6	109	34,0	286	29,7
3 fois ou plus	261	40,7	62	19,3	323	33,6
Total	641	100,0	321	100,0	962	100,0

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Les évolutions des comportements de consommation d'alcool entre les garçons de 2007 et ceux de 2012, comme les filles entre elles sur la période ne sont pas statistiquement significatives, même si on remarque une tendance à la réduction d'écart entre filles et garçons, parmi les consommateurs excessifs au cours du dernier mois.

Le tableau qui suit présente les lieux et circonstances de la dernière consommation d'alcool.

Tableau 40. Lieux et situation de la dernière consommation d'alcool

	N 2012	% 2012	% 2007
Chez quelqu'un	190	21,6	21,2
Chez moi	152	17,3	15,2
Je ne bois jamais d'alcool	148	16,8	15,8
En discothèque	133	16,7	17,3
Dans un bar ou un pub	141	15,1	16,0
Dans une zone ouverte (dehors)	35	4,0	6,1
Dans un restaurant	32	3,6	2,9
Autres endroits (soirée, fête, club sport ou non précisé)	20	2,3	1,4
En rave party	11	1,3	2,0
Sur mon lieu de travail	3	0,3	1,7
Sur mon lieu d'études	2	0,2	0,3
Total	879	100,0	100,0

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012*

C'est d'abord dans les lieux privés (domicile personnel ou celui d'amis) que la dernière consommation d'alcool a eu lieu (respectivement 21,6 % des cas et 17,3 %) puis dans des établissements tels que discothèque ou bar (respectivement 16,7 % et 15,1 %).

Les apprentis qui déclarent boire au CFA ou sur leur lieu de travail sont une toute petite minorité puisque cela ne concerne que cinq d'entre eux.

À tous les apprentis, qu'ils boivent ou non de l'alcool, nous avons proposé de choisir parmi ces différentes affirmations ce qui correspond à leurs représentations en lien avec l'alcool et le type de comportements qu'elle induit (cf. tableau page suivante).

Tableau 41. Que pourrait-il vous arriver en buvant de l'alcool ? Comparaison 2007-2012 (en %)

	Impossible ou presque impossible		Possible		A peu près sûr ou sûr	
	2012	2007	2012	2007	2012	2007
Me sentir calmé	53,1	52,6	32,5	30,0	14,5	17,5
Avoir des problèmes avec police	54,1	48,7	24,5	23,9	21,4	27,4
Avoir problèmes de santé	51,4	44,5	30,3	31,6	18,3	23,9
Me sentir heureux	28,0	32,3	35,6	34,6	36,4	33,1
Oublier mes problèmes	34,2	35,4	28,8	27,5	36,9	37,1
Ne pas pouvoir m'arrêter de boire	73,8	67,8	11,7	16,3	14,5	15,9
Avoir la gueule de bois	22,6	26,1	28,1	26,2	49,4	47,7
Me sentir plus ouvert et amical	21,9	25,3	28,2	31,0	49,9	43,6
Faire quelque chose que je regrette ensuite	48,8	48,5	27,2	24,8	24,1	26,7
M'amuser beaucoup	12,0	14,1	25,4	24,6	62,7	61,3
Me sentir plus sûr	27,5	29,8	30,9	28,6	41,7	41,6
Me sentir malade	48,0	42,6	29,3	32,5	22,6	24,9
Risquer l'accident route	51,5	45,1	23,0	22,5	25,6	32,5
Tomber dans le coma	72,3	70,7	15,7	16,5	12,0	12,9

NR 2012 : 10 % environ - NR 2007 : de 7,3 % à 9,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

A la lecture des résultats, deux constats se dégagent :

- la **persistance du déni de risque** lié à la prise d'alcool : qu'il s'agisse du risque sur la santé (plus ou près d'un tiers juge impossible d'avoir des problèmes de santé, de se sentir malade et la moitié nie le risque de coma), un sur deux nie le risque d'accident de la route ou de comportement non contrôlé ou le risque pénal (54,1 % nient pouvoir avoir des problèmes avec la police) ;
- une **valorisation de l'alcool** par la certitude affirmée (*à peu près sûr et sûr*) de ses effets « positifs » dans l'esprit des apprentis : *se sentir heureux* (36,4 %), *oublier ses problèmes* (36,9 %), *se sentir plus ouvert* (49,9 %) ou *plus sûr de soi* (41,7 %), *s'amuser beaucoup* (62,7 %).

3. 23. 3. Nombre d'ivresses au cours des 30 derniers jours

Une dernière question sur l'ivresse au cours des 30 derniers jours est posée. Comme pour la consommation excessive, une différence significative entre les sexes caractérise le comportement d'ivresse alcoolique, qui concerne 55,8 % des apprentis de l'enquête 2012.

Tableau 42. Combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?

Au cours des 30 jours	Garçons		Filles		Total	
	%	%	%	%	%	%
	2012	2007	2012	2007	2012	2007
0 fois	37,9	31,6	56,6	60,9	44,2	40,6
1 à 2 fois	28,5	30,3	24,4	25,6	27,1	28,8
3 à 5 fois	13,8	17,1	9,4	7,5	12,3	14,1
6 à 9 fois	5,1	8,2	4,4	2,3	4,8	6,4
10 fois et plus	14,7	12,9	5,3	3,8	11,6	10,1
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0

NR 2012 : 2,9 % - NR 2007 : 4,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

L'ivresse est un phénomène relativement répandu chez les garçons puisque 62,1 % des garçons ont été ivres au cours des 30 derniers jours ; 43,4 % des filles ont été dans ce cas sur la même période. Les différences de genre sont significatives en 2012, comme elles l'étaient en 2007 ($p=0,0001$).

Globalement, les jeunes apprentis 2012 qui se sont enivrés au moins une fois par semaine (3 à 5 ivresses et au-delà déclarées au cours du mois) représentent plus du quart de l'échantillon (28,7 %) : les garçons sont 33,6 % dans ce cas, les filles 19,1 %.

Toutefois, on ne note pas une différence statistiquement significative sur l'ivresse déclarée entre 2007 et 2012.

Tableau 43. Consommation excessive d'alcool et ivresse déclarée au cours des 30 derniers jours, selon le sexe en 2012

Consommation excessive d'alcool	0 ivresse		1 ou 2 fois		3 ivresses ou plus		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Filles	0 fois	130	71,8	15	19,2	5	8,2	150	46,9
	De 1 à 2 fois	36	19,9	48	61,5	24	39,3	108	33,8
	3 fois ou plus	15	8,3	15	19,2	32	52,5	62	19,4
	Total	181	100,0	78	100,0	61	100,0	320	100,0
Garçons	0 fois	164	68,9	20	11,3	16	7,6	200	31,9
	De 1 à 2 fois	47	19,7	83	46,9	41	19,4	171	27,3
	3 fois ou plus	27	11,3	74	41,8	154	73,1	255	40,7
	Total	238	100,0	177	100,0	211	100,0	626	100,0

$p<0,001$

$p<0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le tableau précédent propose une lecture croisée entre des pratiques de consommation excessive d'alcool et l'état d'ivresse déclaré par les apprentis : on constate que la conscience de l'état d'ivresse fait défaut à près d'une fille sur dix qui déclare pourtant une consommation excessive d'alcool répétée (8,3 %) ; c'est le cas de 11,3 % des garçons qui déclarent plus de 3 consommations excessives au cours du mois mais aucune ivresse.

3. 23. 4. Les drogues

Pour l'exploitation de la connaissance des autres drogues, une question en deux temps permet de savoir si les apprentis en ont entendu parler, puis s'ils ont essayé le produit.

Tableau 44. Connaissance et initiation aux différentes drogues

Liste des produits	Produits connus		Produits essayés	
	N	%	N	%
Cannabis	858	97,9	520	55,1
Poppers	615	70,2	124	17,7
Tranquillisants ou somnifères	684	69,7	111	14,4
Cocaïne	768	87,7	123	14,4
Ecstasy, MDMA	696	79,5	92	11,8
Champignons, Datura	718	82,0	82	10,2
LSD ou acide	666	76,0	63	8,4
Produits à sniffer, inhaler	659	75,2	62	8,3
Amphétamines	668	76,3	77	10,2
Héroïne	722	82,4	27	3,3
Méthadone, Subutex	467	53,3	12	2,2
Crack	669	76,4	28	3,7

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

L'ensemble des produits est connu d'une majorité d'apprentis, avec une grande « popularité » du cannabis. L'expérimentation la plus répandue est celle du cannabis (55,1 % des apprentis qui répondent à la question).

Toutefois, les consommations de poppers, de cocaïne, de tranquillisants ou d'ecstasy ne sont pas des usages anecdotiques dans la population des apprentis (respectivement 17,7 %, 14,4 %, 14,4 % et 11,8 % de la population totale).

542 apprentis indiquent leur âge lors de l'expérimentation d'une de ces drogues : l'âge moyen au premier usage à l'un des produits de la liste est de 15,3 ans ($\pm 2,2$).

Tableau 45. Où étiez-vous la dernière fois que vous avez pris de la drogue ?

	N	%
Chez quelqu'un	160	31,3
Dehors (rue, parc, plage, zone ouverte)	153	29,9
Chez moi	109	21,3
En discothèque	31	6,1
En rave party	19	3,7
Au collège / à l'école	13	2,5
Dans un bar ou un pub	11	2,1
Autres lieux	16	3,1
Total	512	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

512 apprentis indiquent le lieu où ils ont pris de la drogue pour la dernière fois. C'est avant tout dans un cadre privé que cette dernière consommation de drogue a eu lieu : chez quelqu'un dans 31,3 % des cas, au domicile de l'apprenti dans 21,3 %. La prise de drogue est aussi fréquente dans une zone publique et ouverte (rue, parc, plage, ...) : 29,9 % des cas.

Si l'on cumule les lieux comme les discothèques, bars et rave party, on observe que ces lieux festifs sont le cadre de 11,9 % des prises de drogue. On notera que les lieux de formation ou de travail (collège, école, internat, chantier) sont cités par une minorité comme lieu de leur dernière consommation de drogue (3 % des apprentis).

Comme indiqué plus haut, plus d'un apprenti de l'échantillon sur deux (55,1 %) dit avoir fumé du cannabis (il s'agit d'un indicateur d'expérimentation au cours de la vie).

La question suivante permet de connaître la prévalence de l'usage récent du produit (soit une consommation au moins au cours des trente derniers jours) dans la population des apprentis.

Tableau 46. Combien de fois avez-vous pris du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

	N	%
0 fois	564	60,2
1-2	91	9,7
3-5	45	4,7
6-9	28	3,0
10-29	43	4,6
1 fois / jour	37	3,9
Plusieurs fois / jour	130	13,9
Total	937	100,0

NR : 4,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Près d'un apprenti sur quatre (39,8 %) déclare un usage récent du cannabis.

Pour plus d'un apprenti sur cinq (22,4 %), il s'agit d'un usage régulier (c'est-à-dire dix fois et plus au cours des trente derniers jours).

On observe également que 17,8 % des apprentis ont un usage quotidien voire pluriquotidien de cette drogue.

5,9 % de l'ensemble des apprentis déclarent avoir l'habitude de prendre un stimulant ou un remontant avant un examen ou un entretien (5,1 % ne répondent pas à la question).

Près de 14,3 % déclarent prendre des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères « parfois » et « souvent » (4,8 % ne répondent pas à la question). Ces 134 apprentis sont un peu plus nombreux à se « reconnaître » dans cette question qu'à celle sur l'usage des produits tels que tranquillisants ou somnifères dans un ensemble de questions sur les drogues (111 avaient déclaré en avoir essayé).

Pour autant, dans près d'un tiers des cas (31,8 %), cette consommation n'est pas prescrite par un médecin. Pour un quart des apprentis qui prend des médicaments de type antidépresseurs ou somnifères, il s'agit d'un traitement sur la durée (3 semaines ou plus pour 26,5 %). Pour 41,7 % des apprentis usagers, le traitement a été prescrit pour une durée inférieure à 3 semaines.

On remarque que cette consommation de calmants, d'antidépresseurs et de somnifères est plutôt féminine (23,6 % de filles en consomment parfois ou souvent contre 9,5 % de garçons). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,001$). En revanche, on ne relève pas de différence de genre sur la consommation de stimulant avant un examen.

Toutefois, les filles ont plus souvent que les garçons une prescription médicale pour cela : 77,9 % d'entre elles contre 54,5 % des garçons ($p < 0,01$).

3. 24. Sexualité et contraception

Neuf apprentis sur dix (92,1 %) déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels (11 disent ne pas souhaiter répondre à cette question et 18 apprentis ne s'expriment pas). On n'observe pas de différence entre garçons et filles.

Tableau 47. Age déclaré auquel a eu lieu le 1er rapport sexuel chez les apprentis 2012

Age	N	%
Avant 12 ans	15	1,8
12-13 ans	104	12,2
14-15 ans	364	42,7
16-17 ans	307	36,0
18 ans ou plus	62	7,3
Total	852	100,0

NR : 13,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

A 15 ans, un apprenti sur deux a déjà eu des rapports sexuels. Outre le fait qu'il puisse exister des effets de déclaration « pour plaisanter », il n'y a pas de corrélation dans notre enquête, entre les très jeunes âges au premier rapport sexuel annoncés et le fait d'avoir subi des violences sexuelles.

Lors de leur premier rapport sexuel, 83,1 % des apprentis se sont **protégés du risque de grossesse** et 86,0 % disent avoir **utilisé un préservatif** (pour ces deux questions, les valeurs manquantes sont mineures (871 répondants à la première question sur les 887 apprentis qui ont déjà eu des rapports sexuels et 864 répondants à la deuxième question)).

Au moment de l'enquête, 725 apprentis déclarent être sexuellement actifs (82,8 %) et au cours des 12 derniers mois, ils indiquent en moyenne 3 partenaires sexuels différents (± 6 partenaires). Toutefois un apprenti sur deux (50,7 %) au cours de l'année a eu un seul partenaire.

Pour la plupart, ces relations sont hétérosexuelles (96,2 %). Les relations homosexuelles (2,0 %) et bisexuelles (1,8 %) sont déclarées par une petite minorité d'apprentis (respectivement 17 et 15 apprentis).

Tableau 48. Vaccination contre l'hépatite B ?

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	81	13,2	57	18,4	138	15,0
Oui	271	44,2	150	48,5	421	45,7
Ne sait pas	261	42,6	102	33,0	363	39,4
Total	613	100,0	309	100,0	922	100,0

NR : 6,0 %

P<0,01

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Sur le terrain de la vaccination contre l'hépatite B, on assiste à une évolution par rapport à 2007 quant à l'état de connaissance des apprentis sur leur situation vaccinale :

- près de 4 sur 10 ignorent si le vaccin contre l'hépatite B leur a été fait (auxquels il faut ajouter 6 % de valeurs manquantes à cette question).
- Et moins d'un apprenti sur deux déclare être vacciné contre l'hépatite B (45,7 %) ; en 2007, sept apprentis sur dix ont été vaccinés contre l'hépatite B (et 14,2 % ne connaissaient pas leur statut vaccinal). Cette différence est statistiquement significative.

Le taux de couverture vaccinale varie entre garçons et filles : ces dernières sont *a priori* mieux vaccinées que leurs collègues masculins (48,5 % vs 44,2 %) mais également méconnaissent moins leur statut vaccinal que les garçons (33,0 % contre 42,6 % ne savent pas). Elles affirment également en proportion supérieure ne pas être vaccinées : 18,4 % vs 13,2 %. Cette différence est significative (p<0,01).

3. 24. 1. Le dépistage au cours des 12 derniers mois

La pratique d'un test de dépistage sur les douze derniers mois concerne 199 apprentis de l'échantillon (soit 23,3 % des répondants).

Près d'un sur deux (48,7 %) a pratiqué un test de dépistage du VIH seul, auxquels il faut ajouter les 44,2 % d'apprentis qui ont été dépistés lors d'un test combiné VIH + hépatite B.

Tableau 49. Pratique de dépistage au cours des 12 derniers mois

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucun	654	76,7	601	77,0
Hépatite B	14	1,6	13	1,7
VIH	97	11,4	92	11,8
Hépatite B + VIH	88	10,3	75	9,6
Total	853	100,0	781	100,0

NR 2012 : 13,0 % - NR 2007 : 13,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

En 2007, ils étaient presque autant dans ce cas (respectivement 51,1 % et 41,7 %), ce qui laisse à penser que les comportements de prise de risque et donc de précaution sont restés stables au sein de ce public de jeunes.

En 2012, quel que soit le dépistage, les filles sont plus engagées dans la démarche de dépistage (29,4 % vs 20,3 % - $p < 0,01$). On observe une prévalence des IST dans ce public très faible et sans différence de genre : 3 % c'est-à-dire 25 apprentis déclarent avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois.

3. 24. 2. Précautions prises pour éviter une grossesse

Lorsqu'on interroge les apprentis sur le fait de prendre actuellement une précaution lors de leurs rapports pour éviter une grossesse, 73,4 % répondent par l'affirmative, avec une prépondérance des filles statistiquement significative (78,1 % vs 70,8 % des garçons) ($p < 0,05$).

On constate une diminution de cette fréquence entre 2007 (où ils étaient 80,1 % dans ce cas) et 2012. Dans le même temps, la proportion de valeurs manquantes à cette même question a augmenté (passant de 12,2 % à 20,3 %). Notons que 17,4 % des apprentis affirment ne pas prendre de précaution pour éviter une grossesse (17,4 %), sans que la différence de genre soit très marquée. Ils n'étaient que 8,7 % dans ce cas en 2007.

Tableau 50. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête

	Hommes		Filles		2012		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ne sais pas	9	1,8	0	0,0	9	1,2	40	5,1
Non	91	18,1	45	16,2	135	17,4	69	8,7
Cela dépend des fois	47	9,3	16	5,8	63	8,1	48	6,1
Oui	357	70,8	217	78,1	574	73,4	633	80,1
Total	504	100,0	278	100,0	782	100,0	790	100,0

NR 2012 : 20,3 % - NR 2007 : 12,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 24. 3. Moyens de contraception déclarés

La ou les méthodes utilisées pour prévenir le risque de grossesse sont les suivantes : dans plus de sept cas sur dix (74,2 %), c'est la pilule contraceptive qui est utilisée, 57,6 % le préservatif (en diminution depuis 2007). Relevons que 16,3 % citent le retrait avant éjaculation, une constante depuis 2007. Seule l'utilisation de l'implant contraceptif augmente au cours du temps mais reste d'utilisation encore marginale.

Tableau 51. Moyens de contraception déclarés

Contre le risque de grossesse	N 2012			N 2007			p
	Nb répondants	N	%	Nb répondants	N	%	
Pilule	639	474	74,2	676	473	70,0	NS
Préservatif masculin	639	368	57,6*	675	429	63,6	0,01
Retrait avant éjaculation	639	104	16,3	676	112	16,6	NS
Eviter les jours à risque	639	38	5,9	676	45	6,7	NS
Contraception urgence	639	27	4,2	675	35	5,2	NS
Préservatif féminin	639	9	1,4	676	32	4,7	0,001
Implant	639	27	4,2*	676	8	1,2	0,001
Stérilet	639	10	1,6	676	3	0,4	NS
Anneau	639	5	0,8	675	3	0,4	NS
Patch	639	5	0,8	676	2	0,3	NS
Crèmes, ovules, éponges	639	1	0,2	676	2	0,3	NS
Autres	-	-	-	675	1	0,1	
Diaphragme	-	-	-	0	0	0,0	
Cape cervicale	-	-	-	0	0	0,0	
Ne sait pas	-	-	-	0	0	0,0	

*Différence significative filles/garçons

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Nous avons aussi questionné les 135 apprentis qui ont déclaré ne pas prendre de précaution systématique particulière pour éviter un risque de grossesse. Parmi eux, 130 en ont précisé les raisons :

- ✓ 57,7 % d'entre eux soit 75 apprentis, disent ne pas avoir de relations sexuelles au moment du questionnement,
- ✓ 1,5 % (2 apprenties) sont enceintes et 1,5 % (2 apprentis) déclarent que leur compagne est enceinte,
- ✓ 7,7 % soit 10 souhaitent avoir un enfant (8 garçons et 2 filles),
- ✓ 3 évitent d'avoir des rapports les jours à risque,
- ✓ 10,8 % soit 14 apprentis (5 filles et 9 garçons) déclarent que c'est quelque chose qui ne les préoccupe pas,
- ✓ 9,2 % soit 12 ont des rapports homosexuels,
- ✓ (les 12 autres réponses sont sans précision ou les répondants ne savent pas).

Tableau 52. Précaution prise pour éviter de contracter une infection sexuellement transmissible au moment de l'enquête

	2012		2007	
	N	%	N	%
Ne sait pas	75	9,8	46	6,3
Non	320	41,8	304	41,7
Cela dépend des fois	53	6,9	44	6,0
Oui	318	41,5	335	46,0
Total	766	100,0	729	100,0

NR 2012 : 21,9 % - NR 2007 : 19,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Une question analogue sur les précautions prises face aux risques d'IST est posée aux apprentis. Ils répondent dans une proportion identique à celle relative au risque de grossesse (environ 20 % de valeurs manquantes). Et sur la période 2007-2012, les fréquences des réponses sont comparables : moins d'un apprenti sur deux se préoccupe du risque d'IST et autant indiquent ne rien faire.

Tableau 53. Si non, pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter un risque d'IST

	N	%
C'est quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	92	32,9
Pas de rapports sexuels actuellement	75	26,8
Ne sait pas	50	17,9
Test de dépistage des IST (les deux partenaires)	17	6,1
Autres dont : Fidélité au partenaire	16	5,7
En couple (stable)	12	4,3
Autres (sans précision)	8	2,9
Confiance + aucun risque	5	1,8
Autres motifs (pilule, retrait,...)	4	1,4
Hygiène	1	0,4
Total	280	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

On constate une grande négligence vis-à-vis du risque d'IST chez près d'un apprenti sur trois qui justifie l'absence de précaution vis-à-vis de ce risque : 32,9 % ne s'en préoccupent pas. Près d'un apprenti sur cinq (18 % lorsqu'on regroupe les réponses) privilégie l'interconnaissance, la confiance en l'autre et la stabilité de la relation comme motif de l'absence de précaution.

3. 24. 4. Les apprentis et l'utilisation de la contraception d'urgence

Comme vu plus haut, quand on les interroge sur les moyens utilisés pour éviter une grossesse, 27 apprentis répondent la **contraception d'urgence** (4,2 % des répondants).

Et lorsqu'on leur demande si pour elles-mêmes ou leur partenaire (dans le cas des réponses d'apprentis), ils ont déjà pris la contraception d'urgence, 39,5 % répondent positivement (27,7 % une seule fois et 11,8 % plusieurs fois).

Tableau 54. Utilisation de la contraception d'urgence

"Vous ou votre partenaire, l'avez-vous déjà utilisée ?"	N	%
Non	441	53,6
Oui une fois	228	27,7
Oui plusieurs fois	97	11,8
Ne sait pas	57	6,9
Total	823	100,0

NR : 16,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Leurs connaissances sur la contraception d'urgence sont explorées à travers différentes questions sur le délai d'efficacité d'une contraception d'urgence, les modalités pour sa délivrance et enfin les circonstances de sa dernière prise.

Sept apprentis sur dix déclarent connaître le délai pendant lequel on doit prendre la contraception d'urgence après un rapport à risque (73,1 %). Ce niveau de connaissance déclarée n'est pas en évolution statistiquement significative depuis 2007.

Par ailleurs, en 2012, un quart des apprentis ne maîtrise pas cette information, alors qu'on a pu voir plus haut que 39,5 % déclarent l'avoir utiliser pour eux-mêmes ou leur partenaire, une ou plusieurs fois.

Tableau 55. Connaissance du délai durant lequel la contraception d'urgence doit être utilisée après un rapport à risque

Savez-vous combien de temps après un rapport non protégé il faut prendre la contraception d'urgence ?	2012		2007	
	N	%	N	%
Oui	659	73,1	573	68,5
Non	242	26,9	264	31,5
Total	901	100,0	837	100,0

NR 2012 : 8,2 % - NR 2007 : 7,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Depuis 2007, une nouvelle forme de contraception d'urgence est proposée (sur prescription médicale) avec un délai d'efficacité jusqu'à 5 jours (moins de 120 heures)³ du rapport à risque de grossesse. Ce médicament est encore mal connu et cela se vérifie dans l'enquête auprès des apprentis. Parmi les dix réponses à cette modalité, deux personnes ont effectivement utilisé une contraception d'urgence.

Très peu savent que la contraception d'urgence peut se prendre jusqu'à 72 heures suivant un rapport non protégé (20,6 % des répondants, même si on observe une évolution de cette connaissance par rapport à 2007). Rapportée à l'ensemble des apprentis interrogés, cette connaissance du délai à moins de 72 heures est partagée par seulement 13,8 % de ce public. Il y a donc encore un travail d'information et de sensibilisation à impulser auprès de la majorité des apprentis- filles et garçons- qui pensent à tort n'avoir qu'un délai de moins de 24 heures (43,9 %) ou moins de 48 heures (34,0 %).

Tableau 56. Si oui, au maximum, combien de temps après ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Moins de 24 heures	288	43,9	331	57,6
Moins de 48 heures	223	34,0	143	24,9
Moins de 72 heures	135	20,6	97	16,9
Moins de 120 heures	10	1,5	-	-
Ne sais pas	-	-	4	0,7
Total	656	100,0	575	100,0

NR 2012 : 33,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Si l'on analyse les réponses des apprentis 2007 et 2012, non seulement on n'observe pas de gain dans la connaissance de la délivrance de la contraception d'urgence mais plutôt un recul : plus de 8 sur 10 continuent de penser qu'une ordonnance est nécessaire ; plus d'un sur dix l'ignore et seulement 2,5 % savent que l'on peut se procurer la contraception d'urgence sans ordonnance médicale (ils étaient près du double dans ce cas en 2007).

³ Jusqu'à 3 jours (72 heures) : il s'agit du NORLEVO ou LEVONORGESTREL BIOGARAN (générique) : progestatif seul - 150 mg de lévonorgestrel. Avec ou sans prescription médicale auprès des pharmaciens et **gratuite pour les mineures**, sur simple déclaration orale de l'intéressée au pharmacien (JO du 10/01/02).

- sur prescription médicale, elle est remboursée à 65 % par la sécurité sociale.

- dans les centres de planification et d'éducation familiale, elle est délivrée gratuitement aux mineures et aux femmes en précarité.

- en cas d'urgence, gratuitement auprès des infirmières des collèges, des lycées et des universités, après un entretien avec celles-ci.

Jusqu'à 5 jours (120 heures) : il s'agit d'ellaOne : modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone (anti-progestérone) - 30 mg d'ulipristal acétate (sur prescription médicale uniquement.)

Tableau 57. A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Oui	791	85,4	722	85,6
Ne sait pas	112	11,4	81	9,6
Non par forcément	23	2,5	40	4,7
Total	926	100,0	843	100,0

NR 2012 : 5,6 % - NR 2007: 6,3 %
P<0,01

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Tableau 58. Saviez-vous que la contraception d'urgence est gratuite pour les mineures ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Oui, je le savais	691	76,2	546	62,8
Non, je l'apprends	216	23,8	324	37,2
Total	907	100,0	870	100,0

NR 2012 : 7,5 % - NR 2007: 3,3 %
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

La gratuité pour les mineurs est connue de 76,2 % des apprentis. Un quart environ (23,8 %) l'ignorait (37,5 % des valeurs sont manquantes). Sur ce point, le niveau d'information des apprentis s'est amélioré par rapport à 2007.

Si l'on analyse les réponses des seul(e)s apprenti(e)s mineur(e)s (N= 352), 75,5 % des répondants savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire ; un quart le découvre à l'occasion de l'enquête (24,5 %) et 9,7 % ne répondent pas.

Les principales circonstances qui ont amené le tiers des apprentis qui ont déjà eu des rapports sexuels (33,1 % des **877 concernés**) à recourir à la contraception d'urgence sont : un rapport non protégé (37,7 %), un oubli de pilule (27,2 %) et une rupture de préservatif (26,9 %). On assiste à une montée en charge de l'oubli de pilule par rapport à 2007, confortant l'hypothèse que le choix de ce mode de contraception doit être réfléchi à l'aune des difficultés d'observance et de régularité à une époque de la vie où les rapports sexuels peuvent ne pas être inscrits dans une relation affective stable et continue. Dans le même temps, la rupture de préservatif est moins souvent invoquée par les apprentis (sans que cette différence soit statistiquement significative).

Tableau 59. Contexte de la dernière utilisation de la contraception d'urgence

	2012		2007	
	N	%	N	%
D'un rapport sans protection	119	37,7	157	41,9
D'un oubli de pilule	86	27,2	77	20,5
D'une rupture de préservatif	85	26,9	122	32,5
Retrait tardif du partenaire	12	3,8	6	3,2
Erreur de dates	3	0,9	1	0,3
Autre raison	11	3,5	12	1,6
Total	316	100,0	375	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

106 apprentis (12,9 %) déclarent qu'eux-mêmes ou leur partenaire ont eu, au cours de leur vie, une **grossesse involontaire**, soit **12,1 % de ceux qui ont déjà eu des rapports** sexuels (55 apprentis qui ont déclaré avoir eu des rapports ne répondent pas à la question : 6,3 %). **L'augmentation des grossesses involontaires déclarées sur la période 2007/2012 est statistiquement significative (p<0,001).**

Lorsqu'on compare les réponses des filles et des garçons apprentis, on constate qu'il n'y a pas, en 2012 comme en 2007, de différence significative de genre sur cette question.

Tableau 60. Fréquence d'une grossesse involontaire au cours de la vie

	2012 Total		2007 Total	
	N	%	N	%
Non	689	83,8	684	84,5
Oui	106	12,9	80	9,9
Refus de répondre	27	2,8	45	5,6
Total	822	100,0	809	100,0

NR 2012 : 16,2 % - NR 2007 : 10,1 % de l'ensemble
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Les raisons de cette grossesse involontaire sont détaillées dans le tableau suivant où nous obtenons 108 réponses.

Tableau 61. Les raisons de survenue d'une grossesse involontaire

	2012		2007	
	N	%	N	%
Un rapport sans protection	53	49,1	40	46,0
Un oubli de pilule	31	28,7	27	31,0
Une rupture de préservatif	16	14,8	10	11,5
Erreur dans les dates	3	2,8	4	4,6
Retrait tardif du partenaire	-	-	2	2,3
Autre raison	5	4,6	4	4,6
Total	108	100,0	87	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le rapport sans protection est à l'origine de près d'une grossesse involontaire sur deux. Plus d'un quart (28,7 %) déclare un oubli de pilule et 14,8 % une rupture de préservatif.

Tableau 62. Pratique d'une IVG au moins au cours de la vie

	Garçons 2012		Filles 2012		Total 2012		Total 2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	390	85,0	226	83,7	616	84,5	654	84,8
Oui	43	9,4	41	15,2	84	11,5	44	5,7
Refus de répondre	26	5,7	3	1,1	29	4,0	73	9,5
Total	459	100,0	270	100,0	729	100,0	771	100,0

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le doublement statistiquement significatif de la prévalence des IVG dans ce public est à relever sur la période (de 5,7 % à 11,5 %).

Lorsqu'on compare les réponses des filles et des garçons apprentis, on constate une différence significative entre les deux groupes en 2012 (qui n'existait pas en 2007): les filles apprenties déclarent au moins une IVG au cours de leur vie à 15,2 % ; c'est le cas de 9,4 % des garçons apprentis qui répondent pour une de leurs partenaires. Ces derniers sont aussi les plus nombreux à refuser de répondre à cette question (5,7 % vs 1,1 % des filles).

Au moment où sont survenues la grossesse involontaire et la décision d'une IVG, 57,3 % des 82 apprenties qui répondent à la question utilisaient un moyen de contraception, soit 47 apprenties (42,7 % soit 35 apprentis ne déclarent aucun moyen de contraception).

Pour 38 apprentis, on connaît le moyen de contraception utilisé au moment de l'IVG : pour 24 jeunes il s'agit de la pilule, pour 10 du préservatif et 4 d'un implant contraceptif.

Pour conclure ce chapitre, nous avons demandé aux apprentis s'ils connaissaient l'existence des centres de planification familiale (cette question n'existait pas en 2007 sous cette forme) : 70,1 % déclarent que oui mais 29,9 % ignorent cette information et 20,6 % des

apprentis enquêtés ne répondent pas. Cette information est très liée au genre comme indiqué dans le tableau suivant ($p < 0,001$).

Tableau 63. Connaissez-vous l'existence des centres de planification familiale ?

2012	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	284	57,3	262	92,9	546	70,2
Non	212	42,7	20	7,1	232	29,8
Total	496	100,0	282	100,0	778	100,0

NR : 20,7 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

3. 25. La violence

Cette partie du questionnaire explore à la fois les situations où les apprentis ont pu être victimes mais également auteurs de violences ainsi que la fréquence de ces actes et leur ancienneté.

Tableau 64. J'ai déjà été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un

Victime	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	529	56,2	494	56,0
Oui, une fois	205	21,8	191	21,7
Oui, deux fois	66	7,0	68	7,7
Oui, trois fois ou plus	141	15,0	129	14,6
Total	941	100,0	882	100,0

NR 2012 : 4,1 % - NR 2007 : 2,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Avec une constance notoire, 44 % des apprentis déclarent en 2012, comme en 2007, avoir été frappés ou blessés par quelqu'un ou un groupe de personnes. Dans 38,4 % des cas documentés (349/412), cela a eu lieu au cours des 12 derniers mois. On signalera que cette question des victimes de violence a un faible taux de valeurs manquantes (4,1 % en 2012).

Sur ces 412 apprentis, qui ont déjà été frappés ou blessés, 205 d'entre eux déclarent un seul fait de violence mais 66 apprentis ont été victimes deux fois et 141 apprentis 3 fois et plus. Là encore, les fréquences de violences répétées sont constantes d'une période à l'autre (2007/2012).

Tableau 65. Seul ou en groupe, j'ai déjà frappé ou blessé quelqu'un physiquement

Auteur	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	479	51,5	460	52,3
Oui, une fois	182	19,6	171	19,4
Oui, deux fois	72	7,7	74	8,4
Oui, trois fois ou plus	197	21,2	175	19,9
Total	930	100,0	880	100,0

NR 2012 : 5,2 % - NR 2007 : 2,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Les garçons sont globalement plus fréquemment victimes que les filles (49,4 % vs 32,7 %) et particulièrement dans les actes répétés. La différence est significative ($p < 0,001$).

On observe tout d'abord qu'il y a autant sinon plus d'auteurs déclarés de violence que de victimes parmi les apprentis. La récurrence est d'ailleurs plus fréquemment déclarée par les auteurs (28,9 % des réponses). Sur les 451 faits de violence avoués, 207 se sont déroulés au cours de l'année (48,4 % des réponses).

Quand 60,6 % des garçons déclarent avoir été auteurs d'actes de violence, 25,2 % des filles sont dans ce cas. La différence est là encore significative. C'est essentiellement sur les actes violents répétés qu'on observe une différence de comportement entre filles et garçons, au détriment de ces derniers.

3. 26. Les rapports sexuels forcés

57 apprentis déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés (6,1 % des répondants) (valeurs manquantes : 48 soit 4,9 %). Cette fréquence est trois fois supérieure chez les filles (11,7 % vs 3,3 % parmi les garçons). La différence est statistiquement significative.

Tableau 66. Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	594	96,7	280	88,3	874	93,9
Oui	20	3,3	37	11,7	57	6,1
Total	614	100,0	317	100,0	931	100,0

NR : 5,1 % - $p < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Dans un peu plus de la moitié des cas (35 cas de rapports sexuels forcés), l'apprenti en a parlé à quelqu'un, 16 l'ont tu et 4 ne souhaitent pas se prononcer (2 valeurs manquantes). Treize plaintes consécutives à ces actes ont été déposées (23,6 % des cas). On n'observe pas de différence significative de genre que ce soit sur la possibilité d'en parler à quelqu'un ou le fait d'avoir porté plainte.

Tableau 67. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consenti à des relations sexuelles en échange d'argent ?

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	460	92,2	274	99,3	734	94,7
Oui	39	7,8	2	0,7	41	5,3
Total	499	100,0	276	100,0	775	100,0

NR : 21,0 % - $p < 0,005$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Enfin, 41 apprentis déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent (7,8 % de garçons et 0,7 % de filles ; 21,0 % de valeurs manquantes). La différence est statistiquement significative.

Les réponses à cette question méritent d'être traitées avec la plus grande prudence : alors que nous recherchions les pratiques de prostitution, il se peut que l'on observe une habitude de clients de prostituées chez les apprentis garçons.

3. 27. L'accidentologie

381 apprentis de l'échantillon déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois (42,6 % des répondants). Le nombre déclaré va de 1 accident à 12 accidents au cours de la période.

Le tableau ci-dessous présente la fréquence des accidents en fonction du sexe de l'apprenti. Les différences sont significatives, les garçons étant plus fréquemment victimes d'accidents que les filles ; ceci est particulièrement vrai pour les répétitions d'accidents.

Tableau 68. Nombre d'accidents au cours de l'année

Au cours de l'année	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 accident	299	51,2	215	69,4	514	57,5
1 accident	170	29,1	68	21,9	238	26,6
2 accidents et plus	115	19,7	27	8,7	142	15,9
Total	584	100,0	310	100,0	894	100,0

NR : 8,9 % - $p < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Le contexte du ou des accidents (plusieurs réponses possibles) est précisé dans le tableau ci-dessous. Les accidents de la circulation (voiture ou deux roues) sont à l'origine d'une majorité des accidents déclarés (76,4 %) auxquels on peut ajouter les accidents de vélo (11,3 %) sans doute pour partie en loisir et pour partie survenus lors d'un déplacement

travail-domicile. Le contexte du sport/loisir puis le lieu de travail sont à l'origine de 22,1 % et 15,5 % des accidents chez les apprentis.

Tableau 69. Parmi les accidents (n=399), type d'accident le plus récent

	N	%
Voiture	154	38,6
Moto / scooter	151	37,8
Sport ou loisir	88	22,1
Travail / atelier	62	15,5
VTT / vélo	45	11,3
Accident domestique	22	5,5
Roller / Skate	7	1,8
Autre (dont agression, bagarre, accident scolaire)	14	3,5

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Si on s'intéresse au dernier accident dont a été victime l'apprenti, il s'agit d'un accident de la circulation dans plus de cinq cas sur dix (56,0 %), puis d'un accident de sport (19,5 %) et de travail (16,7 %). L'accident aux alentours du domicile concerne 7,8 % des accidents les plus récents au moment de l'enquête.

Cet accident n'a pas nécessité de prise en charge médicale dans 39,5 % des cas documentés (accident « sans conséquence »). Dans 28,2 %, il y a eu passage par un service d'urgence, dans 20,5 % des cas une visite chez un médecin et dans 11,8 % une hospitalisation d'une nuit au moins.

Pour 102 apprentis accidentés (un quart des réponses), les conséquences de l'accident se sont traduites par un arrêt de la formation ou du travail (25,6 % des répondants).

Cet arrêt de cours ou de formation a pu se prolonger jusqu'à une année. La durée moyenne d'absence des cours est de 22,2 jours ($\pm 54,4$). La moitié des accidentés parmi les apprentis n'a pas eu d'arrêt supérieur à 7 jours.

3. 28. Analyse spécifique : les apprentis et le score individuel de fragilité sociale

Près d'un apprenti sur quatre est précaire (38,2 %) selon le seuil de précarité établi par les auteurs du score Epices, soit 311 des jeunes enquêtés sur 815 répondants aux 11 questions qui composent le score. Notons que 166 apprentis, soit 16,9 % des enquêtés ne répondent pas à au moins une des 11 questions, s'excluant de fait du calcul du score individuel de fragilité sociale mais aussi de la lecture dichotomique entre apprentis retenus comme précaires ou non précaires selon Epices.

QUI SONT-ILS ?

On n'observe pas de différence de genre ou de moyenne d'âge entre les apprentis précaires et les autres. En revanche, les apprentis précaires sont moins nombreux à être très satisfaits de leurs études au moment de l'enquête (60,2 % vs 70,4 % parmi les apprentis non précaires) ($p < 0,005$).

QUELLE EST LEUR SITUATION SOCIALE ?

En matière de logement, on observe des différences significatives entre les apprentis précaires et les autres : les premiers, lorsqu'ils n'habitent pas chez leurs parents ont dû changer de logement plusieurs fois au cours de l'année deux fois plus fréquemment que les non précaires : 22,5 % vs 10,1 % ($p < 0,01$). Les apprentis retenus comme précaires le sont également si l'on considère leurs revenus mensuels : 20,4 % vivent avec moins de 400 € par mois (c'est le cas de 15,4 % des apprentis non précaires selon le score Epices) ; à l'autre extrémité, 57,5 % ont plus de 600 € /mois vs 62,4 % des non précaires.

MILIEU ET LIENS SOCIAUX ?

Lorsqu'on compare les deux groupes en opposant ceux qui voient leurs parents tous les jours, ou très souvent (au moins une fois par semaine), ceux qui les voient avec une fréquence mensuelle et ceux dont les contacts sont rares voire inexistants, on observe une différence significative entre les apprentis précaires et les autres. Les précaires sont ceux qui ont, en plus grande proportion, des contacts très rares voire inexistants avec leurs parents (14,3 % vs 5,8 %) et *a contrario* voient moins fréquemment que les non précaires leurs parents tous les jours ou chaque semaine (71,4 % vs 85,1 %) ($p < 0,001$). Les apprentis retenus comme précaires vivent moins souvent chez leurs parents que les autres (61,4 % vs 74,2 %) $p < 0,001$.

Les apprentis précaires ont un père avec un niveau social défavorisé dans 61,5 % des cas contre 55,1 % de ceux non retenus comme précaires ($p < 0,05$) ; ceci est également le cas pour leur mère avec un niveau social défavorisé dans 78,3 % des cas chez les apprentis précaires contre 69,9 % des non précaires ($p < 0,01$).

QUID DE LEURS ACCÈS AUX SOINS ? ...

Au cours des 6 derniers mois, les apprentis précaires sont un peu moins nombreux que les autres à avoir consulté pour leur santé : 78,6 % vs 86,2 % ($p = 0,01$). En revanche, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà renoncé à consulter un professionnel de santé, les jeunes précaires sont plus souvent dans ce cas que les autres apprentis : 36,8 % vs 20,2 % ($p < 0,001$). Le motif financier est invoqué plus fréquemment pour expliquer le renoncement (77,6 % vs 50,0 %) ($p < 0,001$).

Santé subjective

Des différences de scores observés aux principales dimensions du profil de Duke, selon que les apprentis sont précaires ou non, sont toutes statistiquement différentes à l'exception de la dimension « santé perçue » :

Dimensions du Duke	Les précaires			Les non précaires			p
	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart- type	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart- type	
Santé physique n=789 (n2007=745)	59,0	58,4	24,2	67,4	66,5	23,0	<0,001
Santé mentale n=788 (n2007=742)	59,8	59,1	25,4	66,0	69,3	22,0	<0,001
Santé sociale n=694 (n2007=487)	67,4	68,4	20,2	76,3	78,3	17,5	<0,001
Santé générale n=680 (n2007=475)	62,6	62,0	17,8	69,5	71,5	15,6	<0,001
Santé perçue n=765 (n2007=733)	64,6	59,0	39,8	60,2	61,7	40,4	NS
Estime de soi n=787 (n2007=739)	70,5	68,9	21,1	76,6	77,9	17,7	<0,001
Anxiété (-) n=792 (n2007=736)	56,5	57,0	21,0	50,7	49,6	19,6	<0,001
Dépression (-) n=791 (n2007=744)	46,8	49,1	26,7	40,8	38,0	23,8	<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Les attitudes que les apprentis les plus précaires adoptent pour faire face au stress sont elles aussi des indices de fragilité :

- n'en parle pas autour de lui : 48,7 % vs 39,1 % (p=0,005) ;
- évite la compagnie : 29,1 % vs 17,0 % des non précaires (p<0,001) ;
- fume plus que d'habitude : 46,4 % vs 35,0 % (p<0,001) ;
- consomme plus d'alcool que d'habitude : 20,3 % vs 12,3 % (p<0,001) ;
- consomme d'autres drogues : 20,3 % vs 14,4 % (p=0,02) ;
- consomme des médicaments : 8,5 % vs 4,5 % (p=0,02) ;
- fait de l'exercice physique en moindre proportion que l'apprenti non précaire : 40,5 % vs 52,0 % (p=0,001).

Les apprentis précaires ont déjà ressenti au cours de leur vie un sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart (que ce soit « rarement, de temps en temps ou souvent ») en plus grande proportion que les autres apprentis :

- en raison de leur apparence physique : 36,9 % vs 26,3 % (p=0,001) ;
- en raison de leur religion : 9,9 % vs 4,3 % (p=0,01) ;
- en raison de leur orientation sexuelle : 5,0 % vs 1,8 % (p=0,001) ;
- suite à des remarques à caractère raciste : 17,2 % vs 6,5 % sont dans ce cas (p<0,001) ;
- en raison de remarques à caractère sexiste : 9,6 % vs 4,3 % (p<0,001).

COMPORTEMENTS DE SANTÉ ?

Les difficultés économiques en lien avec la question alimentaire sont abordées par deux questions sur les dépenses alimentaires. Il s'agit de **difficultés rencontrées au cours des 12 derniers mois pour pouvoir manger à sa faim**. Les apprentis précaires ont vécu cette situation (soit rarement soit assez souvent voire très souvent) avec une fréquence près de 2 fois supérieure aux autres apprentis interrogés : 31,8 % vs 16,7 % (p<0,001) ;

Demander de l'aide pour obtenir de quoi manger est aussi une situation plus fréquemment déclarée par les apprentis précaires (au moins une fois au cours de l'année) : 14,3 % vs 6,1 % (p<0,001).

Toutefois, aucune différence de corpulence entre apprentis précaires et non précaires n'est observée.

Excepté pour le tabac, il n'y a pas de différence significative entre groupes précaires et non précaires concernant les addictions (alcoolisation excessive, ivresse, cannabis) : 59,9 % de fumeurs chez les apprentis précaires vs 53,3 % parmi les autres.

Les indicateurs d'exposition au risque en matière de contraception ou d'IST comme les indicateurs d'accès à l'information et le niveau de connaissances ressortent lorsqu'on croise ces données à la précarité des apprentis :

- les apprentis précaires ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel dans une moindre proportion que les autres : 81,5 % vs 89,0 % (p=0,003) ;
- les apprentis précaires ont eu recours à l'IVG plus de 2 fois plus fréquemment que les autres : 17,7 % vs 7,8 % (qu'il s'agisse d'une ou plusieurs IVG) ; le niveau de connaissance des centres de planification familiale est le même pour l'un ou l'autre groupe.

4. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES JEUNES EN MLI

4. 1. Population enquêtée

La totalité des MLI sollicitées a participé au diagnostic régional des 15-25 ans.

Avec 1788 questionnaires retournés et saisis sur les 1734 attendus, le taux de retour est très satisfaisant.

Le tableau suivant présente le nombre de questionnaires retournés par département ainsi que le nombre d'attendus.

4. 1. 1. Répartition départementale du nombre de questionnaires

Tableau 70. Nombre de questionnaires reçus par département

	N reçus	%	N attendus
Aude	402	22,5	401
Gard	352	19,7	397
Hérault	590	33,0	495
Lozère	39	2,2	39
Pyrénées-Orientales	405	22,7	402
Total	1 788	100,0	1 734

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

D'une manière générale, les missions locales ont collecté plus de questionnaires qu'attendus.

Afin d'être assuré que les données soient représentatives de la population de jeunes suivis en MLI, nous avons choisi de pondérer le fichier dans le but d'avoir un poids proportionnel dans chaque MLI.

Sont indiqués dans les tableaux ci-après, les échantillons pondérés à la fois par département et par MLI.

Tableau 71. Echantillons pondérés des jeunes suivis en MLI

Département	Effectif pondéré	%
Aude	229	12,8
Gard	424	23,8
Hérault	694	38,9
Lozère	39	2,2
Pyrénées-Orientales	398	22,3
Total	1 788	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

	MLI	Effectif pondéré	%
AUDE	MLI Bassin Carcassonnais	84	4,7
	MLI DR11	59	3,3
	MLI Narbonne Littoral	86	4,8
GARD	MLI du Gard Rhodanien	68	3,8
	MLI Alès et sa région	82	4,6
	MLI Nîmes Métropole	191	10,7
	ML Petite Camargue	41	2,3
	MLI Rhône Argence	42	2,3
	MLI Garrigue et Cévennes	54	3,0
HERAULT	MLI Centre Hérault Pézenas	80	4,5
	MLI du Biterrois	107	6,0
	MLI du Lodévois	44	2,5
	MLI de l'agglomération de Montpellier	253	14,2
	ML Petite Camargue	67	3,7
	ML Bassin de Thau	88	4,9
LOZERE	ML Lozère	39	2,2
PYRENEES-ORIENTALES	MLI des Pyrénées-Orientales	398	22,3
	Total	1 784	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 2. La répartition par sexe et par âge

4. 2. 1. Sexe

Tableau 72. Répartition par sexe

Sexe	N	%
Garçon	870	48,8
Fille	914	51,2
Total	1 783	100,0

NR : 0,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

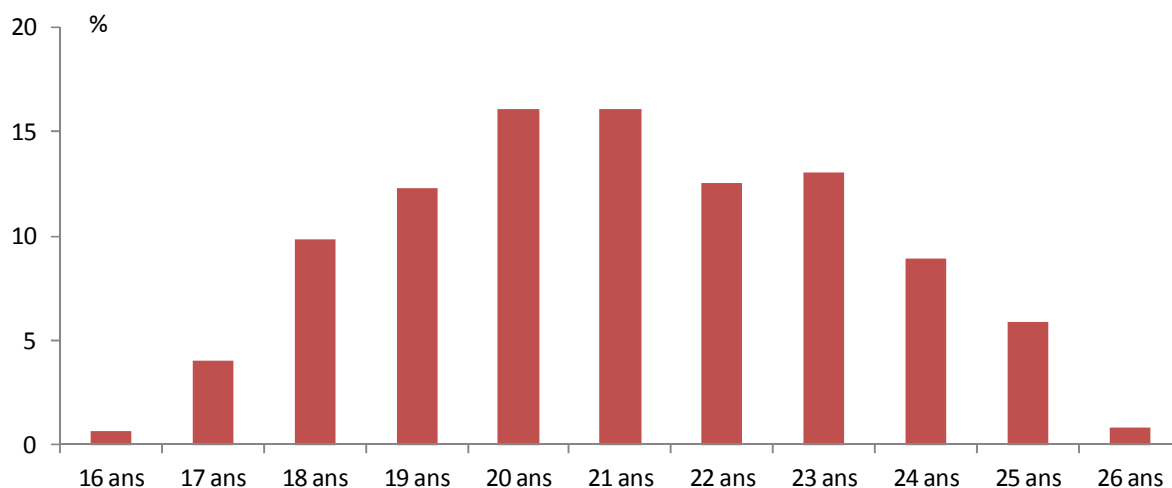
Le ratio par sexe est féminin (1,05).

4. 2. 2. Répartition par âge

Les jeunes suivis en MLI ont entre 16 et 26,3 ans en 2013. L'âge moyen se situe à 21,0 ans ($\pm 2,3$ ans).

On observe dans le graphique suivant un pic important à 21 ans et à 22 ans.

Graphique 1. Répartition par âge



NR : 1,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 73. Répartition par classes d'âge

Classes d'âge	N	%
Moins de 18 ans	20	1,1
18-21 ans	719	40,9
22-25 ans	894	50,8
26 ans et plus	126	7,2
Total	1 759	100,0

NR : 1,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Concernant la structure par âge, on note une majorité de jeunes dans la classe d'âge des 22-25 ans. Les moins de 18 ans sont très minoritaires.

4. 3. Vie en couple

Tableau 74. Vie en couple ?

	N	%
Non	1 333	74,9
Oui	448	25,1
Total	1 781	100,0

NR : 4,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Un quart des jeunes suivis en MLI déclare vivre en couple (25,1 %, n=448) et 7,8 % ont des enfants (140 jeunes).

4. 4. Diplôme le plus élevé obtenu

Tableau 75. Diplôme obtenu, comparaison 2007-2012

	2012		2007	
	N	%	N	%
CAP – BEP	639	36,0	542	34,8
Aucun diplôme	298	16,8	338	21,7
Bac pro – BP	223	12,6	129	8,3
Brevet des collèges	175	9,9	157	10,1
Baccalauréat général	163	9,2	146	9,4
Baccalauréat technique	105	5,9	112	7,2
CFG	69	3,9	72	4,6
BTS / DUT / DEUG	54	3,0	36	2,3
Licence	25	1,4	9	0,6
Autres	22	1,2	16	1,0
Total	1 772	100,0	1 557	100,0

NR 2012 : 0,7 % - NR 2007 : 0,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les jeunes ont un niveau de qualification plus élevé qu'en 2007, on observe :

- une baisse de près de 5 points par rapport à 2007 sur le pourcentage de jeunes sans diplôme (p=0,003)
- Une augmentation quel que soit le diplôme : le baccalauréat professionnel en particulier (p=0,001) et globalement les jeunes avec des niveaux supérieurs au baccalauréat viennent plus fréquemment en MLI.

4. 4. 1. La répartition par niveaux

On observe dans le tableau ci-après une augmentation des niveaux de qualification de I à V et une baisse de près de 6 points correspondant au niveau V bis et VI, autrement dit les non diplômés ($p < 0,001$).

Ainsi, lorsqu'on compare les effectifs 2007 à ceux de 2012, on observe une augmentation significative de jeunes diplômés suivis par les missions locales.

Tableau 76. Répartition par niveaux, comparaison 2007-2012

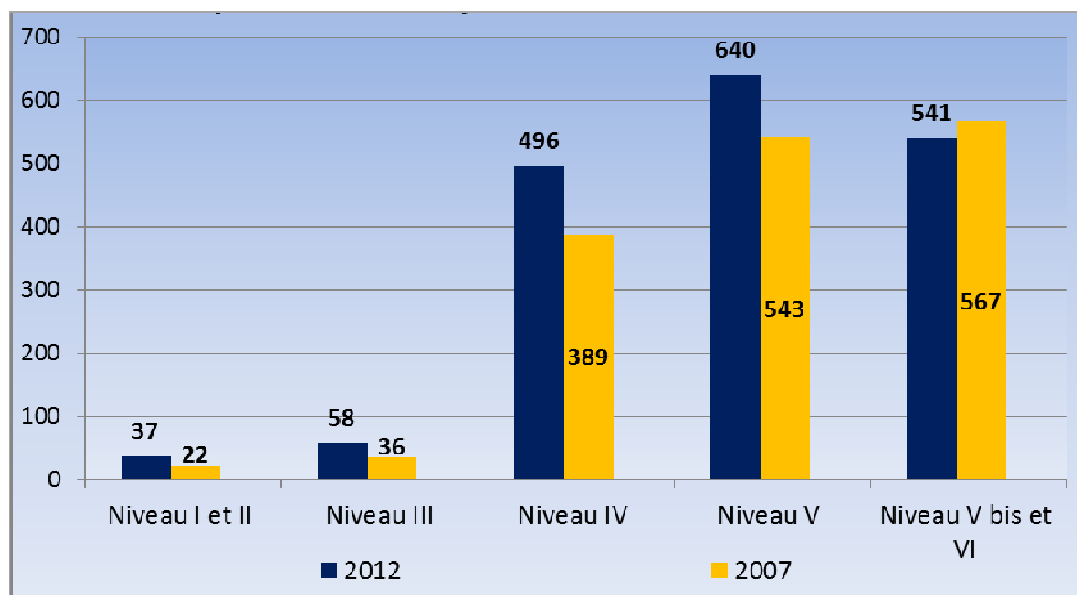
	2012		2007	
	N	%	N	%
Niveau I et II (master 1 et 2 et licence)	37	2,1	22	1,4
Niveau III (Sup. bac, bac +2)	58	3,3	36	2,3
Niveau IV (bac pro, technique et général)	496	28,0	389	25,0
Niveau V : CAP - BEP	640	36,1	543	34,9
Niveau V bis et VI (CFG, BEPC, aucun diplôme)	541	30,5	567	36,4
Total	1 772	100,0	1 557	100,0

NR 2012 : 0,7 % - NR 2007 : 0,0 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Graphique 2. Répartition des jeunes suivis par les MLI selon leur niveau de qualification : comparaison des effectifs 2007 et 2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 4. 2. Dernière classe fréquentée par les jeunes sans diplôme (n=298)

Lorsqu'on s'intéresse à la dernière classe fréquentée par les 298 jeunes sans diplôme, on observe que près de 40 % d'entre eux étaient en troisième lorsqu'ils sont sortis du système scolaire.

11,6 % étaient au lycée en 2012 contre 8,3 % en 2007, soit une progression de 3 points ($p=0,002$).

Tableau 77. Dernière classe fréquentée, comparaison 2007-2012

	2012		2007	
	N	%	N	%
6 ^{ème}	4	1,4	6	1,7
5 ^{ème}	4	1,4	7	2,0
4 ^{ème}	22	7,8	41	12,5
3 ^{ème}	111	39,8	112	33,8
Seconde	21	7,6	15	4,6
Première	3	1,1	6	1,9
Terminale	8	2,9	6	1,8
CAP 1 ^{ère} – BEP 1 ^{ère}	28	10,0	79	23,9
CAP 2 ^e – BEP 2 ^e	53	19,2	54	16,3
1 ^{ère} techno, adaptation, pro	7	2,4		
Terminale techno	17	5,6	3	1,0
Total	298	100,0	331	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 5. La situation actuelle des jeunes suivis par les MLI

Au moment de l'enquête, 11 % des jeunes suivis en mission locale occupent un emploi, soit une baisse statistiquement significative de 4 points par rapport au pourcentage de 2007 (15,1 %). Ils sont *a priori* plus nombreux à être à la recherche d'un emploi avec 66,4 % contre 65,2 % en 2007, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Enfin, on observe une différence de 3 points par rapport à la recherche d'un stage ou d'une formation qui n'est toutefois pas significative.

Tableau 78. Situation actuelle des jeunes suivis (plusieurs réponses possibles)

	2012		2007	
	N	%	N	%
En emploi	195	11,0	234	15,1
En stage ou en formation	375	21,1	308	19,8
A la recherche d'emploi	1 180	66,4	1 014	65,2
A la recherche d'un stage ou d'une formation	499	28,1	484	31,2
En alternance	51	2,9	nd	nd
Autre	47	2,7	73	4,7

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 5. 1. Degré de satisfaction par rapport à la situation actuelle

Concernant la satisfaction des jeunes à propos de la situation dans laquelle ils se trouvent au moment de l'enquête, on note dans le tableau suivant que :

- 9,3 % des jeunes vivent très bien leur situation, 5,9 % la vivent très mal ;
- 43,2 % la vivent bien ou plutôt bien ; 35,2 % la vivent mal ou plutôt mal ;
- plus de la moitié estime bien vivre la situation (52,5 %) et 41,1 % déclarent la vivre mal.

Tableau 79. Comment vivez-vous votre situation actuelle ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Très mal	104	5,9	112	7,3
Mal	177	10,0	144	9,5
Plutôt mal	445	25,2	385	25,3
Plutôt bien	467	26,4	413	27,1
Bien	298	16,8	305	20,0
Très bien	164	9,3	138	9,1
Pas concerné	114	6,4	25	1,7
Total	1 769	100,0	1 522	100,0

NR 2012 : 0,8 % - NR 2007 : 2,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Cette question sur la satisfaction des jeunes au niveau de leur ressenti vis-à-vis de leur situation actuelle, nous apprend qu'ils la vivent bien ; toutefois les jeunes qui expriment une satisfaction (plutôt bien à très bien) sont plus nombreux en 2007 qu'en 2012 (56,2 % vs 52,5 % p<0,001).

4. 6. Précarité sociale

La fréquence observée aux 11 variables qui constituent le score Epices est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 80. Fréquence du score de précarité Epices

Réponses positives aux 11 questions du score EPICES en %	MLI 2012	MLI 2007
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	36,9	47,6
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	70,5	68,3
Vivez-vous en couple ?	24,8	24,2
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	0,8	4,3
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	72,4	74,3
Vous est-il arrivé de faire sport au cours des 12 derniers mois ?	71,7	65,4
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	25,4	24,2
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	42,9	35,9
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	82,5	80,8
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	84,2	81,8
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	72,8	71,1

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Au niveau du score de fragilité sociale, on note des baisses entre 2007 et 2012 :

- Une baisse de plus de 10 points quant à la rencontre avec un travailleur social
- Une baisse de plus de 3 points quant à la propriété du logement
- Une baisse de 2 points concernant les difficultés financières à faire face aux besoins

Il est à noter que tous les autres pourcentages sont en augmentation par rapport à ceux obtenus en 2007 avec au premier rang le fait d'être parti en vacances au cours des douze derniers mois (+ 7 points), puis le fait de faire du sport (+ 6 points), d'avoir des personnes de l'entourage sur qui compter pour hébergement (2,4) et pour l'aide financière (1,7), d'avoir contacts avec des membres de la famille (1,7).

Les points de stabilité entre les 2 études concernent la vie en couple et le fait d'aller au spectacle au cours des 12 derniers mois.

Afin d'analyser la fréquence de la précarité dans la population régionale des jeunes suivis en MLI, nous avons repris le seuil de précarité utilisé par les auteurs d'Epices, choisi comme celui qui donnait le maximum de concordance avec l'article 2 de l'arrêté de 1992⁴, soit 40,2.

⁴ Les précaires, selon l'article 2 de l'arrêté de 1992 relatif à une définition socio-administrative de la précarité pour les consultants des CES de l'Assurance maladie, sont les chômeurs, les contrats emplois solidarité, les bénéficiaires du RMI, de la CMU, les SDF et les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle.

La répartition est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 81. Fréquence de la population précaire en MLI (échantillon régional pondéré)

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non précaires < 40.2	492	32,8	334	25,4
Précaires > 40.2	1 007	67,2	978	74,6
Total	1 499	100,0	1 312	100,0

NR 2012 : 16,0 % - NR 2007 : 15,7 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus de 6 jeunes sur 10 suivis dans les missions locales de la région Languedoc-Roussillon peuvent être considérés comme précaires selon la définition des auteurs du score Epices.

On relève une baisse significative du nombre de précaires depuis la précédente étude de 2007 : 74,6 % vs 67,2 %.

4. 7. Les ressources financières des jeunes

Au cours de l'année, 49,1 % des jeunes suivis en MLI ont eu une activité rémunérée, soit un chiffre constant par rapport à 2007 (49 %).

Le revenu mensuel moyen des jeunes qui ont perçu un revenu est de 687,50 € (minimum 30€, maximum 2 987 €, écart-type : 362,20 €) ; la moitié de la population qui a été salariée a perçu 652 € par mois.

Bourses et allocation formation

14 % de jeunes ont bénéficié de bourses ou d'allocation de formation, soit une baisse de 2 points par rapport à la précédente étude (16,7 %) (valeurs manquantes 2,5 %) ($p < 0,01$).

Pension alimentaire

21,3 % des jeunes ont reçu une aide financière des parents, ce pourcentage est en augmentation de 7 points par rapport à celui obtenu en 2007 (14,2 %) ($p < 0,001$).

Aides sociales perçues

Au niveau des aides sociales, on note une diminution par rapport à 2007 : plus du tiers des jeunes en 2007 percevaient une aide sociale (35,4 %) quand aujourd'hui, ils sont 28,7 %. Cette diminution de plus de 6 points est significative ($p < 0,001$).

Aides sociales perçues

Environ un tiers des jeunes de l'échantillon (N=496) indique recevoir des aides sociales régulières. Elles se déclinent comme suit :

Tableau 82. Type d'aides sociales perçues mensuellement

Aides sociales	2012		% 2007
	N= oui (496)	%	
Allocation logement	285	58,1	58,5
Allocation chômage	152	31,1	32,9
RSA / RMI	107	21,8	13,1
Autre aide régionale (dont 15 « Civis »)			11,7
Allocations familiales	48	9,9	8,4
AAH	11	2,3	2,1

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus de la moitié des jeunes percevant une aide sociale sont allocataires au titre du logement. Cette allocation est de 234 € en moyenne.

Plus d'un bénéficiaire sur trois perçoit une allocation chômage dont le montant mensuel s'élève à 628 €.

Un peu plus de deux jeunes sur 10 percevant une aide sociale, touche le revenu de solidarité active (RSA) pour un montant moyen de 454 €. Il est à noter que le pourcentage a augmenté de plus de 8 points depuis 2007 (21,8 %/13,1 %)

Le montant disponible chaque mois pour vivre

Une variable déclarative interroge les jeunes sur le montant mensuel dont ils disposent pour vivre une fois ajoutés le salaire, les allocations et les diverses aides auxquelles ils peuvent prétendre.

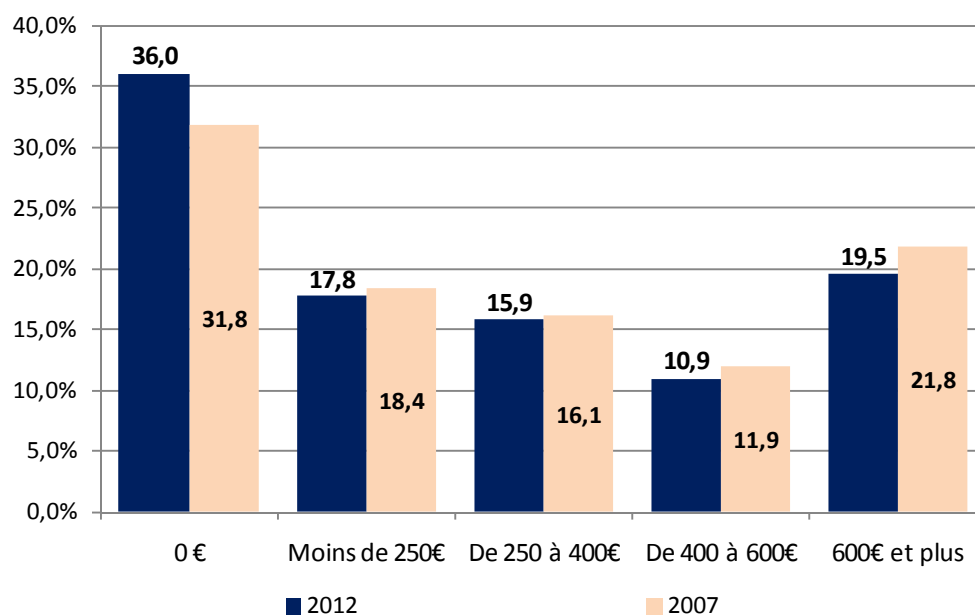
Tableau 83. Montant disponible pour vivre chaque mois

Montant disponible mensuel	2012		% 2007
	N	%	
0 €	567	36,0	31,8
Moins de 250 €	280	17,8	18,4
De 250 à 400 €	250	15,9	16,1
De 400 à 600 €	172	10,9	11,9
De 600 à 950 €	213	13,5	21,8
950 € et plus	95	6,0	Non disponible
Total	1 578	100,0	100,0

NR : 11,6 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Graphique 3. Montant mensuel disponible pour vivre chez les jeunes suivis en MLI : comparaison des % 2007 et 2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus du tiers des jeunes se déclarent sans revenu (36 %) et deux jeunes sur 10 ont un revenu supérieur à 600 € mensuel, 6 % déclarent un revenu supérieur à 950 €.

On relève et ces différences sont significatives ($p < 0,001$) :

- Un accroissement de près de 5 points pour les jeunes sans aucun revenu entre 2007 et 2012.
- Une baisse mensuelle concernant les autres revenus d'au moins 1 point.
- Les jeunes disposant d'un revenu supérieur ou égal à 600 € sont en net recul depuis la précédente étude, puisqu'on relève une baisse de plus de 8 points (13,5 % vs 21,8 %).

4. 8. Logement et transport

4. 8. 1. Le lieu de résidence

Tableau 84. Lieu de résidence habituelle
(n= 1 778 – Plusieurs réponses possibles)

	2012		% 2007
	N	%	
Chez les parents	1 019	57,3	56,6
En location	447	25,1	25,0
Hébergé gratuitement chez des amis	121	6,8	6,1
Colocation avec amis	56	3,2	2,6
Famille autre que parents	30	1,6	0,6
En Foyer Jeunes Travailleurs (FJT)	29	1,6	1,9
En caravane, mobile-home	15	0,8	0,3
Chez le concubin	15	0,5	0,3
Beaux-parents	13	0,5	0,3
SDF	9	0,5	1,0
En hôtel-meublé	8	0,4	0,4
En CHRS	8	0,4	0,5
En résidence pour apprentis	6	0,3	0,9
En résidence et cité universitaire	5	0,3	1,3
Squat	3	0,2	
Voiture	2	0,1	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus de la moitié des jeunes réside chez leurs parents ; un quart est en location. Aucune différence significative du point de vue statistique n'est à relever entre les deux périodes.

4. 8. 2. Changement de logement au cours des 12 derniers mois

Tableau 85. Changement de logement

	2012		% 2007
	N	%	
Non	340	44,7	65,1
Oui une fois	267	35,1	23,7
Oui plusieurs fois	154	20,2	11,2
Total	761	100,0	100,0

NR : 0,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La moitié des jeunes (55,3 %) a dû changer de logement depuis un an ; pour deux jeunes sur 10, ce changement s'est produit plus d'une fois. A noter l'augmentation remarquable de 20 points entre 2007 et 2012 quant au fait d'avoir dû changer de logement ($p < 0,001$).

4. 8. 3. Paiement d'un loyer

Dans la population enquêtée, 446 jeunes déclarent payer un loyer. Lorsqu'on compare le montant du loyer des jeunes qui n'habitaient pas chez leurs parents en 2007 et ceux de 2012, on n'obtient pas de différence significative.

Le loyer moyen est de 414 euros (\pm 132 €). Le loyer minimum est de 22 € et le maximum de 750 €.

Tableau 86. Paiement d'un loyer ?

	N	%
Oui	446	67,2
Non	218	32,8
Total	663	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 9. Les moyens de transport utilisés

Pour les jeunes, le moyen de transport utilisé le plus fréquemment reste la marche, même si l'on note une diminution de 4 points par rapport au pourcentage obtenu en 2007. La deuxième occurrence est le bus et le tram avec une augmentation de 9 points comparativement à 2007.

**Tableau 87. Moyens de transport utilisés
(n= 1 780 – Plusieurs réponses possibles)**

	2012		% 2007	p
	N	%		
Marche à pied	906	50,9	54,7	<0,01
Voiture	819	46,0	45,0	NS
Vélo	195	11,0	18,2	<0,0001
Bus, tram	878	49,3	40,1	<0,0001
2 roues à moteur	150	8,4	8,4	NS
Train	187	10,5	12,8	<0,05

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4 .10. Recours aux soins

4. 10. 1. Les professionnels de santé consultés

74 % des jeunes de l'échantillon déclarent avoir consulté au cours des 6 derniers mois (n=1285).

**Tableau 88. Les professionnels de santé consultés au cours des 12 derniers mois
(n= 1 269 – Plusieurs réponses possibles)**

	2012		% 2007
	N	%	
Un médecin généraliste	1 095	86,3	88,2
Un dentiste	458	36,1	37,2
Un médecin spécialiste	327	25,7	30,5
Un psychologue	169	13,3	11,7
Un psychiatre	56	4,4	
Autre	22	1,7	2,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Lorsqu'ils consultent, c'est dans 86,3 % des cas un médecin généraliste.

La deuxième occurrence la plus fréquente concerne le dentiste, puis un médecin spécialiste.

Parmi les 22 autres, les professionnels suivants sont cités : urgences/hôpital (n=9), kinésithérapeute (n=6), médecine du travail et ostéopathe (n=3) et sage-femme (n=1).

Ils sont plus nombreux qu'en 2007 à consulter un psychologue ou un psychiatre (dont 33 jeunes qui ont consulté les deux), soit lorsqu'on regroupe pour 2012 les deux modalités « psy » et sachant qu'il y a des jeunes au double recours, on observe une prévalence de 15,1 % contre 11,7 % en 2007, soit une augmentation de 3,4 points (p<0,01).

A noter que lorsqu'ils consultent un psychologue, c'est dans 82,3 % en accès gratuit (138 sur 169).

4 .10. 2. Renoncement à consulter un professionnel de santé

33,8 % des jeunes suivis en mission locale déclarent avoir déjà renoncé à consulter un professionnel de santé, soit 574 jeunes de l'échantillon. Ce pourcentage a augmenté de 4 points depuis 2007 (p=0001).

Ce renoncement aux soins a eu lieu au cours des douze derniers mois pour près de huit jeunes sur dix (78,2 %, soit 422 jeunes)

Tableau 89. Renoncer à consulter un professionnel de santé

	N	% 2012	% 2007
Non	1 125	66,2	70,6
Oui	574	33,8	28,2
Total	1 699	100,0	100,0

NR : 4,8 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans huit cas sur dix, la raison du renoncement est financière (n=446 jeunes).

Parmi les autres difficultés évoquées, on trouve :

- « Phobies / peurs » : 15 jeunes
- « Manque de temps » : 8 jeunes
- « Pas à jour des papiers » : 5 jeunes
- « Transport » : 4 jeunes
- « Personnel » : 3 jeunes
- « Mutuelle » ou « Incompétence » : 2 jeunes

4. 10. 3. Handicap

10,1 % (soit 176 jeunes) déclarent être porteurs d'un handicap, soit un jeune sur 10 à l'instar de l'étude précédente.

Tableau 90. Type de handicap déclaré

	2012	
	N	%
Handicap visuel	49	27,8
DYS	43	24,4
Handicap psychique	23	13,1
Handicap intellectuel	16	9,1
Handicap moteur	15	8,8
Handicap auditif	10	5,7
Non précisé	20	11,1
Total	176	100,0

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

Ces chiffres sont à pondérer dans la mesure où seuls 11 jeunes perçoivent l'AAH et ont une reconnaissance MDPH. Parmi ces 11 jeunes, quatre déclarent être porteurs de DYS, trois de déficience intellectuelle, trois d'un handicap psychique et un déclare un handicap moteur. Enfin, neuf sur onze ont une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

4. 11. Milieu et réseau familial et social

Les jeunes suivis par les missions locales vivent pour moitié au domicile de leurs parents, cela représente 1 019 jeunes, soit 57,3 % de l'échantillon.

4. 11. 1. Fréquence des relations avec les parents

A l'instar de l'étude précédente, plus de la moitié des jeunes voient leurs parents tous les jours et 6 % d'entre eux indiquent ne les voir jamais.

Tableau 91. Fréquence des relations avec les parents

	2012		% 2007
	N	%	
Tous les jours	944	53,9	54,8
Une ou plusieurs fois par semaine	250	14,3	16,0
Deux à trois fois par mois	103	5,9	5,2
Une fois par mois	86	4,9	4,4
Plus rarement	232	13,3	11,5
Jamais	107	6,1	6,6
Non concerné	28	1,6	1,4
Total	1 750	100,0	100,0

NR : 1,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 11. 2. La situation professionnelle des parents

Deux questions ont été proposées en 2012 : l'une portant sur l'activité et l'autre sur la dernière profession exercée. L'une comme l'autre présente des valeurs manquantes en grand nombre, tout comme en 2007 où il était difficile de tirer une information sur le niveau d'études des parents.

80,1 % des jeunes sont en mesure d'indiquer l'activité du père et dans 90,0 % des cas celle de la mère.

70,9 % des jeunes sont en mesure d'indiquer la profession du père et dans 63,2 % des cas celle de la mère.

En termes de valeurs manquantes, nous observons davantage de valeurs manquantes sur la profession de la mère (36,8 %) que sur celle du père (29,1 %). Dans la précédente étude, concernant le niveau d'études des parents, les pourcentages de valeurs manquantes étaient plus importants pour le père (42,7 %) que pour la mère (39,1 %).

Tableau 92. Situation professionnelle des parents

	Père en % (1 429 réponses)	Mère en % (1 605 réponses)
Inscrit à Pôle emploi	12,3	16,4
Salarié du secteur privé	24,0	19,4
Salarié du secteur public	26,7	26,5
A son compte	12,1	5,2
Inactif	5,5	21,3
Retraité	12,7	5,3
Invalide	6,6	5,9
Total	100,0	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 93. Profession des parents

	Père en % (1 265 réponses)	Mère en % (1 128 réponses)
Employé (salariné)	51,3	61,1
Ouvrier/ouvrier agricole	14,4	4,3
Artisan, petit commerçant	12,8	5,1
Cadre et autre profession intellectuelle supérieure	6,8	2,6
Agriculteur exploitant (à son compte)	4,6	1,7
Personnel de service (salariné)	3,7	15,1
Chef d'entreprise de + de 10 salariés (à son compte)	2,3	0,6
Profession libérale (sauf paramédicale)	1,3	3,0
Profession intermédiaire (salariné ou paramédical)	1,0	1,5
Instituteur ou assimilé (salariné)	1,0	3,7
Professeur, profession scientifique	0,8	1,2
Total	100,0	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans plus de six cas sur dix, les parents exercent la profession d'employé ou ouvrier.

A partir de ces deux indications d'activité et de CSP, nous avons combiné les modalités de réponse, afin de disposer d'une variable de « niveau social » du père et de la mère, qui sera utilisé comme un élément de gradient social :

- quand le parent était inscrit à Pôle emploi/ ou inactif/ ou invalide **et / ou** employé/personnel de service/ouvrier : le niveau social était qualifié de « défavorisé » ;
- quand le parent était salarié/retraité **et** employé/personnel de service/ouvrier : le niveau social était qualifié de « défavorisé » ;
- toutes les autres combinaisons ont été qualifiées de « favorisées ».

Tableau 94. Niveau social du père et de la mère

	Père en % (1 463 réponses)	Mère en % (1 631 réponses)
Défavorisé	70,8	83,2
Favorisé	29,2	16,8
Total	100,0	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans sept cas sur dix, les jeunes en MLI ont un père en situation sociale défavorisée et dans plus de quatre cas sur cinq, c'est la mère qui est dans cette situation.

4. 12. Le réseau social des jeunes suivis en mission locale

Durant leur temps libre, un tiers des jeunes déclare participer régulièrement à des activités en groupe ou en association (34,1 % soit 578 jeunes). La nature de ces activités est présentée dans le tableau suivant : à l'instar de l'étude réalisée en 2007, près de huit sur dix sont des activités sportives et plus d'un quart pratique des activités artistiques ou culturelles.

Tableau 95. Activités pratiquées (n= 578 – Plusieurs réponses possibles)

	2012		% 2007
	N	%	
Sportives	440	76,1	78,8
Artistiques ou culturelles	157	27,2	26,4
Activités religieuses	43	7,4	5,5
Activités humanitaires	40	7,0	5,4
Autres activités associatives	35	6,1	6,3
Activités syndicales ou politiques	17	2,9	2,1

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 13. Qualité de vie et estime de soi

Le profil de Duke comme instrument générique de la qualité de vie comporte 17 questions qui peuvent être regroupées en plusieurs dimensions (physique, mentale, sociale, santé perçue, incapacité, anxiété, douleur, estime de soi et dépression). Le score de santé général est un score global issu de la somme des dimensions physique, mentale et sociale. Les scores sont normalisés de 0 (la plus mauvaise qualité de vie) à 100 (indiquant une qualité de vie optimale). Les scores d'anxiété, de dépression et de douleur sont évalués en sens inverse (100 exprimant la qualité de vie minimale).

Tableau 96. Score moyens des composantes de l'échelle de Duke

DUKE en MLI	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Physique	1 675	64,3	26,2	0	100
Mental	1 655	60,4	25,6	0	100
Social	1 542	65,7	22,0	0	100
Général	1 463	63,6	19,1	0	100
Santé perçue	1 648	60,3	38,3	0	100
Estime de soi	1 662	67,1	21,8	0	100
Anxiété (-)	1 659	50,0	21,9	0	100
Dépression (-)	1 665	43,9	27,6	0	100

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les moyennes aux diverses dimensions du Duke sont comparables entre les deux enquêtes chez les jeunes suivis en mission locale, excepté trois dimensions : la santé mentale (+3 points), la santé générale (+2 points) et l'estime de soi (+2 points) qui se sont améliorées de manière statistiquement significative entre 2007 et 2012.

4. 14. A propos du suicide

Les jeunes suivis en mission locale ayant déclaré avoir pensé au suicide représentent près de 10 % de l'échantillon. Il est à noter le recul par rapport à 2007 de près de 3 points ($p=0,02$). Cette tendance à la diminution ne se confirme pas statistiquement pour les passages à l'acte.

Tableau 97. A propos du suicide

	2012		% 2007
	N	%	
A pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	168	9,6	12,4
En a parlé à quelqu'un la dernière fois	86	52,2	38,2
A fait une tentative de suicide au cours de sa vie	193	11,1	12,9
Oui une fois	118	6,8	8,4
Oui, plusieurs fois	75	4,3	4,5
Dernière tentative a eu lieu dans les 12 derniers mois	56	29,3	28,2

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

En revanche, lorsqu'ils ont pensé au suicide, ils ont été plus nombreux que lors de la précédente étude à en parler, soit 14 points de plus (52,2 % contre 38,2 %) et également de fait, moins nombreux à l'avoir tu ($n=74$ soit 44,6 % en 2012 ; $n=113$ soit 60,7 % en 2007) ($p=0,01$).

Autre point notable, 100 jeunes ne se prononcent pas, soit 5,7 % de l'échantillon.

Parmi les 168 jeunes qui ont eu des pensées suicidaires, 86 sont passés à l'acte, soit 51,9 % d'entre eux, et dans 50,1 % ($n=43$) des cas au cours des douze derniers mois.

Tableau 98. A qui les jeunes ont parlé de leurs pensées suicidaires ?

	Effectif 2012	Effectif 2007
A un ami	20	23
A un psychologue	12	10
Aux parents / à la famille	12	6
A un(e) petit(e) ami(e)	8	8
A un psychiatre	4	0
A un médecin	3	2
A une conseillère ML	2	6
Total	86	58

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour les 86 jeunes, que se sont exprimés, ils indiquent avoir confié cette pensée suicidaire en majorité à un ami dans 32,4 % des cas, à un psychologue ou à un psychiatre (30,7 %) ou à la famille ou proches dans 20,1 %.

Ainsi, l'écoute amicale (n=20) prévaut dans ce type de situation, mais l'écoute professionnelle médicale (psychologue, médecin et psychiatre) arrive en seconde position (n=19). Par ailleurs, les jeunes suivis en mission locale confient aujourd'hui davantage cette pensée suicidaire à leur famille qu'en 2007 (n=12 vs n=6). En revanche, ils étaient plus nombreux à la relater à un conseiller de mission locale (n=6 vs n=2). Toutefois, ces chiffres sont à interpréter avec prudence compte tenu de la faiblesse de l'effectif.

4. 15. Faire face aux difficultés

La capacité à faire face aux difficultés, en général dans la vie, est une autoévaluation qui met en exergue le manque de confiance en eux d'un bon tiers du public suivi en MLI. L'étude 2012 ne diffère pas de la tendance observée en 2007.

Tableau 99. Autoévaluation de la capacité à faire face aux difficultés

	2012		% 2007
	N	%	
Très bonne	184	10,8	10,9
Plutôt bonne	816	47,8	50,4
Passable	535	31,3	29,0
Plutôt mauvaise	108	6,3	7,2
Ne se prononce pas	65	3,8	2,5
Total	1 708	100,0	100,0

NR : 4,3 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 15. 1. Attitudes déclarées pour faire face au stress

Six jeunes sur dix choisissent l'échange avec les autres pour faire face au stress. Comme recours, plus d'un jeune sur deux choisit la toile. Près d'un jeune sur deux choisit le sport pour se défouler. Enfin, près de quatre jeunes sur dix ont recours au tabac pour pallier le stress.

Tableau 100. Attitudes déclarées face au stress

	2012		2007		p
	N	%	N	%	
En parle avec des personnes	1 067	61,4	930	65,5	<0,01
Surfe, tchatte sur Internet	900	51,8	656	48,5	NS
Fait de l'exercice physique	784	45,2	656	48,2	NS
Fume plus que d'habitude que d'habitude	726	41,8	666	48,6	<0,0001
Mange plus que d'habitude	450	25,9	497	37,1	<0,0001
Evite la compagnie	411	23,7	376	28,7	<0,01
Consomme d'autres drogues	194	11,2	192	14,9	<0,01
Consomme plus d'alcool que d'habitude	189	10,9	201	15,5	<0,0001
Consomme des médicaments	113	6,5	121	9,5	<0,01

NR 2012 : entre 2,6 et 2,7 % - NR 2007 : entre 5,5 et 9,8 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Globalement, plusieurs attitudes pour gérer le stress s'améliorent au cours de la période de manière significative (moins de repli sur soi, moins de consommation de drogues...) excepté sur la pratique du sport et l'usage d'Internet où les différences 2007/2012 ne sont pas significatives. La modalité « en parle avec des personnes » est moins souvent retenue en 2012 qu'en 2007.

4. 15. 2. Sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart

Afin de savoir si les jeunes ont connu des situations d'exclusion, nous leur avons demandé de se positionner sur des éventuelles situations de mise à l'écart. Elles sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau 101. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vous sentir exclu(e) ou mis (e) à l'écart en raison de :

	Non jamais		Oui rarement		Oui de temps en temps		Oui souvent		Total	NR en %
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Apparence physique	1 046	60,3	279	16,1	254	14,6	155	8,9	1 734	2,8
Handicap	1 639	95,2	26	1,5	28	1,6	28	1,6	1 721	3,6
Religion	1 562	90,3	75	4,3	59	3,4	34	1,9	1 730	3,1
Orientation sexuelle	1 634	94,7	30	1,7	32	1,9	30	1,7	1 726	3,3
Remarques racistes	1 459	84,4	137	7,9	85	4,9	47	2,7	1 728	3,2
Remarques sexistes	1 565	90,5	90	5,2	50	2,9	25	1,4	1 730	3,1

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Près de quatre jeunes sur dix (39,6 %) déclarent avoir ressenti au moins une fois un sentiment d'exclusion en raison de leur apparence physique.

Toutefois, ces situations d'exclusion ressenties sont moins fréquentes en 2012 qu'en 2007 et les évolutions sont significatives à l'exception des remarques sur l'orientation sexuelle qui ne varient pas en fréquence.

4. 16. Conduites alimentaires et corpulence

A partir du poids en kilos et de la taille déclarés, nous avons calculé l'indice de masse corporelle ($IMC = P/T^2$) des jeunes suivis en mission locale, qui caractérise la corpulence en référence aux normes internationales de l'OMS.

Tableau 102. Indice de masse corporelle

Valeur de l'IMC	Hommes		Femmes		Total	
	% 2012	% 2007	% 2012	% 2007	N 2012	N 2007
Maigreur : IMC < 18,5	6,6	9,5	16,2	14,0	11,6	12,0
Normale : 18,5 ≤ IMC < 25	70,7	72,9	61,2	65,1	65,8	68,7
Surpoids : 25 ≤ IMC < 30	17,6	14,8	13,8	13,5	15,6	14,1
Obésité : IMC ≥ 30	5,1	2,7	8,8	7,3	7,1	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

NR 2012 : 9,8 % - NR 2007 : 7,6 %

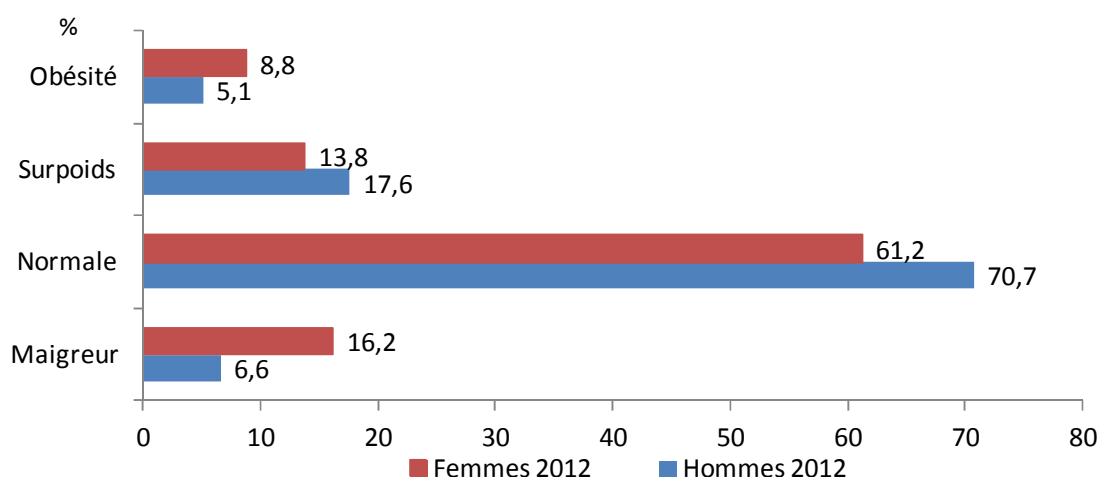
Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus d'un jeune sur cinq (22,7 %) est en surcharge pondérale, qu'il s'agisse de surpoids ou d'obésité. Les femmes et les hommes sont quasiment égaux en matière de surcharge pondérale (femmes : 22,6 %, hommes : 22,7 %), ce qui n'était pas le cas lors de la précédente étude.

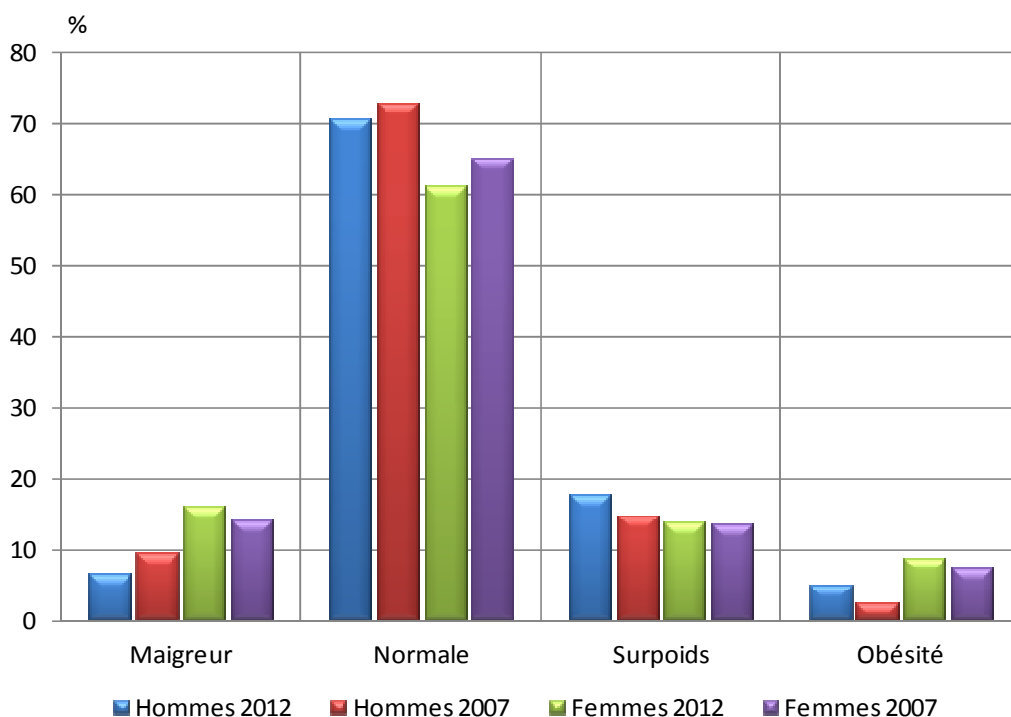
Selon OBEPI (2012), la proportion d'obèses en France est de 15 % et en Languedoc-Roussillon, elle est de 15,6 % chez les 18 ans et plus.

Il est à noter le pourcentage important de femmes maigres en 2012 par rapport à celui des hommes, avec un différentiel de près de 10 points ($p < 0,001$), en augmentation par rapport aux pourcentages obtenus en 2007 (14,0 % vs 9,5 %) mais sans que ce soit statistiquement significatif.

Graphique 4. Indice de masse corporelle chez les femmes et les hommes suivis par les MLI en 2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans cet histogramme, on observe que :

- les filles sont plus maigres que les garçons à l'instar de la précédente étude 2007 ;
- des garçons plus en surpoids que les filles ;
- des filles davantage en situation d'obésité que les garçons.

4. 16. 1. Autoappréciation du poids

L'autoévaluation de leur corpulence apporte une information complémentaire à cette donnée objectivée.

Tableau 103. Autoappréciation de leur poids par les jeunes de MLI en 2012

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Beaucoup trop maigre	30	3,6	22	2,4	52	3,0
Un peu trop maigre	189	22,7	80	9,0	269	15,6
A peu près du bon poids	409	49,1	348	39,1	757	43,9
Un peu trop gros	144	17,3	327	36,7	472	27,4
Beaucoup trop gros	24	2,8	87	9,8	111	6,4
Ne sait pas	37	4,5	26	3,0	64	3,7
Total	833	100,0	890	100,0	1 723	100,0

NR : 3,3 %
P<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 104. Autoappréciation de leur poids par les jeunes de MLI en 2007

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Beaucoup trop maigre	30	4,3	13	1,6	43	2,9
Un peu trop maigre	166	23,9	43	5,3	209	13,9
A peu près du bon poids	300	43,2	330	40,5	630	41,8
Un peu trop gros	145	20,9	296	36,4	441	29,2
Beaucoup trop gros	13	1,9	101	12,4	114	7,6
Ne sait pas	40	5,8	31	3,8	71	4,7
Total	694	100,0	814	100,0	1 508	100,0

NR : 3,2 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
ORS LR – Conseil Régional LR 2007

On observe que le jugement qu'ont les jeunes de leur corpulence diffère en fonction du genre, en effet :

- les filles se jugent un peu trop grosses plus souvent que les garçons (36,4 % vs 20,9 %) et cela est très significatif ($p < 0,0001$) voire trop grosses par rapport aux garçons et ce de manière très significative.

4. 16. 2. Comportements alimentaires perturbés

Tableau 105. Comportements alimentaires

	Garçons		Filles		Total		P (différence fille/garçon)
	N	%	N	%	N	%	
Manger énormément avec de la peine à vous arrêter							
Jamais	547	65,7	447	50,9	994	58,1	<0,001
Rarement	147	17,6	209	23,8	356	20,8	
Assez souvent	79	9,4	121	13,8	200	11,6	
Très souvent	17	2,0	74	8,4	91	5,3	
Total	833	100,0	879	100,0	1712	100,0	
Vous faire vomir volontairement							
Jamais	748	90,2	763	86,8	1511	88,5	<0,01
Rarement	38	4,6	54	6,1	92	5,4	
Assez souvent	8	0,9	12	1,4	20	1,2	
Très souvent	2	0,2	16	1,8	18	1,0	
Total	829	100,0	879	100,0	1722	100,0	
Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter							
Jamais	738	88,5	679	77,6	1417	82,9	<0,001
Rarement	38	4,5	76	8,7	114	6,7	
Assez souvent	18	2,2	61	7,0	79	4,6	
Très souvent	9	1,1	32	3,7	41	2,4	
Total	833	100,0	875	100,0	1708	100,0	
Manger en cachette							
Jamais	688	82,5	680	77,6	1368	79,9	(0,05)
Rarement	64	7,6	80	9,2	144	8,5	
Assez souvent	28	3,3	49	5,6	77	4,5	
Très souvent	25	3,0	39	4,4	64	3,7	
Total	834	100,0	876	100,0	1711	100,0	
N'avoir aucune envie de manger							
Jamais	377	45,4	264	29,8	641	37,4	<0,001
Rarement	251	30,2	263	29,7	514	29,9	
Assez souvent	137	16,5	224	25,4	361	21,0	
Très souvent	41	5,0	110	12,4	151	8,8	
Total	830	100,0	885	100,0	1715	100,0	
Manquer d'appétit							
Jamais	376	45,1	288	32,8	664	38,8	<0,001
Rarement	232	27,8	242	27,5	474	27,7	
Assez souvent	144	17,2	219	24,9	363	21,2	
Très souvent	59	7,1	108	12,2	166	9,7	
Total	833	100,0	879	100,0	1713	100,0	
De ne pouvoir manger à sa faim							
Jamais	522	63,2	562	64,3	1085	63,8	NS
Rarement	159	19,2	146	16,7	305	17,9	
Assez souvent	71	8,6	83	9,5	154	9,1	
Très souvent	46	7,6	56	6,4	103	6,0	
Total	827	100,0	874	100,0	1700	100,0	

	Garçons		Filles		Total		P (différence fille/garçon)
	N	%	N	%	N	%	
De demander de l'aide pour obtenir de quoi manger							NS
Jamais	618	74,9	647	73,7	1265	74,3	
Rarement	104	12,5	102	11,6	206	12,1	
Assez souvent	52	6,3	68	7,7	120	7,0	
Très souvent	20	2,4	29	3,3	49	2,9	
Total	826	100,0	878	100,0	1704	100,0	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On remarque que tous les comportements alimentaires distinguent les filles des garçons, sauf les deux dernières occurrences qui traduisent la précarité : à savoir « avoir connu la faim au cours des 12 derniers mois » et une situation de recours à l'aide alimentaire, situations partagées par les jeunes sans distinction de genre et dans des fréquences importantes : respectivement par un tiers et un cinquième des jeunes enquêtés. Ces proportions sont les mêmes qu'en 2007.

4. 17. Addictions

Au moment de l'enquête, 53,5 % des jeunes suivis par les missions locales déclarent fumer. A noter que ce pourcentage est quasiment identique à celui de 2007 (54,7 %).

Ce qui a globalement évolué entre 2007 et 2012 au sein du public en MLI, c'est la part des gros fumeurs (11 cigarettes par jour et plus) qui a diminué de manière significative ($p < 0,001$).

Les différences de genre ne sont pas significatives en 2012. L'analyse des différences entre filles entre 2007 et 2012 ne montre aucune évolution statistiquement significative.

A *contrario*, les différences entre garçons entre 2007 et 2012 sont statistiquement significatives dans le sens d'une diminution de la consommation de tabac chez les garçons.

4. 17. 1. Consommation actuelle de tabac

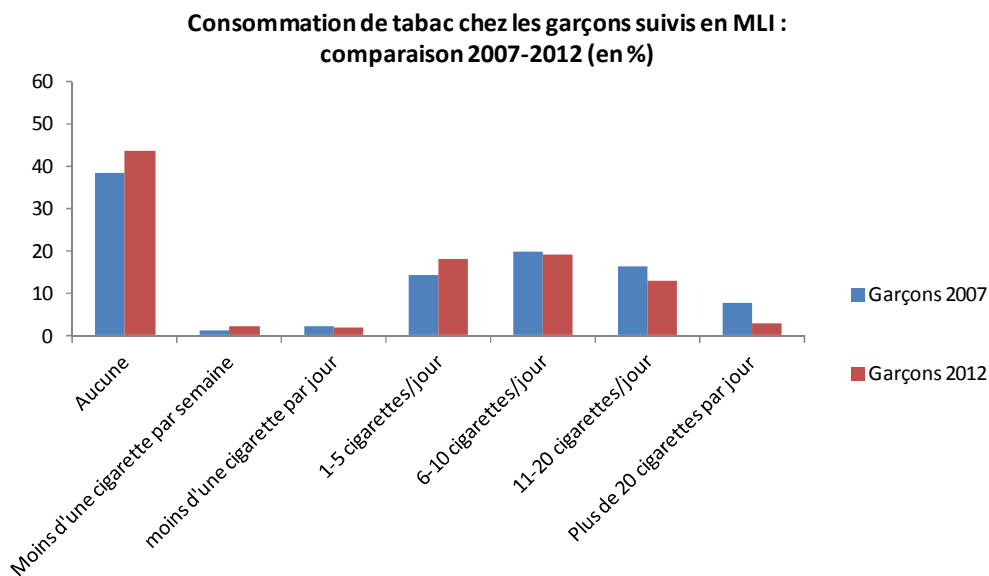
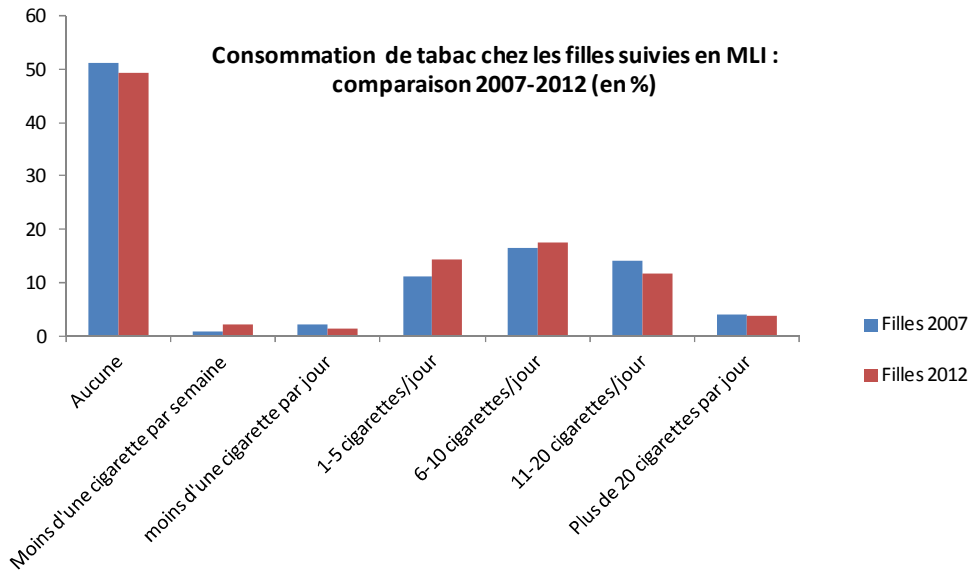
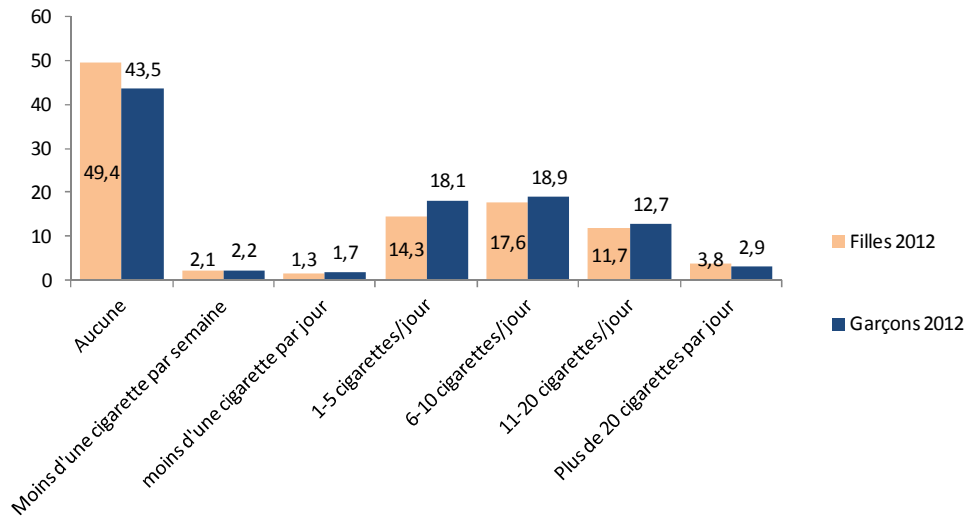
Tableau 106. Consommation actuelle de tabac : comparaison filles/garçons

2012	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	370	43,5	442	49,4	812	46,5
Moins d'une cigarette/semaine	19	2,2	18	2,1	37	2,1
Moins d'une cigarette/jour	14	1,7	11	1,3	25	1,4
1-5 cigarettes/jour	154	18,1	128	14,3	282	16,2
6-10 cigarettes/jour	161	18,9	157	17,6	318	18,2
11-20 cigarettes/jour	109	12,7	105	11,7	214	12,3
Plus de 20 cigarettes/jour	24	2,9	34	3,8	58	3,3
Total	851	100,0	895	100,0	1 746	100,0

NR : 2,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Graphique 5. Consommation de tabac



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 17. 2. Volonté de sevrage tabagique

Tableau 107. Sevrage tabagique

	Filles		Garçons		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non, je ne souhaite pas arrêter de fumer	89	20,0	92	19,6	181	19,8
Oui, mais pas maintenant	240	54,0	255	54,2	495	54,1
Oui, maintenant	116	26,0	123	26,2	239	26,1
Total	445	100,0	470	100,0	915	100,0

NR : 2,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi les fumeurs, un quart souhaite cesser de fumer immédiatement, plus de la moitié souhaite arrêter mais plus tard et enfin deux jeunes sur dix ne souhaitent pas du tout arrêter de fumer.

Au niveau de la volonté de sevrage tabagique, il n'y a pas de différence entre garçons et filles.

4. 17. 3. Alcoolisation

Tableau 108. Fréquence d'alcoolisation excessive (5 verres et plus) au cours des 30 derniers jours

2012	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucune fois	421	49,8	559	63,1	980	56,6
1 fois	146	17,3	101	11,4	247	14,3
2 fois	79	9,3	113	12,8	192	11,1
3-5 fois	106	12,5	73	8,2	179	10,3
6-9 fois	44	5,2	17	1,9	61	3,5
10 fois ou plus	49	5,8	23	2,6	72	4,2
Total	845	100,0	886	100,0	1731	100,0

NR : 3,0 %

P=0,0001

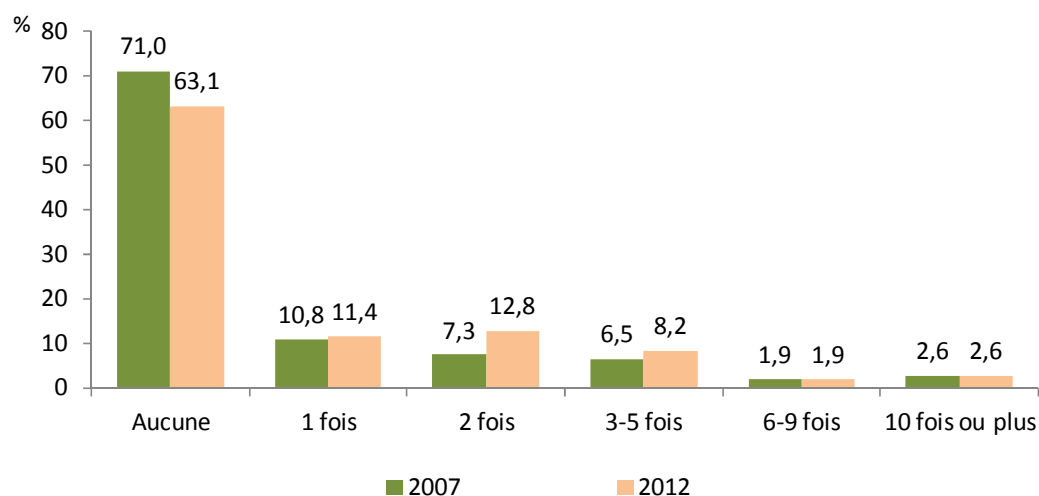
Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les différences de genre sont très significatives en 2012 comme elles l'étaient en 2007 ($p=0,0001$).

La fréquence d'alcoolisation est en augmentation chez les filles. Par exemple, les excès répétés 2 fois sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons, avec un différentiel de 3,5 points.

Chez les garçons, on observe une augmentation de ceux déclarant ne pas avoir fait d'excès au cours du mois (+ 2 points par rapport à 2007). Les différences observées globalement et par sexe entre 2007 et 2012 sont significatives ($p<0,001$).

Graphique 6. Fréquence d'alcoolisation chez les filles suivies en MLI : comparaison 2007-2012 (en %)

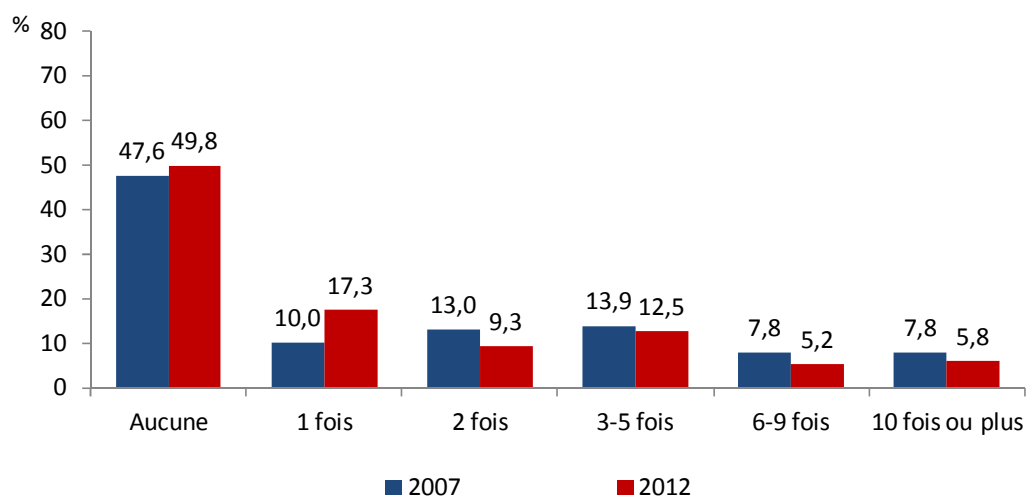


Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Si l'on compare les pourcentages de 2007 à ceux de 2012, il est à noter :

- le pourcentage en baisse par rapport à 2007 des filles déclarant ne pas boire d'alcool en excès sur la période des trente derniers jours : 71,0 % contre 63,1 % aujourd'hui, soit une baisse de près de 8 points ;
- des pourcentages en hausse sur les excès répétés, avec + 5,5 points pour les filles déclarant avoir consommé plus de 5 verres d'alcool deux fois dans le mois.

Graphique 7. Fréquence d'alcoolisation chez les garçons suivis en MLI : comparaison 2007-2012 (en %)



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans ce dernier graphique, on constate :

- une augmentation de garçons n'ayant pas consommé d'alcool excessivement au cours du dernier mois ;
- et dans le même temps, une augmentation de plus de 7 points des garçons qui ont bu avec excès au moins une fois dans le mois ;
- une tendance à la diminution des excès répétés au-delà d'une fois par mois.

En conséquence, l'augmentation globale de la consommation d'alcool en excès entre 2007 et 2012 (39,8 % des jeunes vs 43,4 %) est essentiellement due à une évolution des comportements d'alcoolisation des filles qui réduisent l'écart avec les comportements d'alcoolisation masculins.

4. 17. 4. Lieu où a été bu de l'alcool (la dernière fois)

Tableau 109. Lieu d'alcoolisation

	2012		% 2007
	N	%	
Ne bois jamais d'alcool	554	32,4	33,1
Chez quelqu'un d'autre	347	20,3	20,3
Chez moi	305	17,8	15,0
Dans une discothèque	186	10,9	10,8
Dans un bar ou un pub	176	10,3	10,5
Dehors (rue, plage, parc, zone ouverte)	58	3,4	6,1
Dans un restaurant	32	1,9	1,7
Lors d'une soirée privée ou d'une fête	25	1,3	-
En rave party	20	1,1	1,1
Sur mon lieu de travail ou d'étude	4	0,3	0,7
Autres	5	0,3	0,6
Total	1 712	100,0	100,0

NR : 4,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les jeunes sont moins nombreux à déclarer ne jamais boire d'alcool qu'en 2007, mais cela n'est pas statistiquement significatif. Ce qui est significatif en 2012, comme en 2007, au sein du groupe de jeunes « sans alcool », ce sont les différences de genre : 36,3 % de filles vs 28,2 % de garçons ; pour mémoire en 2007 : elles étaient 41,7 % vs 23,3 % des garçons.

À l'instar des pourcentages obtenus en 2007, ils indiquent boire avant tout chez quelqu'un d'autre. L'alcoolisation chez soi est plus importante de plus de 2 points qu'en 2007, à la limite de la significativité.

4. 17. 5. Représentations de l'alcoolisation chez les jeunes

Nous avons proposé dans le questionnaire différentes représentations de l'alcool en termes de faits ou de méfaits.

Tableau 110. Représentations vis-à-vis de l'alcool

	Impossible		Possible		Sûr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me sentir calmé(e)	722	51,7	457	32,8	216	15,5	1 394	100,0
Avoir des problèmes avec la police	830	59,0	297	21,1	282	20,0	1408	100,0
Avoir des problèmes de santé	692	49,2	389	27,7	324	23,1	1 406	100,0
Me sentir heureux (se)	571	40,6	471	33,5	365	26,0	1 408	100,0
Oublier mes problèmes	572	40,3	423	29,8	426	29,9	1 420	100,0
Ne pas pouvoir m'arrêter de boire	1 027	73,8	181	13,0	183	13,2	1 391	100,0
Avoir la gueule de bois	438	30,8	398	28,1	581	41,1	1 417	100,0
Me sentir plus ouvert(e) et amical(e)	399	28,5	459	32,8	542	38,7	1 401	100,0
Faire quelque chose que je regretterai ensuite	707	50,5	374	26,7	320	22,8	1 402	100,0
M'amuser beaucoup	337	23,8	429	30,3	649	45,9	1 415	100,0
Me sentir plus sûr(e) de moi	466	33,5	453	32,6	473	34,0	1392	100,0
Me sentir malade	576	40,8	445	31,6	388	27,5	1 409	100,0
Risquer d'avoir un accident	779	54,9	268	18,9	372	26,2	1 419	100,0
Tomber dans le coma	1 000	70,9	196	13,9	215	15,2	1 410	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A la lecture des résultats, on observe :

- Une aggravation dans la persistance du déni lié à la prise d'alcool par rapport aux résultats obtenus en 2007 (réponse « impossible+ presque impossible »)
 - Avoir des problèmes avec la police : 2007 : 51,3 % - 2012 : 59,0 % +7,7 (p<0,001)
 - Avoir des problèmes de santé : 41,5 % - 49,2 % = +7,7 (p<0,001)
 - Avoir la gueule de bois : 29,3 % - 30,8 % : +1,5 (p<0,05)
 - Risque un accident : 47,0 % - 54,9 % = + 7,9 (p<0,001)
 - Tomber dans le coma : 66,6 % - 70,9 % = + 4,3 (p<0,05)
- A contrario, une valorisation de l'alcool et de ses effets positifs comme :
 - Se sentir heureux (40,6 % -40,7 %) (NS)
 - Oublier les problèmes (33,2 % - 29,9 %) (NS)
 - Se sentir plus ouvert, amical (37,0 % -38,7 %) (NS)
 - Se sentir plus sûr de soi (36,6 % - 34,0 %) (p<0,05)
 - S'amuser beaucoup : 50,0 % - 45,9 % (NS)

Tableau 111. Nombre d'états d'ivresse au cours des 30 derniers jours

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 fois	496	59,6	599	67,9	1095	63,9
1-2 fois/mois	176	21,2	187	21,2	364	21,2
3-5 fois/mois	75	9,0	51	5,8	126	7,4
6-9 fois/mois	27	3,2	19	2,2	46	2,7
10 fois et plus	58	7,0	26	2,9	83	4,9
Total	832	100,0	882	100,0	1 714	100,0

NR : 3,9 %

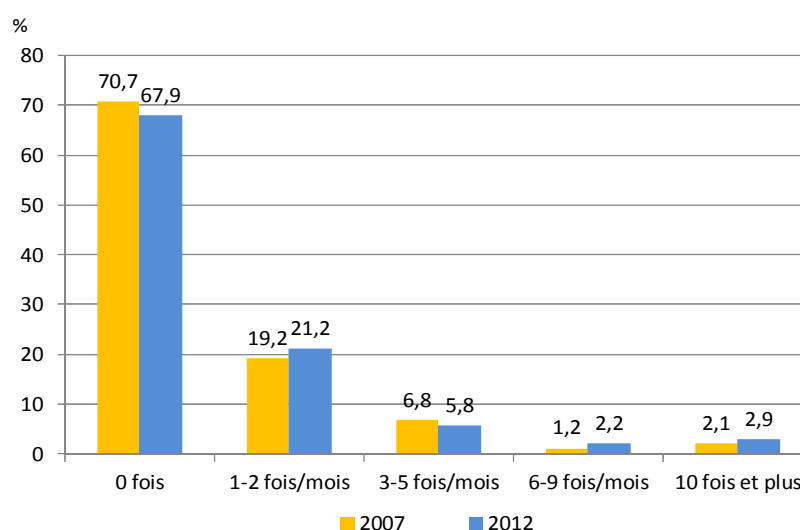
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

En analysant sur la population de jeunes qui déclarent boire de l'alcool le nombre d'ivresses au cours des 30 derniers jours, on peut faire trois observations :

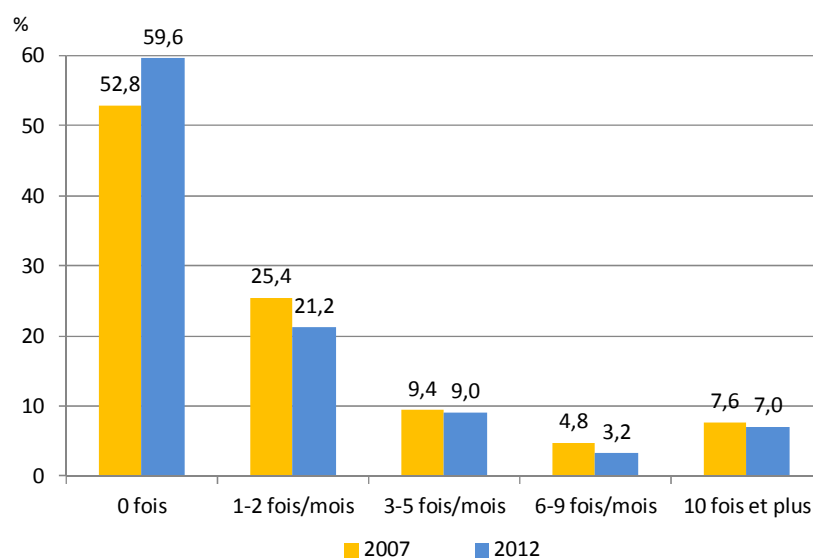
- En 2012, les différences de genre sont significatives ($p < 0,001$) : si près de sept filles sur dix n'ont pas été ivres au cours du mois contre six garçons sur dix, elles sont un cinquième à déclarer 1 ou 2 ivresses comme les garçons. Au-delà, et sur des comportements répétés de 3 ivresses ou plus, il s'agit d'une attitude masculine deux fois plus fréquente (19,2 % d'entre eux vs 10,9 % des filles).
- Entre 2007 et 2012, l'évolution du comportement féminin vers plus d'ivresses déclarées est significative ($p < 0,01$) : elles étaient 70,7 % en 2007 à déclarer n'avoir jamais été ivre au cours du mois ; elles sont 67,9 % en 2012.
- Entre 2007 et 2012, on n'observe pas de différence significative chez les consommateurs masculins d'alcool du point de vue des fréquences d'ivresses déclarées.

Graphique 8. Nombre d'états d'ivresse vécus par les filles suivies par les MLI au cours du mois : comparaison % 2007-2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Graphique 9. Nombre d'états d'ivresse vécus par les garçons suivis par les MLI au cours du mois : comparaison % 2007-2012



Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A la lecture de ces deux histogrammes, on observe :

- Une légère augmentation de la proportion globale de jeunes sans état d'ivresse déclarée au cours des 30 derniers jours ;
- Une tendance à l'augmentation des états d'ivresse chez les filles ;
- Une permanence des états d'ivresse répétés sur une semaine (au-delà de cinq fois par mois) : globalement 7,6 % des jeunes sont concernés tous sexes confondus en 2007 comme en 2012. Une tendance est à noter sur cette frange minoritaire : les filles réduisent l'écart de comportement avec les garçons.

4. 17. 6. Drogues et médicaments : connaissance et initiation

Tableau 112. Drogues et médicaments connus et consommés

	Connais		Valeurs manquantes	L'a essayé		Valeurs manquantes
	N	%	%	N	%	%
Cannabis	1 400	97,1	19,2	745	44,2	5,5
Cocaïne	1 208	85,1	20,4	184	12,2	15,3
Héroïne	1 140	80,4	20,6	63	4,4	19,1
Tranquillisants/somnifères	1095	76,8	20,1	230	16,5	21,8
Ecstasy	1 062	74,8	20,5	135	9,9	23,4
Champignons, Datura	1030	72,7	20,6	135	10,1	25,3
Crack	994	70,1	20,6	52	4,0	27,2
LSD ou acide	993	70,1	20,5	132	10,2	27,3
Amphétamines	967	68,2	20,6	118	9,3	28,8
Produits à sniffer/inhaler	951	67,2	20,7	80	6,4	29,7
Poppers	831	58,6	20,5	170	14,9	36,2
Méthadone, Subutex	701	49,5	20,6	36	3,6	43,5

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A la lecture des résultats et comparativement aux chiffres obtenus en 2007, on observe :

- Le cannabis reste la drogue la plus fréquemment utilisée, mais les jeunes des MLI déclarent moins souvent en consommer (44,2 %, contre 53,5 % en 2007, soit un recul de plus de 9 points).
- A l'instar de l'étude de 2007, le deuxième produit illicite le plus fréquemment cité est la famille des tranquillisants et somnifères, juste avant les poppers.
- Quels que soient la drogue ou le médicament, les jeunes indiquent moins les avoir essayés.

Tableau 113. Drogues et médicaments essayés par les jeunes

	2012		% 2007	2012	
	N	%		% filles	% garçons
Cannabis	745	44,2	53,5	39,6	48,9
Tranquillisants/somnifères	230	16,5	24,8	20,1	12,3
Poppers	170	14,9	21,3	17,3	12,6
Cocaïne	184	12,2	14,4	11,0	13,5
LSD ou acide	132	10,2	11,5	8,5	11,9
Champignons, Datura	135	10,1	13,3	8,9	11,5
Ecstasy	135	9,9	12,5	8,8	11,0
Amphétamines	118	9,3	10,6	8,0	10,6
Produits à sniffer/inhaler	80	6,4	7,7	6,1	6,7
Héroïne	63	4,4	4,9	3,9	4,8
Crack	52	4,0	4,4	4,8	3,2
Méthadone, Subutex	36	3,6	5,6	3,4	3,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

- Une consommation de drogues et de médicaments en diminution par rapport aux pourcentages obtenus en 2007, par exemple concernant le cannabis, on relève une baisse de plus de 9 points (53,5 % - 44,2 %) ($p < 0,001$) et concernant les tranquillisants et somnifères une baisse de plus de 8 points (24,8 % - 16,5 %) ($p < 0,001$) ; la consommation des produits suivants baisse également de manière significative : poppers (-6 points, $p < 0,001$), ecstasy (-2,5 points, $p < 0,05$), champignons (-3 points, $p < 0,05$) ;
- des filles plus consommatrices de tranquillisants, somnifères ($p < 0,001$), de poppers ($p < 0,05$) que les garçons ;
- des garçons toujours très consommateurs de cannabis ($p < 0,001$), puisque cela concerne près d'un jeune sur deux, ainsi que de LSD à la limite de la significativité.

Tableau 114. Lieu de la dernière consommation de drogue

	2012		% 2007
	N	%	
Chez quelqu'un	277	37,1	32,6
Dehors (rue, plage, parc, zone ouverte)	202	26,9	29,9
Chez moi	192	25,7	26,2
En rave party	24	3,2	1,8
Dans un bar ou un pub	16	2,1	-
En discothèque	13	1,8	6,1
Au collège/dans un établissement d'enseignement	12	1,7	1,1
Autres/divers	12	1,7	2,3
Total	749	100,0	100,0

NR : 2,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Lorsqu'ils consomment de la drogue, les 749 jeunes qui se sont exprimés sur cette question, le font majoritairement chez un tiers ; cela concerne près de quatre jeunes sur dix.

Plus d'un quart d'entre eux indiquent en consommer à l'extérieur (rue, plage, parc) et enfin un autre quart le fait chez soi.

Toutefois, aucune différence statistiquement significative sur les lieux de consommation n'est à relever entre 2007 et 2012. Le tableau suivant expose la prévalence d'un usage récent de cannabis (mesuré par une prise au moins au cours des trente derniers jours) sur la population totale des jeunes enquêtés.

Tableau 115. Fréquence de consommation du cannabis au cours du dernier mois

	Filles N	%	Garçons N	%	Total N	%
Aucune fois	625	73,2	547	66,8	1172	70,1
1-2 fois/mois	79	9,3	60	7,3	139	8,3
3-5 fois/mois	29	3,4	32	3,9	61	3,6
6-9 fois/mois	21	2,5	25	3,1	46	2,7
10-29 fois/mois	24	2,8	37	4,5	61	3,6
1 fois/jour	19	2,2	31	3,8	50	3,0
Plusieurs fois/jour	57	6,7	87	10,6	144	8,6
Total	854	51,0	819	49,0	1673	100,0

NR : 6,2 %

P<0,005

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Il ressort que :

- Un tiers des jeunes suivis en MLI déclare un usage récent du cannabis. Les garçons sont plus consommateurs que les filles comme en 2007 ($p<0,01$) ;
- si l'on regarde l'usage régulier (au moins dix fois au cours du mois) : 15,2 % de jeunes sont concernés (18,9 % de garçons et 11,7 % de filles) en 2012 ;
- près d'un jeune sur dix (plutôt un garçon) fume du cannabis plusieurs fois par jour ;
- sur la période 2007/2012 : une tendance à la diminution de l'usage récent du cannabis (en 2007 ils étaient quatre jeunes sur dix concernés) ; cette évolution est aussi favorable pour l'usage régulier (en 2007 : 18,5 %) avec des différences statistiquement significatives ($p<0,001$).

4. 17. 7. Prise de stimulant ou remontant avant un examen ou un entretien

Tableau 116. Consommation de stimulant ou de remontant

	N	%
Non	1 567	96,0
Oui	66	4,0
Total	1 633	100,0

NR : 8,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4 % des jeunes sont dans l'habitude déclarée de prendre un remontant ou un stimulant avant un examen ou un entretien, soit 66 jeunes. Pour ce facteur, comme ceux qui sont liés à la prise de médicaments, aucune évolution significative n'est observée entre les deux années d'étude.

4. 17. 8. Consommation de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères

8 jeunes sur 10 déclarent ne pas consommer de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères.

Tableau 117. Consommation de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères

	N	%	Filles		Garçons	
			N	%	N	%
Jamais	1 352	82,2	641	76,4	710	88,4
Parfois	242	14,7	164	19,6	78	9,7
Souvent	50	3,0	34	4,0	15	1,9
Total	1 644	100,0	839	100,0	803	100,0

NR : 7,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi les 292 jeunes ayant indiqué prendre parfois ou souvent des calmants, antidépresseurs ou somnifères, on observe que :

- 68 % des consommateurs sont des filles (n=198) ; 93 garçons (32 %) ;
- pour 39,6 % (n=111) le médecin les leur avait prescrits pour une durée inférieure à trois semaines ;
- le médecin les leur avait prescrits pendant trois semaines et plus dans 32,6 % des cas ;
- près de trois jeunes sur dix ont consommé ces médicaments sans prescription médicale.

Tableau 118. Prescription de calmants

	N	%	Filles	Garçons
Non	79	27,9	46	33
Oui pour une durée < 3 semaines	112	39,6	83	29
Oui, pendant 3 semaines ou plus	92	32,5	64	28
Total	283	100,0	193	90

NR : 3,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 18. Sexualité et contraception

Tableau 119. Rapports sexuels au cours de votre vie ?

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	88	10,5	156	17,6	245	14,1
Oui	725	85,8	715	80,4	1 442	83,1
Ne se prononce pas	32	3,7	17	2,0	49	2,8
Total	845	100,0	889	100,0	1 736	100,0

NR : 2,7 %

P<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A peu près de manière équivalente, huit garçons et filles sur dix déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours de leur vie. L'écart entre filles et garçons s'est réduit depuis 2007 (6,9 points contre 5,4 points aujourd'hui), mais comme en 2007, les différences de genre sont statistiquement significatives.

Lors du premier rapport sexuel, l'âge moyen, quel que soit le sexe, est de 16 ans [$\pm 2,1$].

A 16 ans, la moitié des jeunes suivis en MLI a eu des rapports sexuels.

La moyenne d'âge au premier rapport est de 16 ans, pour les garçons il est de 15,1 ans, pour les filles de 16,2 ans ($p < 0,001$).

On constate un rajeunissement de l'âge moyen au premier rapport dans la population de MLI entre 2007 et 2012 ($p < 0,001$) : de 16,5 ans ($\pm 2,1$ ans) à 16,1 ans ($\pm 2,1$ ans).

4. 18. 1. Utilisation d'un moyen pour éviter une grossesse lors du premier rapport sexuel

Tableau 120. Moyen utilisé pour éviter une grossesse ?

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	529	78,9	574	81,8	1 104	80,4
Non	142	21,1	127	18,2	269	19,6
Total	671	100,0	701	100,0	1 373	100,0

NR : 4,8 %

NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Lors de leur premier rapport sexuel, huit jeunes sur dix déclarent avoir utilisé un moyen de contraception afin d'éviter une grossesse. Pas plus qu'en 2007, on n'observe de différence statistiquement significative entre garçons et filles.

Tableau 121. Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	574	81,4	551	79,0	1 126	80,3
Non	131	18,6	146	21,0	277	19,7
Total	705	100,0	697	100,0	1 403	100,0

NR : 2,7 %

NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Huit jeunes sur dix ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel et même si les garçons le déclarent plus fréquemment que les filles, cela est moins marqué que lors de la précédente étude puisque l'écart entre les deux est de 2 points contre 6 en 2007 (82,4 % - 76,0 %). En 2012, il n'y a pas de différence significative de genre.

4. 18. 2. Sexualité et prévention au cours des douze derniers mois

Tableau 122. A un(e) partenaire actuellement

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	473	66,3	542	76,5	1016	71,4
Non	200	28,0	149	21,1	349	24,5
Ne se prononce pas	40	5,6	18	2,5	58	4,1
Total	713	100,0	709	100,0	1423	100,0

NR : 1,3 %

P<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Sur les 1 442 jeunes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels, 1 016 sont sexuellement actifs au moment de l'enquête, soit sept jeunes sur dix, Il est à noter que 24,5 % des jeunes n'indiquent aucune relation au cours des douze derniers mois : 21,1 % de filles et 28 % de garçons. Ainsi, à l'instar des résultats obtenus en 2007, les filles déclarent plus souvent avoir un partenaire que les garçons au moment de l'enquête (76,5 % vs 66,3 %, soit un écart de 10 points) (p<0,001). Pour mémoire, les fréquences de 2007 étaient respectivement de 67,6 % et 54,0 %.

Au niveau du nombre de partenaires, 1 290 jeunes acceptent d'indiquer le nombre de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois :

- les garçons répondent en moyenne 3,3 partenaires (plus ou moins 8) ;
- les filles répondent en moyenne 1,7 partenaire (plus ou moins 4), Cette différence de genre est statistiquement significative (p<0,001) et constante dans le temps (pas de différence entre 2007 et 2012) ;
- ces relations étaient dans plus de 9 cas sur 10 des relations hétérosexuelles (94,7 %) ; 3,1 % déclarent avoir eu des relations avec un partenaire du même sexe et 2,2 % des relations bisexuelles.

4. 18. 3. Vaccination et pratique de dépistage

Un jeune sur deux se déclare à jour de sa vaccination contre l'hépatite B (soit 53,2 %, n=874), près de 15 % ne le sont pas et 32,1 % ignorent leur statut vaccinal. La diminution de la couverture vaccinale observée entre 2007 et 2012 est statistiquement significative. A noter que les filles sont plus nombreuses à se déclarer vaccinées contre l'hépatite B que les garçons (55,3 % vs 50,8 %) ($p < 0,001$).

Tableau 123. Pratiques de dépistage au cours des 12 derniers mois

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun test	506	74,1	416	59,9	922	66,9
Hépatite B	7	1,0	22	3,1	28	2,0
VIH	87	12,7	117	16,9	205	14,9
Hépatite B + VIH	84	12,3	140	20,1	223	16,2
Total	683	100,0	694	100,0	1 379	100,0

NR : 4,4 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La pratique de dépistage est un comportement qui différencie les filles des garçons, en effet ces dernières ont pratiqué plus fréquemment le dépistage du VIH ou de l'hépatite B au cours des douze derniers mois.

La survenue d'une maladie transmise par voie sexuelle est plus fréquente chez les filles (3,4 %) que chez les garçons (0,8 %), même si cela concerne une minorité de jeunes qui se sont exprimés sur cette question (n=30)

Tableau 124. Pratique actuelle pour éviter une grossesse

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	407	61,3	474	69,4	882	65,4
Non	165	24,9	159	23,2	324	24,0
Ça dépend des fois	51	7,6	42	6,1	93	6,9
Ne sait pas	41	6,2	8	1,2	49	3,6
Total	664	100,0	683	100,0	1 348	100,0

NR : 6,5 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On observe une différence de 8 points entre les filles et les garçons qui déclarent faire actuellement quelque chose afin d'éviter une grossesse (69,4 % vs 61,3 %). Cette différence était plus marquée en 2007, puisque l'écart était de 10 points (74 % vs 63 %). Dans les deux études, les différences de genre sont statistiquement significatives.

**Tableau 125. Type de moyen utilisé pour éviter une grossesse
(n=950 – Plusieurs réponses possibles)**

Fréquence de citation	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pilule	268	57,4	390	73,3	658	65,8
Préservatif masculin	315	66,9	216	40,6	531	52,9
Retrait avant éjaculation	81	17,3	75	14,1	156	15,6
Eviter les jours à risque	23	4,9	24	4,5	47	4,7
Implant	17	3,6	29	5,5	46	4,6
Contraception urgence	18	3,9	12	2,3	30	3,0
Préservatif féminin	11	2,4	16	3,0	27	2,7
Stérilet	9	1,9	18	3,4	27	2,7
Patch contraceptif	3	0,7	6	1,1	9	0,9
Anneau vaginal	1	0,2	7	1,3	8	0,8
Crème, ovule, éponge	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diaphragme	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cape cervicale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres	0	0,0	2	0,4	2	0,2

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

Dans ce tableau, on relève que :

- la pilule reste le moyen le plus plébiscité afin d'éviter une grossesse, il est cité par les jeunes dans plus de six cas sur dix et par sept filles sur dix ;
- le préservatif constitue la deuxième occurrence, utilisé par six garçons sur dix ;
- le retrait avant éjaculation est utilisé par un jeune sur sept (davantage cité par les garçons que par les filles) ;
- les autres moyens de contraception sont cités de manière anecdotique par les jeunes.

Au niveau des pratiques de contraception, la pilule contraceptive reste pour les filles le moyen privilégié d'éviter une grossesse et le préservatif celui des garçons ($p < 0,001$),

Voici la raison invoquée par les jeunes qui ne font rien pour éviter une grossesse.

**Tableau 126. Raisons pour lesquelles rien n'est fait pour éviter une grossesse
(n=290 – Plusieurs réponses possibles)**

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pas de rapports sexuels en ce moment	99	68,3	69	46,9	168	57,6
Vous/votre partenaire souhaitez avoir un enfant	11	7,6	33	22,8	44	15,0
Rapports sexuels uniques avec personne de même sexe	9	6,2	15	10,3	24	8,3
C'est quelque chose qui ne vous préoccupe pas vraiment	7	4,1	10	6,9	17	5,5
Je suis enceinte	0	0,0	10	6,9	10	4,1
Ne sait pas	5	3,4	3	2,1	8	2,8
Autres	2	1,4	5	3,4	7	2,4
Vous évitez les rapports sexuels les jours à risque de grossesse	6	4,1	2	0,7	8	2,4
Ma partenaire est enceinte	5	3,4	0	0,0	5	1,7

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Ce traitement porte sur les 290 jeunes déclarant ne rien faire pour éviter une grossesse. On observe que ces derniers :

- se répartissent également : il y a autant de filles que de garçons qui indiquent ne rien faire pour éviter une grossesse ;
- ne font rien car ils n'ont pas de rapports sexuels en ce moment : cela concerne près d'un jeune sur six (un jeune sur quatre en 2007) ;
- 15 % déclarent souhaiter un enfant, contre 23 % en 2007 ;
- 8 % indiquent n'avoir que des relations homosexuelles (9,8 % en 2007) ;
- dix jeunes femmes sont enceintes au moment de l'enquête (14 en 2007).

Tableau 127. Précaution adoptée pour éviter une IST ?

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	272	41,4	339	50,5	611	46,0
Oui	256	39,0	264	39,3	521	39,2
Ne sait pas	87	13,3	38	5,7	126	9,5
Ça dépend des fois	41	6,3	31	4,6	72	5,4
Total	657	100,0	672	100,0	1 329	100,0

NR : 7,8 %
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A l'instar des résultats obtenus en 2007, près d'un jeune sur 2 déclare ne rien faire pour se protéger des infections sexuellement transmissibles (IST). Les filles sont plus nombreuses à indiquer ne pas prendre de précaution systématique afin de les éviter.

Tableau 128. Raisons invoquées pour ceux qui indiquent ne rien faire pour éviter une IST

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pas de rapports sexuels actuellement	111	47,6	93	30,5	204	37,9
Quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	60	25,5	63	20,5	122	22,7
Ne sait pas	25	10,5	58	18,9	82	15,3
Test MST	11	4,5	36	11,9	47	8,7
En couple	5	2,2	19	6,2	24	4,5
Autres sans précision	5	2,2	16	5,2	21	4,0
Fidélité	8	3,4	10	3,3	18	3,3
J'ai confiance	5	2,2	6	1,8	11	2,0
Divers	4	1,8	5	1,5	9	1,6
Total	234	100,0	305	100,0	539	100,0

NR : 11,8 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi les 611 jeunes ayant déclaré ne rien faire pour éviter une infection sexuellement transmissible, 539 ont donné une explication à ce comportement :

- près d'un jeune sur quatre n'a pas de relations sexuelles actuellement ;
- deux jeunes sur dix se déclarent peu préoccupés par ce risque ;
- 15,3 % ne savent pas répondre à cette question.

Tableau 129. A propos de la contraception d'urgence

Contraception d'urgence ?	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	315	49,9	359	53,0	674	51,6
Oui, une fois	150	23,8	206	30,5	356	27,2
Oui, plusieurs fois	60	9,6	101	15,0	162	12,4
Ne sait pas	105	16,7	10	1,5	115	8,8
Total	630	100,0	676	100,0	1 307	100,0

NR : 9,4 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans ce tableau, on peut observer que :

- un jeune sur deux n'a jamais pris la contraception d'urgence ;
- quatre jeunes sur dix l'ont déjà prise ;
- les garçons sont 11 fois plus nombreux que les filles à ne pas savoir.

On observe une légère augmentation entre 2007 et 2012 de la fréquence de recours à la contraception d'urgence (+1 point), différence statistiquement significative.

Tableau 130. Circonstance de prise de la contraception d'urgence

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Un rapport sans protection	110	47,4	123	38,4	234	42,2
Une rupture de préservatif	59	25,5	96	29,7	155	28,0
Un oubli de pilule	48	20,7	88	27,3	136	24,6
Une erreur dans les dates	6	2,4	1	0,5	7	1,3
Le partenaire s'est retiré trop tard	5	2,3	4	1,2	9	1,7
Pour une autre raison	4	1,5	9	2,9	13	2,3
Total	233	100,0	321	100,0	554	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les circonstances de la prise de la contraception d'urgence sont liées à un rapport sexuel sans protection pour quatre jeunes sur dix.

La rupture de préservatif concerne près de trois jeunes sur dix ; les filles l'évoquent d'ailleurs plus souvent que les garçons (29,7 % vs 25,5 %). Dans un quart des cas, les jeunes évoquent un oubli de pilule et là encore les filles sont plus nombreuses à le citer (27,3 % vs 20,7 %).

En conséquence, lorsque les filles indiquent les circonstances qui les ont conduites à utiliser la contraception d'urgence, c'est en lien avec une rupture de préservatif ou un oubli de pilule. A l'instar des résultats de 2007, l'absence de protection est un aveu plutôt masculin dans près de la moitié des cas (47,4 % vs 38,4 %).

On observe une permanence de ces motifs sur la période 2007/2012.

Tableau 131. Connaissance du délai de prise de la contraception d'urgence après un rapport non protégé

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	402	55,5	638	80,0	1 040	68,3
Non	164	22,6	74	9,3	238	15,6
Ne sait pas	158	21,9	86	10,7	245	16,1
Total	724	100,0	798	100,0	1 522	100,0

NR : 14,7 %
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les filles sont plus nombreuses à déclarer connaître le délai pour la prise de la contraception d'urgence après un rapport non protégé : cela représente 8 filles sur 10 (80 %) contre un garçon sur 2 (55,5 %).

Toutefois, à regarder de plus près le niveau de connaissance, on note que la maîtrise de l'information n'est pas acquise (contraception d'urgence globalement efficace dans les 72 heures maximum après un rapport à risque et pour une molécule particulière –qui

n'existait pas en 2007– jusqu'à 5 jours dans certaine circonstance de prise en charge). Toutefois l'évolution du niveau de connaissance 2007/2012 est significative.

Tableau 132. Délai de prise de la contraception d'urgence

	2012		2007	
	N	%	N	%
Moins de 24 heures	514	49,8	576	57,5
Moins de 48 heures	286	27,7	267	26,7
Moins de 72 heures	224	21,7	157	15,7
Moins de 120 heures	8	0,8	-	-
Ne sait pas	0	0,0	1	0,1
Total	1 032	100,0	1 001	100,0

NR 2012 : 0,8 % - NR 2007 : 0,0 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 133. Temps déclaré de prise de la contraception d'urgence après un rapport non protégé selon le sexe

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 24 heures	228	57,2	286	45,2	514	49,8
Moins de 48 heures	112	28,0	174	27,5	286	27,7
Moins de 72 heures	53	13,2	171	27,1	224	21,7
Moins de 120 heures	7	1,7	2	0,3	8	0,8
Total	400	100,0	632	100,0	1 032	100,0

NR : 0,8 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Au-delà de la déclaration de connaissance, seule une fille sur trois connaît le délai de 72 heures durant lesquelles la contraception peut être prise efficacement après un rapport sexuel à risque. Il est tout de même à noter qu'elles sont plus nombreuses aujourd'hui à connaître le délai, puisqu'on observe une augmentation de plus de 7 points (27,1 % vs 19,5 %). Près de la moitié pense que ce délai est de 24 heures seulement.

Un garçon sur dix seulement connaît ce délai de 72 heures, ce pourcentage a néanmoins augmenté de 4 points depuis l'étude précédente (13,2 % vs 9,2 %).

Tableau 134. Connaissance de la possibilité d'acheter la contraception d'urgence sans ordonnance

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Il faut une ordonnance	582	74,1	742	88,0	1 325	81,3
Ne sait pas	175	22,3	83	9,8	258	15,8
Non pas forcément	29	3,6	18	2,2	47	2,9
Total	786	100,0	843	100,0	1 629	100,0

NR : 8,7 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Huit jeunes sur dix ignorent que la contraception d'urgence peut être délivrée sans ordonnance et la différence entre filles et garçons réside dans la proportion d'incertains (22,3 % des garçons contre 9,8 % des filles). A noter que la proportion de jeunes incertains par rapport à cette question a augmenté de plus de 6 points depuis 2007 (15,8 % vs 9,4 %).

Tableau 135. Connaissance de la gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	443	57,3	652	78,3	1095	68,2
Non	330	42,7	181	21,7	511	31,8
Total	773	100,0	833	100,0	1606	100,0

NR : 10,0 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La connaissance sur le principe de gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures est acquise par près de huit filles sur dix, à la différence des garçons qui l'ignorent encore pour 42,5 % d'entre eux (p<0,001). Depuis 2007, c'est pour les filles que le niveau de connaissance a augmenté de manière significative, la proportion de jeunes filles informées passant de 64,8 % à 78,3 % (p<0,001).

Parmi les jeunes suivis en missions locales, 13,7 % des garçons et 24,5 % des filles nous font part avoir eu (ou leur partenaire), au moins une grossesse involontaire au cours de leur vie. Les différences de genre sont significatives en 2012 comme elles l'étaient déjà en 2007.

La déclaration de ces grossesses involontaires diminue significativement entre 2007 et 2012 parmi les garçons (- 1,1 point) alors qu'elle augmente chez les filles (+4,3 points) (p<0,001 pour l'évolution des deux sexes).

Tableau 136. Circonstances de la dernière grossesse involontaire

	Garçons		Filles	
	N	%	N	%
D'un rapport sans protection	51	56,7	61	33,5
D'un oubli de pilule	24	26,7	62	34,1
D'une rupture de préservatif	11	12,2	26	14,3
Retrait tardif du partenaire	1	1,1	3	1,6
Erreur de dates	1	1,1	6	3,3
Un problème avec stérilet	0	0,0	2	1,1
Autre raison	2	2,2	22	12,1
Total	90	100,0	182	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L'évolution statistiquement significative du recours à l'IVG sur la période 2007/2012 pour les jeunes en mission locale est complexe à commenter : d'une part, on constate une moindre déclaration d'IVG sur 2012 (+ 2,6 points de « Aucune IVG » en 2012) ; et on constate une plus grande facilité à déclarer une IVG voire plusieurs (18,6 % en tout) qu'en 2007 où 15,6 % déclaraient une IVG ou plus. Cette année-là, 7,9 % refusaient de se prononcer ; ils sont 2,3 % en 2012.

Tableau 137. Pratique d'une IVG au cours de la vie

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	959	79,1	962	76,5
Oui, une fois	161	13,3	196	15,6
Oui, plusieurs fois	64	5,3	-	nd
Ne se prononce pas	28	2,3	99	7,9
Total	1 212	100,0	1 257	100,0

NR 2012 : 32,1 % - NR 2007 : 19,3 %
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Au moment de cette IVG, et lors de l'enquête 2012 (cette question n'était pas posée en 2007). On apprend que 62,9 % des jeunes répondants concernés par une IVG (pour eux-mêmes ou leur partenaire) utilisaient à ce moment là un moyen de contraception (pas de différence significative de genre).

Enfin, une question sur la connaissance des centres de planification familiale concluait en 2012 la partie de l'enquête consacrée à la contraception et la vie affective : 53,9 % des garçons et 85,3 % des filles répondent positivement (la différence de genre est significative) ; 24,3 % ne répondent pas.

4. 19. La violence

Tableau 138. Victime de violence physique

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	473	57,2	591	67,1	1 065	62,2
Oui, une fois	182	21,9	159	18,0	340	19,9
Oui, deux fois	52	6,3	38	4,3	90	5,3
Oui, trois fois et plus	121	14,6	94	10,6	216	12,6
Total	828	100,0	882	100,0	1 711	100,0

NR : 4,1 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

37,8 % des jeunes suivis par les MLI indiquent avoir été victimes de violence physique unique ou répétée au cours de leur vie ; cela représente 646 jeunes. Cette proportion a diminué sur la période (p<0,05).

42,9 % des garçons déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement par quelqu'un contre 33 % des filles. Cette différence de genre est très significative (p=0,0001).

Tableau 139. Violences subies au cours des 12 derniers mois

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	207	68,8	175	69,7	382	69,2
Oui	94	31,2	76	30,3	170	30,8
Total	301	100,0	251	100,0	552	100,0

NR : 14,6 %

NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les 646 jeunes qui se sont déclarés victimes ne précisent pas tous si cette violence est récente (l'année écoulée). Sur les 552 répondants, un tiers environ a subi cette violence au cours des 12 derniers mois. Il n'y a pas de différence de genre sur la violence récemment subie.

Tableau 140. Fréquence de violences physiques causées à quelqu'un, seul ou en groupe

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	453	55,2	695	79,9	1 149	67,9
Oui, une fois	164	19,9	108	12,5	272	16,1
Oui, deux fois	54	6,6	21	2,4	75	4,5
Oui, trois fois ou plus	150	18,3	46	5,3	197	11,6
Total	821	100,0	871	100,0	1 693	100,0

NR : 5,1 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR CREAI-ORS LR –
Conseil Régional LR 2012

Plus de la moitié des garçons ont causé des violences physiques à quelqu'un, que ce soit seuls ou en groupe, contre deux filles sur dix. Cette différence de genre est significative ($p < 0,0001$). On remarque que la violence causée ne diminue pas sur la période 2007/2012.

Tableau 141. Violences causées au cours des 12 derniers mois

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	198	65,6	107	77,5	305	69,3
Oui	104	34,4	31	22,5	135	30,7
Total	302	100,0	138	100,0	440	100,0

NR : 19,1 %

$P < 0,05$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Cette différence de genre du point de vue des auteurs de violence récente est très significative ($p < 0,05$).

Tableau 142. Rapports sexuels forcés subis au cours de la vie

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	787	97,3	731	86,4	1 518	91,7
Oui	22	2,7	115	13,6	137	8,3
Total	809	100,0	846	100,0	1 655	100,0

NR : 7,2 %

$P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les différences de genre demeurent significatives sur les rapports sexuels forcés comme en 2007 : les filles ont été plus souvent victimes de rapports sexuels forcés que les garçons : 13,6 % vs 2,7 % des garçons. Il n'existe pas d'évolution significative sur la période.

Sur les 22 victimes déclarées parmi les garçons, 10 ont parlé à quelqu'un (45,5 %) ; c'est le cas de 66 filles parmi les 113 victimes qui répondent à la question (58,4 %). On n'observe pas d'évolution sur la période 2007/2012 sur cette question.

Les victimes qui portent plainte sont une minorité : 5 garçons et 29 filles soit respectivement 23,8 % et 26,9 % des victimes garçons et filles répondants. Là encore, les choses n'ont pas évolué sur la période : seulement une victime sur quatre environ dépose une plainte suite à un rapport sexuel forcé.

Tableau 143. Plainte déposée suite à un rapport sexuel forcé subi au cours de la vie

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	13	61,9	72	66,7	85	65,9
Oui	5	23,8	29	26,9	34	26,4
Ne se prononce pas	3	14,3	7	6,5	10	7,8
Total	21	100,0	108	100,0	129	100,0

NR : 4,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La dernière question dans ce chapitre sur la violence a trait à la prostitution : la formulation entre 2007 et 2012 a évolué afin de lever les biais de compréhension :

« **Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent ?** » était la formulation proposée en 2007, enquête au cours de laquelle on suppose que certains jeunes ont relaté leur recours à des services sexuels de prostituées plus qu'à leur propre pratique de prostitution.

En 2012, la question devient : « **Avez-vous déjà consenti à des relations sexuelles en échange d'une somme d'argent ?** »

Avec 4,5 % de réponses affirmatives chez les garçons et 1,6 % chez les filles, le doute persiste sur la compréhension de cette question sur la prostitution des jeunes.

Tableau 144. Relations sexuelles en échange d'argent

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non	655	95,5	744	98,4	1399	97,0
Oui	31	4,5	12	1,6	43	3,0
Total	686	100,0	756	100,0	1442	100,0

NR : 19,2 %

P < 0,005

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

4. 20. Accidents

354 jeunes de l'échantillon déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois (22,7 % des répondants). Le nombre déclaré va de 1 accident à 10 accidents au cours de la période.

Le tableau ci-dessous présente la fréquence des accidents en fonction du sexe, Les différences sont significatives, les garçons étant plus fréquemment victimes d'accidents que les filles ; ceci est particulièrement vrai pour les répétitions d'accidents.

Tableau 145. Nombre d'accidents au cours de l'année

Au cours des 12 derniers mois	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 accident	560	73,8	644	80,6	1 204	77,3
1 accident	130	17,1	124	15,5	254	16,3
2 accidents et plus	69	9,1	31	3,9	100	6,4
Total	759	100,0	799	100,0	1 558	100,0

NR : 12,7 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le type d'accident le plus récent est détaillé dans le tableau suivant. Les « autres » accidents rapportés en question ouverte étaient cinq cas d'agression, trois cas d'accident « dans la rue » et un cas de violence conjugale.

**Tableau 146. Parmi les accidents, type d'accident le plus récent
(n=351 – Plusieurs réponses possibles)**

	N	%
Voiture	160	45,6
Moto /scooter	99	28,1
Sport ou loisir	54	15,4
Domestique	41	11,7
Travail / atelier	37	10,5
VTT / vélo	30	8,5
Roller / Skate	4	1,1
Autres accidents	13	3,7

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Si on s'intéresse au dernier accident dont ont été victimes les jeunes (n=341), il s'agit d'un accident de la circulation dans plus de la moitié des cas (61,0 %), puis d'un accident de travail (14,1 %) et d'un accident domestique (12,6 %). L'accident de sport concerne 12,3 % des accidents les plus récents. Les accidents de 2 roues motorisées, de voiture et d'atelier (travail) sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles (p<0,05).

Cet accident a été sans conséquence dans 42,5 % des cas documentés (n=144).

Dans 33,6 % des cas, il a nécessité un passage par un service d'urgence ; 16,2 % des cas, une visite chez le médecin, et dans 7,7 % une hospitalisation d'une nuit au moins.

80 jeunes accidentés ont dû arrêter momentanément leur travail, leur formation ou leur stage à la suite de cet accident (25,7 % des répondants). Cet arrêt consécutif à l'accident a pu se prolonger jusqu'à 6 mois. La moitié des jeunes accidentés n'a pas été en arrêt maladie plus de 8 jours et l'arrêt moyen est de 22,7 jours (±1 35 jours).

4. 21. Analyse spécifique : les jeunes en mission locale et le score individuel de fragilité sociale

Près d'un jeune suivi en mission locale sur sept est précaire (67,2 %) selon le seuil de précarité établi par les auteurs du score Epices, soit 1 007 des jeunes enquêtés sur 1 499 répondants aux 11 questions qui composent le score.

Notons que 287 jeunes soit 16,1 % des enquêtés ne répondent pas à au moins une des 11 questions, s'excluant de fait, du calcul du score individuel de fragilité sociale mais aussi de la lecture comparée entre jeunes retenus comme précaires ou non précaires selon Epices.

QUI SONT-ILS ?

On n'observe pas de différence de genre ou de moyenne d'âge entre les jeunes précaires et les autres. En revanche, les jeunes retenus précaires ont quitté l'école plus tôt que les non précaires : en moyenne à 18,2 ans ($\pm 1,9$ ans) contre 18,9 ans ($\pm 2,0$ ans). Les jeunes précaires sont moins nombreux à être satisfaits de leur stage ou formation au moment de l'enquête (44,7 % vs 66,8 % parmi les jeunes non précaires) ($p < 0,001$). La proportion de jeunes sans qualification est aussi plus importante parmi les précaires : 31,9 % vs 24,5 %.

QUELLE EST LEUR SITUATION SOCIALE ?

Les jeunes retenus comme précaires sont proportionnellement plus nombreux que les autres à disposer de très bas revenus (moins de 250 euros/mois) : 53,9 % (543/1007) 58,3 % sont dans ce cas contre 41,7 % des jeunes non précaires, 36,2 % indiquent aucun revenu (365/1007).

En matière de logement, on observe des différences significatives entre les jeunes précaires et les autres : les premiers vivent moins souvent chez leurs parents (52,9 % vs 63,9 %) et ils sont plus souvent hébergés gratuitement chez des amis (9,3 % vs 2,9 %).

Lorsqu'on cherche à savoir s'ils ont dû changer de logement depuis les 12 derniers mois, la réponse discrimine aussi les jeunes précaires des autres : 60 % répondent affirmativement contre 40 % des non précaires ($p < 0,001$).

MILIEU ET LIENS SOCIAUX ?

Lorsqu'on compare les deux groupes en observant ceux qui voient leurs parents tous les jours, ou très souvent (au moins une fois par semaine) et ceux qui ne les voient pas, on relève une différence significative entre les jeunes précaires et les autres : les premiers ont en plus grande proportion moins de contacts quotidiens avec leurs parents (49,8 % vs 58,9 %) et sont ceux dont les contacts sont rares voire inexistantes (23,9 % vs 12,2 %).

Les jeunes précaires ont un père dont la situation professionnelle est plutôt défavorisée : inactif (6,0 % vs 4,8 %), retraité (15,2 % vs 9,3 %) ou encore invalide (7,3 % vs 5,5 %). Ceci est

également le cas pour la situation professionnelle de la mère, qui est plus souvent inscrite à Pôle emploi (19,1 % vs 11,8 %), inactive (22,7 % vs 15,7 %) et invalide (7,6 % vs 2,8 %).

Au niveau de la profession des parents, plus d'un jeune précaire sur deux a un père employé (53,6 % vs 47,4 %) ou bien ouvrier (16,9 % vs 10,5 %).

QUID DE LEURS ACCÈS AUX SOINS ?

Au cours des 6 derniers mois, les jeunes précaires sont un moins nombreux que les autres à avoir consulté pour leur santé : 84,7 % vs 92,0 % ($p < 0,05$), sans que l'on note de différence significative sur le recours à tel ou tel spécialiste. En revanche, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà renoncé à consulter un professionnel de santé, les jeunes précaires sont plus souvent dans ce cas que les autres jeunes : 41,2 % vs 22,7 % avec $p = 0,001$. La raison financière est invoquée plus fréquemment pour expliquer le renoncement (84,3 % vs 64,5 %) ($p = 0,01$). Cela est arrivé au cours des douze derniers mois dans 81,7 % chez les jeunes précaires contre 66,3 % chez les non précaires ($p < 0,001$).

Santé perçue

Les différences de moyennes obtenues aux principales dimensions du profil de Duke (profil de santé coté de 0 à 100 : 100 étant une qualité de vie excellente en lien avec la santé), selon que les jeunes sont précaires ou non, sont toutes statistiquement significatives au détriment des jeunes considérés comme précaires et ce, quelle que soit la composante de l'échelle de Duke, sur la période 2007-2012.

Tableau 147. Score de Duke chez les jeunes en insertion selon le niveau de précarité

Dimensions	Jeunes non précaires			Jeunes précaires			p
	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart-type	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart-type	
Santé physique n=1427 n=565 (n2007=983)	72,2	69,9	24,7	60,4	61,2	26,6	<0,0001
Santé mentale n=1418 (n2007=1242)	63,9	67,7	24,6	55,2	56,4	25,5	<0,0001
Santé sociale n=1324 (n2007=1087)	74,2	73,7	19,0	63,3	61,7	22,8	<0,0001
Santé générale n=1275 (n2007=1044)	69,7	70,5	16,8	59,4	59,9	19,5	<0,0001
Santé perçue n=1408 (n2007=1245)	62,4	63,7	38,6	60,9	57,7	38,1	<0,0001
Estime de soi n=1418 (n2007=1227)	72,3	73,1	20,5	63,4	63,9	22,2	<0,0001
Anxiété (-) n=1420 (n2007=1225)	46,8	45,6	21,3	52,5	52,6	22,2	<0,0001
Dépression (-) n=1423 (n2007=1246)	36,8	36,6	26,6	47,3	47,5	27,6	<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les moyennes de qualité de vie sont, quelle que soit la composante de l'échelle de Duke, significatives sur la période 2007-2012.

Les jeunes précaires ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois plus fréquemment que les autres jeunes : 11,5 % vs 6,4 % ($p < 0,001$) et ils sont deux fois plus nombreux à avoir fait une tentative de suicide au moins une fois (8,1 % vs 4,4 %, $p < 0,001$).

Les attitudes que les jeunes les plus précaires adoptent pour faire face au stress sont elles aussi des indices de fragilité :

- n'en parle pas autour de lui : 58,3 % vs 70,1 % ($p < 0,01$) ;
- évite la compagnie : 27,4 % vs 17,6 % des non précaires ($p < 0,01$) ;
- fume plus que d'habitude : 48,1 % vs 34,0 % ($p < 0,01$) ;
- boit plus que d'habitude : 13,4 % vs 7,7 % ($p < 0,001$) ;
- consomme de la drogue : 12,9 % vs 8,5 % ($p < 0,01$) ;
- consomme des médicaments : 7,8 % vs 3,7 % ($p < 0,001$).

Les jeunes précaires ont déjà ressenti au cours de leur vie un sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart (que ce soit « rarement, de temps en temps ou souvent ») en plus grande proportion que les autres jeunes :

- en raison de leur religion : 17,1 % vs 3,5 % ($p < 0,001$) ;
- suite à des remarques à caractère raciste : 25,2 % vs 8,7 % sont dans ce cas ($p < 0,001$) ;
- en raison de remarques à caractères sexistes : 15,3 % vs 8,1 % ($p < 0,001$).

COMPORTEMENTS DE SANTÉ ?

Concernant les addictions, les jeunes précaires fument plus fréquemment que les autres jeunes et sont plus nombreux à indiquer une consommation quotidienne de plus de 5 cigarettes 39,2 % vs 25,9 % ($p < 0,001$).

Les difficultés économiques en lien avec la question alimentaire sont abordées par deux questions sur les dépenses alimentaires. Il s'agit de **difficultés rencontrées au cours des 12 derniers mois pour pouvoir manger à sa faim**. Les jeunes précaires ont vécu cette situation (soit rarement soit assez souvent voire très souvent) avec une fréquence près de deux fois supérieure aux autres jeunes interrogés : 39,9 % vs 20,5 % ($p < 0,001$).

Demander de l'aide pour obtenir de quoi manger est aussi une situation plus fréquemment déclarée par les jeunes précaires (au moins une fois au cours de l'année) : 29,2 % vs 10,5 % ($p < 0,001$).

Des différences de corpulence entre jeunes précaires et non précaires sont aussi repérées : 20,6 % de surcharge pondérale chez les précaires contre 10,8 % chez les autres ($p < 0,01$).

Les indicateurs d'exposition au risque en matière de contraception ou d'IST comme les indicateurs d'accès à l'information et le niveau de connaissances ne ressortent pas lorsqu'on croise ces données à la précarité des jeunes en insertion.

Au niveau des indicateurs de violence, soit en tant que victime soit en tant qu'auteur, les jeunes précaires :

- ont presque deux fois plus que les autres, été victimes de violence « deux fois ou 3 fois au moins » au cours de la vie : 27,3 % vs 14,2 % ($p < 0,001$),
- sont aussi plus fréquemment des auteurs récidivistes de violence (3 fois ou plus : 13,6 % vs 9,5 % des non précaires, avec $p < 0,01$).

Les jeunes précaires se déclarent plus fréquemment victimes de rapport sexuels forcés au cours de la vie : 10,0 % vs 5,4 % ($p < 0,005$).

A l'instar de l'étude 2007, les relations sexuelles en échange d'argent sont relatées trois fois plus chez les précaires que les autres jeunes : 4,1 % vs 1,4 % ($p < 0,01$).

4. 22. Les jeunes non qualifiés en mission locale

On a pu voir au cours de l'analyse univariée certaines évolutions entre 2007 et 2012 intervenues sur les échantillons de jeunes suivis en mission locale. Il était apparu en 2007 que le niveau de qualification -avec la césure entre les jeunes sans qualification (niveau V bis et VI) et les autres jeunes qualifiés -était prégnant dans les comportements de santé et les conditions de vie. Il s'agit d'une comparaison qui n'est possible qu'au sein du public des missions locales.

On peut donc faire un focus sur les jeunes sans qualification en missions locales, moins nombreux en proportion dans l'échantillon de 2012 qu'ils l'étaient en 2007 (30,5 % vs 36,1 %). Nous nous contenterons de signaler des facteurs intéressants et significatifs issus de l'analyse bivariée et indiquerons si la tendance était déjà observée en 2007.

En 2012, les jeunes sans qualification sont plus souvent des garçons (57,2 %) alors que les autres qualifiés sont majoritairement des filles (54,8 %). Ils sont aussi plus jeunes : en moyenne 20,0 ($\pm 2,3$ ans) contre 21,4 ans chez les qualifiés ($\pm 2,1$ ans). S'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes du point de vue de la vie maritale (vit en couple) -environ un quart-, 9,4 % des jeunes sans qualification ont des enfants ce qui est le cas de 5,9 % des autres. En 2007, les tendances étaient les mêmes sur le genre et l'âge moyen. Les jeunes qualifiés vivaient alors plus fréquemment en couple.

Nous n'observons pas de différence de recours auprès de travailleur social entre les groupes : un peu moins d'un sur quatre rencontre parfois un travailleur social. Ce sont les jeunes les plus qualifiés qui perçoivent proportionnellement le plus des aides sociales

(24,9 % des jeunes sans qualification contre 30,1 % des autres), en 2007 cela était déjà le cas.

Ce sont ainsi 45,4 % des jeunes sans qualification qui déclarent n'avoir aucune ressource et 19,2 % moins de 250 € par mois ; les jeunes qualifiés sont respectivement 32,0 % et 17,2 % dans ce cas (même tendance en 2007).

72,6 % sont retenus précaires au score Epices, ce qui est le cas de 64,8 % des jeunes qualifiés. Toutefois, les facteurs de niveau social du père et de la mère ne sont pas des variables de distinction entre les deux groupes. Néanmoins, les indicateurs de fréquence de contact avec les familles ne discriminent pas les jeunes selon leur qualification en 2012, pas plus qu'en 2007.

Par ailleurs, on observe également une caractéristique de ce public qui vient expliquer les différences de ressources : les jeunes sans qualification vivent plus souvent chez leurs parents que les autres : 62,9 % vs 55,0 %. En revanche, parmi ceux qui ne vivent pas chez leurs parents, aucune distinction statistiquement significative entre les deux groupes n'est trouvée : deux tiers d'entre eux environ paient un loyer. En 2012, les jeunes qui se déclarent à la recherche d'un emploi suivis en MLI sont aussi nombreux parmi les qualifiés que les non qualifiés.

Il est à noter qu'un quart des jeunes sans qualification a fait appel à une aide alimentaire au cours de l'année, ce qui est le cas d'un jeune sur cinq chez les qualifiés ($p=0,04$), c'est une constante depuis 2007.

En matière de santé autoévaluée, les moyennes obtenues au score de Duke selon la qualification sont présentées dans le tableau suivant : toutes les différences sont significatives en 2012 entre les deux groupes, quel que soit la dimension du Duke (sauf la santé physique et la santé perçue). Les tendances n'ont pas changé depuis 2007.

Tableau 148. Score de Duke chez les jeunes en insertion selon le niveau de qualification

Dimensions	Sans qualification			Jeunes qualifiés			P 2012
	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart- type	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart -type	
Santé physique n=1667 (n2007=1471)	62,1	63,2	26,6	64,7	64,8	26,0	NS
Santé mentale (n2007=1456) n=1644	54,5	57,3	26,2	58,9	61,7	25,3	<0,01
Santé sociale n=1533 (n2007=1244)	60,1	61,0	22,2	67,1	67,5	21,7	<0,001
Santé générale n=1456 (n2007=1193)	58,3	60,5	18,8	63,3	64,8	19,1	<0,001
Santé perçue n=1636 (n2007=1457)	61,6	60,0	38,4	62,7	60,3	38,3	NS
Estime de soi n=1651 (n2007=1436)	62,5	64,5	22,0	66,6	68,2	21,7	<0,001
Anxiété (-) n=1648 (n2007=1428)	53,9	51,6	22,1	49,6	49,2	21,9	<0,05
Dépression (-) n=1653 (n2007=1453)	47,4	46,6	27,6	43,5	42,7	27,6	<0,01

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les questions sur le recours aux soins et sur le renoncement aux soins montrent qu'il y a une différence de recours sur les 6 derniers mois entre les jeunes sans qualification et les autres : 70,5 % vs 75,4 % en 2012, alors que cette différence n'existait pas en 2007.

A contrario, lorsqu'on les interroge sur le renoncement aux soins, environ un tiers est dans ce cas en 2012 sans différence de groupe ; en 2007, le renoncement aux soins était plus fréquent chez les jeunes qualifiés (30,1 % vs 24,8 % des jeunes sans qualification, $p=0,03$).

Le recours chez le psychiatre ou le psychologue en 2012 est plus fréquent parmi les jeunes sans qualification : 19,4 % vs 13,6 % (ce qui n'était pas observé en 2007). Les premiers sont aussi ceux qui consultent le plus un psychologue dans le cadre d'un dispositif gratuit : à 93,1 % des cas vs 76,4 % des jeunes qualifiés.

Aucune différence inter groupe n'est vérifiée en particulier sur la prévalence de handicap de type « dys ».

Les jeunes sans qualification se différencient des autres sur les questions de santé mentale, en particulier sur les tentatives de suicide au cours de la vie : 7,7 % en ont déjà fait une et 7,1 % plusieurs ; il faut ajouter à ces réponses ceux qui refusent d'en parler (7,7 %) ; les fréquences chez les jeunes qualifiés sont respectivement une tentative de suicide : 6,5 %, plusieurs tentatives de suicide : 3,1 % et refus d'en parler : 4,9 %.

Ces éléments sont confortés par un autre indicateur de santé mentale : la capacité à faire face jugée mauvaise par 43,5 % des jeunes sans qualification vs 35,3 % des autres.

En matière de comportements à risque pour la santé, 41,9 % des jeunes sans qualification fument plus de 5 cigarettes par jour ; ils sont 30,3 % parmi les jeunes qualifiés.

La consommation de cannabis est aussi différente entre les groupes : 35,1 % des jeunes sans qualification en ont fumé une fois au moins au cours du mois ; c'est le cas de 27,7 % des jeunes qualifiés. Pour l'alcoolisation excessive, on relève une différence inter groupe, qui est péjorative pour les jeunes sans qualification sur les excès répétés (plus de dix fois dans le mois) mais l'ivresse ne distingue pas les deux groupes.

A propos de la contraception, les jeunes sans qualification se protègent dans une moindre mesure que les autres du risque de grossesse non désirée : 54,6 % ont une contraception quand ils ont des rapports sexuels, ce qui est le cas de 69,9 % des jeunes qualifiés. Toutefois, on ne note pas un recours plus fréquent à l'IVG. La différence d'utilisation de la contraception d'urgence entre les jeunes sans qualification et les autres constatée en 2007 (dans le sens d'un recours plus fréquent chez les non qualifiés) ne se vérifie pas en 2012.

Aucune différence n'est observée en matière de prévention contre les IST.

Comme en 2007, les jeunes sans qualification sont plus souvent victimes de violence que les autres (44,3 % vs 35,1 %) mais aussi plus souvent auteurs de violence (42,1 % vs 28,0 %). En 2012, on constate que les jeunes sans qualification déclarent plus fréquemment que les autres avoir consenti à des relations sexuelles en échange d'argent : 5,2 % vs 2,1 %.

4. 23. Les différences par département d'implantation de la mission locale

Comme en 2007, nous avons testé les différences entre les départements d'implantation des MLI –excepté pour la Lozère qui ne dispose pas d'un échantillon départemental représentatif- et ce pour les principales variables retenues comme intéressantes et discriminantes lors de l'analyse régionale univariée.

Le constat comme en 2007 est le suivant : peu d'éléments tant démographiques que sociaux ou en relation avec les comportements à risque ressortent de cette analyse territoriale comparée (tels que le sexe, l'âge, le niveau de qualification, les relations familiales, les comportements de prévention, le tabac et l'alcoolisation excessive, les facteurs de santé mentale, ...). Aucune différence sur de précarité au score Epices, ou aux dimensions du score de santé subjective (Duke).

Les facteurs qui présentent des différences statistiquement significatives entre les départements sont présentés synthétiquement dans le tableau ci-dessous.

Tableau 149. Analyse départementale – Jeunes en insertion

Facteur	Département le plus exposé	Département +	Département -	Département le moins exposé	p
Niveau social de la mère « défavorisé »	Gard : 86,9 %	PO : 85,4 %	Aude : 83,1 %	Hérault : 79,3 %	<0,05
Renoncement aux soins	Hérault : 36,6 %	Aude : 33,2 %	PO : 32,4 %	Gard : 26,3 %	<0,05
A consulté un psy/ 6 mois	Gard : 20,5 %	Hérault : 14,9 %	Aude : 14,0 %	PO : 13,3 %	<0,05
Besoin aide alimentaire/1 an	PO : 29,9 %	Hérault : 27,0 %	Gard : 22,7 %	Aude : 20,6 %	<0,05
Ivresse une fois ou plus/1 mois	Aude : 37,9 %	Hérault : 39,8 %	PO : 35,8 %	Gard : 28,4 %	<0,01
Cannabis une fois ou plus/1 mois	Hérault : 35,2 %	PO : 31,1 %	Aude : 29,6 %	Gard : 25,1 %	<0,05

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. RESULTATS DE L'ENQUETE EN POPULATIONS : LES ETUDIANTS

La région Languedoc-Roussillon compte une population d'environ 96 900 étudiants à la rentrée 2011, répartis dans cinq universités : trois à Montpellier, une à Nîmes et une à Perpignan.

Sur la base des données de 2006, où environ 15 000 étudiants étaient inscrits en 1^{ère} année (les chiffres issus du Service commun des enquêtes et des études pour la rentrée 2011 indiquent un effectif de 30 663 étudiants en 1^{er} cycle, sans précision sur l'année d'inscription en cours), nous avons proposé 5 sous-échantillons de 250 étudiants par université : des quotas par sexe ont été fixés pour chacune des 5 universités (la ville principale d'études a été retenue comme lieu d'enquête : Montpellier, Nîmes et Perpignan).

Sur les 1 250 enquêtes attendues, 655 ont effectivement pu être réalisées (soit 52,4 %). Des raisons propres à l'organisation des services de médecine préventive universitaire ainsi qu'un calendrier de recueil défavorable (fin d'année civile 2012) sont à l'origine de cette faible participation. Il faut ajouter à cela une réelle difficulté à impliquer les étudiants dans ce type de démarche d'enquête auto-administrée.

L'analyse porte donc sur 655 étudiants au total, avec 59,4 % de filles et 40,6 % de garçons (étaient attendus 56, 1 % de filles et 43,9 % de garçons).

Tableau 150. Répartition des étudiants selon l'université

	Attendus	Reçus	Taux de participation %	Répartition en %
Nîmes	122	123	100,0	18,8
Montpellier 1	378	258	68,3	39,4
Montpellier 2	248	118	47,6	18,0
Montpellier 3	373	124	33,2	18,9
Perpignan	129	32	24,8	4,9
Région Languedoc-Roussillon	1 250	655	52,4	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 151. Répartition des étudiants selon le sexe et l'université

	Garçons		Filles	
	N	%	N	%
Nîmes	43	35,0	80	65,0
Montpellier 1	123	47,7	135	52,3
Montpellier 2	56	47,5	62	52,5
Montpellier 3	29	23,4	95	76,6
Perpignan	15	46,9	17	53,1
Région Languedoc-Roussillon	266	40,6	389	59,4

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L'âge moyen de l'échantillon est de 19,3 ans [\pm 1,7]. L'étudiant de 1^{ère} année le plus jeune est âgé de 16,2 ans et le plus âgé de 27,1 ans. Compte-tenu des effectifs en deçà de nos attentes, nous gardons tous les étudiants dans l'analyse (y compris ceux âgés entre 26 et 27 ans).

Environ un étudiant sur dix déclare vivre en couple (9,2 %) et aucun des étudiants enquêtés n'a d'enfant.

5. 1. La répartition par filière d'études

Certaines filières d'étude sont sous-représentées dans l'échantillon. Compte tenu du calendrier de collecte des données (mi-octobre à mi-décembre 2012), des convocations pour les visites médicales de 1^{ère} année dans les services de médecine préventive ont été organisées en amont et en aval de l'enquête dans certaines filières qui de fait ne sont pas ou peu représentées dans la population d'étude.

Tableau 152. Répartition par filières d'études

	N	%
Lettres, langues, sciences humaines	155	23,9
Sciences, ingénieur	128	19,8
Droit, science politique	70	10,8
Economie, gestion, commerce	101	15,6
Médical, paramédical	130	20,1
Arts appliqués	20	3,1
Architecture	12	1,9
STAPS	19	2,9
Autres	13	2,0
Total	648	100,0

NR : 1,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

80,3 % des étudiants sont inscrits en cursus licence ; 17,7 % préparent un DUT ; 2,0 % sont en master. Moins d'1 % des étudiants interrogés ne renseigne pas cette question sur le cursus.

Si 95,4 % des étudiants déclarent faire les études de leur choix (3,4 % ne répondent pas), ils sont un peu plus partagés quant à leur satisfaction sur les études qu'ils suivent l'année de l'enquête, même si plus de 7 sur 10 déclarent aimer beaucoup ce qu'ils font.

Tableau 153. Aimez-vous les études que vous faites cette année ?

	N	%
Beaucoup	464	71,5
Un peu	117	18,0
Pas beaucoup	28	4,3
Pas du tout	13	2,0
Ne se prononce pas	27	4,2
Total	649	100,0

NR : 0,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. 2. Score de précarité

Le tableau suivant présente les fréquences observées chez les étudiants aux 11 questions du score individuel de fragilité sociale EPICES (cf. Méthode).

Tableau 154. Réponses aux variables du score EPICES

	2012			2007	
	N	%	% de non réponse	%	% de non réponse
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	76	12,2	4,9	14,5	2,7
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	581	90,5	2,0	90,0	1,5
Vivez-vous en couple ?	60	9,2	0,2	9,8	0,1
Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	3	0,5	2,0	8,0	4,8
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	165	25,6	1,7	23,3	0,5
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	608	92,8	0	89,4	0,2
Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	401	62,3	1,7	60,4	1,0
Êtes-vous parti en vacance au cours des 12 derniers mois ?	538	82,3	0,2	75,8	0,3
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	609	93,3	0,3	93,2	0,0
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	620	95,4	0,8	97,5	0,5
En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	611	94,1	0,9	95,1	0,4

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le score EPICES chez les étudiants s'étale de 8 (absence de précarité) à 83 (précarité importante) sur une échelle de 0 à 100. La moyenne de la population étudiante inscrite en 1^{ère} année est de 28,0 (\pm 13,2).

Si nous utilisons la valeur seuil proposée par les auteurs du score EPICES (soit 40,2) permettant la classification en deux groupes « précaires » et « non précaires », on observe que 19,2 % des étudiants sont précaires en 2012 (11,8 % de valeurs manquantes). En 2007, 14,9 % des étudiants étaient précaires (avec 10,5 % de valeurs manquantes). Cette aggravation du niveau de fragilité sociale des étudiants de 1^{ère} année sur la période est statistiquement significative.

Tableau 155. Fréquence de la population précaire chez les étudiants selon Epices

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non précaires	467	80,8	846	85,1
Précaires	111	19,2	149	14,9
Total	578	100,0	995	100,0

NR 2012 : 11,8 % - NR 2007 : 10,5 %

P<0,05

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. 3. Bourse d'études, aides sociales et allocations

Tableau 156. Fréquence d'étudiants boursiers selon l'université

	2012		2007	
	N	%	N	%
CUFR Nîmes	77	63,1	97	50,5
UNIV Montpellier 1	108	42,5	84	36,7
UNIV Montpellier 2	48	41,4	104	45,0
UNIV Montpellier 3	70	56,5	150	67,3
UNIV Perpignan	15	46,9	112	47,3
Total région	318	49,1	547	49,2

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Près d'un étudiant sur deux bénéficie d'une bourse sur critères sociaux (49,1 %). Cette proportion est constante depuis 2007 ; 18,4 % en ont fait la demande mais essuyé un refus ou bien la bourse leur a été supprimée ; 32,6 % n'en ont pas demandé (7 non réponses, soit 1,1 % de valeurs manquantes).

En 2012, on observe des différences significatives selon les universités pour la fréquence des étudiants boursiers : plus de six étudiants sur dix au CUFR Nîmes (63,1 %), plus d'un étudiant sur deux à Montpellier III (56,5 %), près d'un sur deux à Perpignan (46,9 %), 42,5 % à Montpellier I et 41,4 % à Montpellier II (p<0,001). Cette répartition a un peu évolué sur la

période, sans que l'on puisse aller plus loin dans le constat compte tenu du retour partiel de l'enquête 2012.

Pour mémoire, en 2007, les différences significatives entre universités pour la fréquence des étudiants boursiers étaient les suivantes : plus de six étudiants sur dix à Montpellier III étaient boursiers (67,3 %), un sur deux à Nîmes (50,5 %), près d'un sur deux à Perpignan (47,3 %), 45,0 % à Montpellier II et 36,7 % à Montpellier I ($p < 0,001$).

Parmi les boursiers, les échelons -qui vont de 0 à 6- se décomposent dans la population étudiante régionale de l'échelon 0 (exonération du paiement des droits universitaires dans l'enseignement universitaire public et exonération du paiement de la cotisation à la Sécurité sociale étudiante) à l'échelon 6 (4 697 € annuels).

Parmi les 318 boursiers de l'échantillon 2012, 278 précisent l'échelon de leur bourse.

Tableau 157. Répartition par échelon des bourses universitaires sur critères sociaux en 2012

Montant des bourses (annuel) à la rentrée 2012-2013	Effectifs boursiers	%
Echelon 0 – Exonéré des droits d'inscription	61	21,9
Echelon 1 – 1 640 euros	46	16,5
Echelon 2 – 2 470 euros	21	7,6
Echelon 3 – 3 165 euros	23	8,3
Echelon 4 – 3 858 euros	32	11,5
Echelon 5 – 4 430 euros	41	14,7
Echelon 6 – 4 697 euros	54	19,4
Total	278	100,0

NR : 12,6 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour information, l'échelon médian est l'échelon 3 (3 165 € par an).

En 2012, les échelons 5 et 6 sont distribués de façon statistiquement différente selon les universités :

- Pour l'échelon le plus élevé (6), les étudiants du CUFR de Nîmes sont les plus nombreux (30,8 % d'entre eux), puis Montpellier 1 (18,2 %), Perpignan (16,7 %), Montpellier 2 (14,6 %) et Montpellier 3 (13,1 %),
- Pour l'échelon 5, les étudiants du CUFR de Nîmes sont les plus nombreux (20,0 % d'entre eux), puis Montpellier 3 (19,7 %), Montpellier 1 (11,1 %), Montpellier 2 (9,8 %) et Perpignan (8,3 %), ($p = 0,01$).

Le tableau suivant indique que moins d'un étudiant sur dix qui n'a pas eu de bourse sur critères sociaux a eu une allocation d'étude, et que moins d'un étudiant sur dix a eu une autre allocation (qu'il s'agisse d'allocation de formation, de bourse d'Etat étranger ou autre sans précision).

Tableau 158. Autres allocations ou bourses perçues par les étudiants

	N	%
Allocation d'étude	54	8,2
Autre allocation	50	7,6
Bourse d'État étranger	5	0,6
Allocation de formation ou reconversion	1	0,2
Allocation de préparation à concours	0	-

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On connaît la fréquence des étudiants percevant une ou plusieurs aides sociales régulières : 37,8 % sont concernés (avec 5,2 % de valeurs manquantes à cette question). La plupart du temps (229 allocataires sur 235 étudiants concernés par une aide sociale) il s'agit de l'allocation logement, soit 98,7 % des répondants.

Pour les 174 étudiants qui répondent à la question du montant mensuel alloué au titre de l'allocation logement, on note que la valeur mensuelle moyenne est de 169,6 € (\pm 49,7 €) avec une valeur seuil de 53 € et une valeur plafond de 367 €.

Deux étudiants perçoivent l'allocation adulte handicapé (655 €), un une allocation chômage (420 €) et deux perçoivent le RSA.

Pendant l'année universitaire, c'est-à-dire en dehors des emplois d'été occasionnels, 11,1 % des étudiants de 1^{ère} année (n=72) ont une ou plusieurs activités rémunérées (0,8 % ne répondent pas à la question). On observe que ces petits boulots sont réalisés principalement en animation, baby-sitting, service restauration-bar et comme employés (vente, ...).

Cette activité rémunérée leur rapporte un complément de ressources en moyenne de 438 € (avec un écart type important \pm 400 €) et demeure occasionnelle pour une majorité d'entre eux, comme indiqué dans le tableau suivant. Cette répartition est inchangée par rapport à 2007. Pour 68,5 %, il s'agit d'une activité exercée dans l'agglomération où l'étudiant fait ses études et pour 31,5 % ailleurs.

Tableau 159. Temps d'activité pour les étudiants salariés

	2012		2007	
	N	%	N	%
Temps plein	1	1,4	14	9,0
Régulier mais inférieur à temps plein	20	27,8	41	25,7
A mi-temps au moins 6 mois de l'année	10	13,9	14	8,7
Occasionnellement	41	56,9	90	56,7
Total	72	100,0	159	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

En dehors des bourses, des allocations et des petits boulots rémunérés, les étudiants dans leur grande majorité déclarent bénéficier d'une aide financière de leurs parents : c'est le cas pour 86,1 % d'entre eux (5,6 % ne répondent pas et 13,9 % n'ont pas d'aide financière

parentale). A ce stade du questionnaire relatif aux ressources des étudiants, nous avons demandé aux enquêtés d'indiquer le montant dont ils disposent chaque mois pour vivre en faisant la somme de toutes les ressources possibles précédemment explorées.

Le taux de réponse est de 90,5 % de l'échantillon. La fourchette moyenne de ressources mensuelles se situe entre 250 et 400 €. Seulement 3 % des étudiants déclarent des ressources supérieures au seuil de pauvreté (948 €, source : INSEE). Par rapport à 2007, on observe une augmentation de la part des étudiants disposant de plus de 400 € par mois.

Tableau 160. Budget mensuel disponible pour vivre

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucun moyen	24	4,0	32	3,4
Moins de 250 euros	129	21,8	263	27,9
De 250 à 400 euros	182	30,7	350	37,1
De 400 à 600 euros	174	29,3	210	22,3
600 euros à 950 euros	66	11,1	87	9,2
950 euros et plus*	18	3,0	nd	nd
Total	593	100,0	942	100,0

*fourchette proposée en 2012 (seulement) sur la base de seuil de pauvreté établi à 948 € par l'INSEE ; en 2007 la dernière tranche : « 600 € et plus »

NR 2012 : 9,5 % - NR 2007 : 15,2 %
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. 4. Le logement

Un tiers des étudiants vit chez ses parents (33,2 %). Un autre tiers environ (31,6 %) vit dans un logement en location. 10,4 % vivent à plusieurs en colocation. La plupart des autres vivent en résidence universitaire, gérée par le Crous (15,1 %) ou en résidence étudiante du secteur privé (9,5 %). Dans la rubrique « autres hébergements » en 2012, ce sont des solutions familiales telles que grands-parents, frère, sœur ou appartement familial. Les autres situations d'hébergement plus ou moins stables sont marginales dans le public étudiant (2,6 %).

Tableau 161. Où habitez-vous actuellement ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Chez vos parents	216	33,2	428	39,1
En location	206	31,6	206	18,9
En colocation à plusieurs, amis	68	10,4	81	7,4
Cité universitaire (Crous)	98	15,1	192	17,5
Résidence pour étudiants secteur privé	62	9,5	142	13,0
Hébergés gratuitement chez amis	7	1,1	11	1,0
Foyer (FJT)	5	0,8	10	0,9
Hôtel-meublé	2	0,3	3	0,3
Sans domicile fixe/ squat	3	0,5	3	0,2
Autre	11	1,7	17	1,6
Total	651	100,0	1 093	100,0

NR 2012 : 0,6 % - NR 2007 : 1,7 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les étudiants qui ne vivent pas chez leurs parents (n=437) sont proportionnellement moins nombreux en 2012 qu'en 2007 ($p < 0,05$). Nous les avons questionnés en 2012 sur les difficultés rencontrées pour trouver ce premier logement, plutôt que sur le nombre de fois pendant les 12 derniers mois où ils avaient dû changer de logement (question posée en 2007) : 30,2 % d'entre eux déclarent avoir eu des difficultés pour trouver ce logement.

Seulement 3 étudiants se déclarent propriétaire de leur logement.

Un étudiant sur deux de l'échantillon déclare payer un loyer (n=331). Le montant moyen de celui-ci est de 393,40 € [$\pm 130,00$ €] avec un loyer déclaré de 100 € pour le moins cher (sans doute APL déduite) et 900 € pour le plus élevé (316 étudiants renseignent cette question). Notons que la proportion des locataires ou colocataires a significativement augmenté entre 2007 et 2012 ($p < 0,001$).

5. 5. Transports et déplacements

Le tableau suivant présente la fréquence des différents modes de transport utilisés habituellement par les étudiants dans leurs trajets quotidiens entre domicile et lieu d'études. Les transports en commun et la marche à pied sont les modes principaux de déplacement des étudiants. On observe une évolution significative au bénéfice des transports en commun entre 2007 et 2012 (+ 7 points), du vélo (+ 5 points) et au détriment des déplacements en voiture (- 4 points).

**Tableau 162. Modes de transport utilisés pour le trajet domicile-études
(plusieurs réponses possibles)**

	2012		2007		p
	N	%	N	%	
Bus / car / tramway	418	64,1	626	56,7	0,0001
Marche à pied	330	50,7	574	52,0	ns
Voiture	168	25,8	330	29,9	0,0001
Train	55	8,4	92	8,3	ns
Vélo	65	10,0	51	4,6	0,0001
2 roues à moteur	11	1,7	24	2,2	ns

NR 2007 et 2012 <1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le temps moyen pour se rendre de son domicile au lieu d'études est de 26 minutes [± 30 minutes]. Le temps le plus court est d'une minute mais le temps de transport déclaré le plus long est de 10h00 (646 réponses à cette question). Il faut relativiser cette dernière information qui correspond certainement au temps de trajet entre le domicile familial et le domicile étudiant.

Un étudiant sur dix (10,7 %) suit des enseignements dans différents lieux situés à plus de 15 minutes l'un de l'autre. On note qu'une proportion équivalente d'étudiants (11,1 %) suit des enseignements dans un lieu dépourvu d'équipements ou de services universitaires (de type restaurant, résidence, bibliothèque, etc.).

5. 6. Santé et recours aux soins

Au cours des 6 derniers mois, plus de neuf étudiants sur dix ont consulté un professionnel de santé (90,8 %). On enregistre un taux de réponse de 99,1 % à cette question. Le tableau suivant indique la fréquence de consultations selon le professionnel de santé (plusieurs réponses étaient possibles) parmi les étudiants qui ont eu recours aux soins.

Tableau 163. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois

	N	%
Un médecin généraliste	530	90,9
Un dentiste	226	38,8
Un médecin spécialiste	203	34,8
Un psychologue	40	6,9
Un psychiatre	6	1,0
Autre	19	3,3

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi les 19 étudiants ayant consulté un autre professionnel de santé que ceux proposés dans le tableau, on relève que les étudiants ont déclaré un recours à un ostéopathe (10), à un kinésithérapeute (4), un orthodontiste (1), un étio-pathe (1) et une assistante sociale.

Notons que sur les 40 étudiants qui ont eu recours à un psychologue au cours du semestre, près de la moitié (47,5 %) ont bénéficié d'un accès gratuit à ce professionnel.

L'état de santé des étudiants au cours du semestre a nécessité un arrêt maladie pour 10,6 % d'entre eux.

56 étudiants, soit 8,7 % de l'échantillon présentent un handicap (2,1 % de valeurs manquantes) mais 9 seulement ont un handicap donnant lieu à une reconnaissance par la MDPH (il s'agit d'un handicap auditif, un handicap visuel et sept cas de « Dys »). Le tableau suivant détaille le type de handicap déclaré (sur 48 réponses).

**Tableau 164. Type de handicap déclaré par les étudiants
(n=48 – Plusieurs réponses possibles)**

Handicap	N	%
Visuel	16	33,3
« DYS »	24	50,0
Auditif	1	2,1
Moteur	5	10,4
Psychique	4	8,3

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

Le handicap visuel concerne quatre étudiants sur cinq parmi ceux déclarant un handicap. On peut penser que la majorité de ces troubles visuels sont corrigés mais que, pour une part des étudiants porteurs d'une correction de la vision, celle-ci reste perçue comme un handicap.

Une question sur le renoncement à consulter un professionnel de la santé est posée aux étudiants : 21,3 % sont dans ce cas en 2012 (n=136) ; ils étaient 14,8 % en 2007 (n=161) ; les valeurs manquantes à cette question sont dans la même proportion : 2,4 % ne répondent pas. Cette aggravation sur la période est statistiquement significative en milieu étudiant ($p < 0,001$).

Les raisons invoquées en 2012 sont les suivantes (131 réponses à cette question) : dans 61,8 % des cas, le motif est financier (81 étudiants) ; le manque de temps est évoqué par 15 étudiants, viennent ensuite l'absence d'envie (8), la peur (6), des difficultés pour prendre rendez-vous (3) ou d'autres motifs personnels (2).

Tableau 165. Raisons du renoncement aux soins

	N	%
Raisons financières	81	61,8
Manque de temps	15	11,5
Pas envie	8	6,1
Phobie / peurs	6	4,6
Difficulté pour prendre rendez-vous	3	2,3
Autres raisons	2	1,5
Total	131	100,0

NR : 3,7 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le renoncement aux soins est récent pour la plupart des cas : 83,5 % des étudiants concernés ont renoncé au cours des 12 derniers mois.

Rappelons que neuf étudiants sur dix bénéficient d'une couverture maladie complémentaire dans l'échantillon (90,5 % de réponses à cette question). Il demeure que 61 étudiants de l'échantillon déclarent ne pas en avoir (et 13 ne répondent pas).

5. 7. Milieu et réseau familial et social

Le contact des étudiants avec leurs parents, ou l'un des deux, est quotidien pour plus du quart d'entre eux (28,1 %) et demeure au moins hebdomadaire pour 19,6 % d'autres. Les étudiants qui sont en rupture familiale ou privés de lien (« jamais » et « non concerné ») restent très peu nombreux (2,8 % des répondants). Le tableau suivant détaille la fréquence des contacts déclarés avec les parents.

Tableau 166. Voyez-vous vos parents ou l'un d'eux ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Tous les jours	182	28,1	400	36,3
Une ou plusieurs fois /semaine	127	19,6	329	29,8
2 à 3 fois par mois	124	19,1	165	14,9
Une fois par mois	79	12,2	65	5,9
Plus rarement	118	18,2	119	10,8
Jamais	11	1,7	19	1,7
Non concerné	7	1,1	8	0,7
Total	648	100,0	1 104	100,0

NR 2012 : 1,1 % - NR 2007 : 0,8 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les choses ont évolué depuis 2007 de manière statistiquement significative, dans le sens d'une moindre proportion d'étudiants avec des contacts très fréquents avec leurs parents. Cela est aussi cohérent avec l'augmentation de la location vue plus haut (au détriment d'une vie prolongée chez les parents).

En 2007, nous avons questionné les jeunes sur le niveau d'études de leurs parents afin de mieux comprendre l'état de santé des 15-25 ans en fonction du gradient social. Toutefois, cette connaissance s'est avérée inégale d'un public jeune à l'autre : aussi en 2012, avons-nous privilégié les indicateurs de situation professionnelle du père et de la mère et la dernière profession exercée. A partir de ces deux informations, en les combinant, nous avons établi un indice de niveau social du père et de la mère. Les trois tableaux suivants détaillent les réponses des étudiants de première année.

Tableau 167. Situation professionnelle des parents

	Père en % (n = 605)	Mère en % (n = 628)
Inscrit à pôle emploi	4,1	5,6
Salarié du privé	30,4	29,8
Salarié du public	28,3	33,4
A son compte	23,6	12,6
Inactif	2,3	11,0
Retraité	9,1	5,9
Invalide	2,1	1,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 168. Dernière profession exercée par les parents

	Père en % (n =565)	Mère en % (n = 545)
Agriculteur exploitant	3,2	1,7
Artisan commerçant	12,9	4,8
Chef d'entreprise	3,7	2,4
Profession libérale	7,4	6,8
Professeur salarié	5,5	5,3
Cadre et prof intermédiaire	29,7	21,5
Instituteur	1,4	6,4
Employé	23,2	40,2
Personnel de service	2,8	9,0
Ouvrier	10,1	2,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 169. Indice de niveau social des parents

	Père en % (n = 610)	Mère en % (n = 636)
Favorisé	61,2	44,4
Défavorisé	38,8	55,6

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pendant le temps libre, plus d'un étudiant sur deux (56,3 %) déclare participer régulièrement à des activités en groupe ou en association. Ces dernières sont précisées dans le tableau suivant. Pour l'essentiel, il s'agit d'activités sportives (plus de huit jeunes sur dix). Les activités culturelles ou artistiques concernent plus d'un quart des étudiants. L'engagement « citoyen » des étudiants se fait davantage dans la sphère associative (de nature diverse) que dans la sphère syndicale ou politique (2,5 %).

Tableau 170. Nature des activités pratiquées par les étudiants pendant leur temps libre (n=360 - plusieurs réponses possibles)

	N	%
Activités sportives	298	82,8
Activités culturelles ou artistiques	95	26,4
Activités humanitaires	23	6,4
Activités religieuses	17	4,7
Autres associatives	12	3,3
Activités syndicales ou politiques	9	2,5

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. 8. Qualité de vie et estime de soi

La qualité de vie est une notion qui a pour ambition d'intégrer des aspects subjectifs et donc d'élargir l'appréhension de la santé au-delà du seul état de santé objectif (présence ou absence de douleur, de pathologies).

La qualité de vie est définie, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme la « *façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations.* » Les déterminants de la qualité de vie sont multiples : « *c'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement.* »⁵⁾

⁵ Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Copenhague : OMS, bureau régional de l'Europe, 1999 : 36 p.

Les données de l'échelle de Duke peuvent être comparées pour un public donné avec les résultats nationaux des jeunes, publiés par l'Inpes dans le Baromètre santé. Nous pourrions comparer aussi les étudiants aux apprentis et aux jeunes en insertion. Mais le premier élément est la comparaison entre les enquêtes 2007 et 2012, pour constater que la santé subjective des étudiants ne s'est pas dégradée mais plutôt améliorée sur la période : sur la dimension mentale, sociale, générale, l'estime de soi et du point de vue de l'anxiété.

L'indice de santé générale mesuré par le score de Duke (cf. méthodologie), qui correspond à la fusion des scores de santé physique, mentale et sociale, est de **71,9 sur 100** (avec 13,0 % de valeurs manquantes) en population étudiante en 2012.

Les auteurs du *Baromètre santé 2005* avaient mis en exergue le score de santé générale des 15-19 ans (enquête nationale sur échantillon représentatif de 12 à 75 ans) qui était passé de 71,9 à 70,0 entre les années 2000 et 2005. C'est autour de la dimension de santé mentale que les 15-19 ans se distinguent péjorativement avec en 2005 un score moyen de 68,4 alors que leurs cadets (les 12-14 ans) sont à 72,6 et leurs aînés (les 20-25 ans) ont un score de 72,9. ⁽⁶⁾

Les étudiants de la population d'enquête obtiennent sur la dimension mentale du Duke un score moyen de **66,8**.

Seul le score de santé sociale place les étudiants dans une position plus favorable (**79,7**) par rapport aux données de la littérature sur les enquêtes nationales.

Tableau 171. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les étudiants

Dimensions	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Ecart-type	Minimum	Maximum	% NR 2007	% NR 2012	p
Santé physique	68,7	69,4	22,4	0	100	1,8	2,9	NS
Santé mentale	62,8	66,8	24,5	0	100	2,6	2,7	<0,005
Santé sociale	75,2	79,7	17,9	10	100	9,8	11,0	<0,001
Santé générale	69,2	71,9	17,0	13,3	100	11,8	13,0	<0,005
Santé perçue	67,6	68,2	37,5	0	100	2,6	6,6	NS
Estime de soi	71,0	75,9	20,4	10	100	3,1	2,6	<0,001
Anxiété (-)	48,4	46,0	20,7	0	100	3,1	2,7	<0,005
Dépression (-)	40,2	25,5	23,8	0	100	2,3	2,7	NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Au cours des 12 derniers mois, 5,3 % des étudiants déclarent avoir pensé au suicide (n=34). Ils étaient 7,2 % dans ce cas en 2007 (n=79), 2,9 % « ne se prononcent pas » sur le sujet (3,3 % en 2007). Cette question, délicate, est éludée par 9 étudiants (soit 1,4 % de valeurs manquantes) sur les 655 étudiants de l'échantillon.

⁶ Baromètre santé 2005 : premiers résultats. Paris : Inpes, 2006 : 26.

Parmi ceux qui ont pensé au suicide, près de la moitié en a parlé à quelqu'un (47,1 % contre 30,0 % en 2007). Quand c'est le cas, il s'agit le plus souvent d'un(e) ami(e) choisi(e) comme confident, puis les parents, le compagnon et un psychologue.

Au cours de leur vie, 17 étudiants ont fait au moins une tentative de suicide : 2,6 % (2,0 % déclarent en avoir fait une seule et 0,6 % plusieurs ; 2,3 % ne souhaitent pas se prononcer sur cette question). Lorsqu'on les interroge sur la période de cette tentative de suicide, pour 5 étudiants, elle a eu lieu dans les 12 derniers mois.

La seule différence statistiquement significative sur la période est la diminution des tentatives de suicide déclarées en public étudiant.

Tableau 172. A propos du suicide chez les étudiants

	2012		2007		P
	N	%	N	%	
A pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	34	5,3	79	7,2	NS
En a parlé à quelqu'un la dernière fois	16	47,1	24	30,0	NS
A fait une tentative de suicide au cours de sa vie					<0,05
Oui, une fois	13	2,0	33	3,0	
Oui, plusieurs	4	0,6	20	1,8	
Dernière tentative de suicide a eu lieu au cours des 12 derniers mois	5	29,4	12	22,1	NS

NR : 0 à 1,4 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Une autoévaluation de leur capacité à faire face aux difficultés est proposée aux étudiants et conforte de façon significative les éléments de santé mentale notés plus haut. Pour plus de sept étudiants sur dix, cette capacité est jugée plutôt bonne à très bonne. Les étudiants qui reconnaissent leurs limites à faire face aux difficultés ou ne peuvent répondre à cette question représentent près d'un quart de l'échantillon. On observe une évolution favorable des étudiants qui jugent leurs capacités à faire face plutôt bonnes dans une proportion supérieure en 2012 que celle mesurée en 2007 (+ 7 points).

Tableau 173. En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ?

Capacité à faire face	2012		2007
	N	%	%
Très bonne	66	10,2	11,9
Plutôt bonne	421	65,4	58,2
Passable	128	19,9	19,1
Plutôt mauvaise	25	3,9	3,7
Ne se prononce pas	4	0,6	7,2
Total	644	100,0	100,0

NR 2012 : 1,7 % - NR 2007 : 1,3 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les différentes attitudes adoptées par les étudiants pour faire face au stress sont présentées dans le tableau suivant. Aucune différence statistiquement significative n'est à noter entre les deux enquêtes.

Tableau 174. Les attitudes adoptées par les étudiants pour faire face au stress

	2012		2007	
	N	%	N	%
En parle avec des personnes	448	69,6	776	73,2
Fait de l'exercice physique	396	61,5	625	60,6
Surfe, chatte sur Internet ou joue aux jeux vidéo	309	48,0	520	51,4
Mange plus que d'habitude	215	33,4	361	35,8
Fume plus que d'habitude	133	20,7	212	21,6
Évite la compagnie	120	18,6	208	21,1
Consomme plus d'alcool que d'habitude	47	7,3	79	8,2
Consomme des médicaments	38	5,9	72	7,4
Consomme d'autres drogues	33	5,1	47	4,9

(1,7 % de valeurs manquantes sur ces items)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour sept étudiants sur dix, communiquer avec les proches est l'attitude la plus souvent retenue pour gérer le stress, avant la pratique physique citée par six étudiants sur dix. Autre forme de « communication » très plébiscitée dans le public étudiant, l'usage d'Internet avec près d'un étudiant sur deux qui surfe, chatte ou joue dans des situations de gestion du stress.

Des attitudes que nous qualifierons d'addictives sont aussi adoptées par les étudiants pour faire face au stress : manger plus que d'habitude (33,4 % sont dans ce cas), fumer plus que d'habitude (20,7 %), consommer plus d'alcool (7,3 %), de médicaments (5,9 %) et d'autres drogues (5,1 %). Près d'un étudiant sur cinq adopte une attitude de repli sur soi en évitant la compagnie (18,6 %).

Le sentiment d'exclusion ou de discrimination est appréhendé par une question qui contextualise cette perception et propose des réponses graduelles (de « oui souvent » à « non jamais »). Dans le tableau suivant, sont présentées les fréquences de citation des motifs d'exclusion.

**Tableau 175. Sentiment d'avoir vécu une situation de mise à l'écart
(de « oui rarement » à « oui souvent »)**

Motifs d'exclusion	2012		2007		p
	N	%	N	%	
Votre apparence physique	203	31,3	435	40,0	<0,005
Des remarques à caractère raciste	73	11,3	128	11,9	NS
Des remarques à caractère sexiste	57	8,8	121	11,3	NS
Votre religion	38	5,9	88	8,1	NS
Votre orientation sexuelle	29	4,5	37	3,4	NS
Votre handicap	23	3,6	nd	nd	-

(Moins de 2 % de valeurs manquantes par item)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L'apparence physique est le premier motif à l'origine du sentiment d'exclusion (31,3 % des étudiants l'ont ressenti une fois au moins au cours de leur vie). Les remarques à caractère raciste ont été relevées par plus d'un étudiant sur dix (11,3 %) dans une proportion proche des remarques à caractère sexiste (8,8 %).

L'appartenance religieuse, l'orientation sexuelle ou le handicap sont aussi des motifs d'exclusion ressentis par les étudiants, mais dans une moindre importance (environ 5 %).

Ces situations de discrimination ou d'exclusion ressenties ont un peu varié dans le temps entre 2007 et 2012 : on notera que seule la discrimination liée à l'apparence physique est en diminution significative par rapport à 2007.

Ces situations ressenties de discrimination ont été vécues récemment par les étudiants (au cours des 12 derniers mois) pour 35,1 % d'entre eux (n=93).

5. 9. Corpulence et conduites alimentaires

A partir du poids (en kg) et de la taille (en m) déclarés, nous avons calculé l'indice de masse corporelle ($IMC = P/T^2$) des étudiants, qui caractérise la corpulence en références aux normes internationales de l'Organisation mondiale de la santé.

Tableau 176. Corpulence des étudiants selon le sexe (normes IOTF)

Valeur de l'IMC	Garçons			Filles			Total		
	2012		2007	2012		2007	2012		2007
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Maigreur : IMC < 18,5	20	7,8	7,1	54	14,2	14,9	74	11,6	11,9
Normal : 18,5 ≤ IMC < 25	199	77,4	75,2	286	75,3	75,3	485	76,1	75,2
Surpoids : 25 ≤ IMC < 30	32	12,5	12,5	28	7,4	7,8	60	9,4	9,7
Obésité : IMC ≥ 30	6	2,3	5,2	12	3,2	2,0	18	2,8	3,2
Total	257	100,0	100,0	380	100,0	100,0	637	100,0	100,0

NR 2012 : 2,7 % ($p < 0,01$ entre les sexes en 2012)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On remarque que 77,4 % des étudiants garçons ont une corpulence normale ; c'est le cas de 75,3 % des filles. Le surpoids est un problème qui concerne plus fréquemment les garçons que les filles (de 12,5 % vs 7,4 % des filles) ; la proportion d'obèses est plus importante chez les filles (autour de 3,2 % vs 2,3 % des étudiants). Ces étudiantes sont deux fois plus fréquemment en situation de maigreur (14,2 % contre 7,8 % des garçons). Les différences observées entre sexe sont significatives en 2012 ($p < 0,01$).

Les évolutions de la corpulence des étudiants sur la période 2007-2012 ne sont pas significatives.

L'autoévaluation de leur corpulence apporte une information complémentaire à cette donnée objectivée.

Tableau 177. Autoappréciation de leur poids par les étudiants

"Vous trouvez vous ?"	Garçons			Filles			Total		
	2012		2007	2012		2007	2012		2007
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Beaucoup trop maigre	6	2,3	2,2	4	1,0	1,2	10	1,5	1,6
Un peu trop maigre	60	23,0	21,7	21	5,5	5,3	81	12,5	11,6
A peu près du bon poids	134	51,3	49,5	185	48,1	42,9	319	49,4	45,4
Un peu trop gros	45	17,2	19,8	151	39,2	43,5	196	30,3	34,5
Beaucoup trop gros	7	2,7	4,6	18	4,7	5,1	25	3,9	4,9
Ne sait pas	9	3,4	2,2	6	1,6	1,9	15	2,3	2,0
Total	261	100,0	100,0	385	100,0	100,0	646	100,0	100,0

NR 2012 : 1,4 % ($p < 0,001$ entre les sexes en 2012)

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 178. La corpulence 2012 croisée avec l'appréciation de son poids (NR : 4,3 %)

	Beaucoup trop maigre		Un peu trop maigre		A peu près de bon poids		Un peu trop gros		Beaucoup trop gros		Ne sait pas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Corpulence des garçons														
Maigreux	5	25,0	11	55,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Normal	1	0,5	47	23,7	122	61,6	21	10,6	1	0,5	6	3,0	198	100,0
Surpoids	0	0,0	0	0,0	5	15,6	22	68,8	2	6,3	3	9,4	32	100,0
Obésité	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	4	66,7	0	0,0	6	100,0
Total	6	2,3	59	23,0	132	51,6	43	16,8	7	2,7	9	3,5	256	100,0
Corpulence des filles														
Maigreux	2	3,7	16	29,6	31	57,4	5	9,3	0	0,0	0	0,0	54	100,0
Normal	2	0,7	5	1,8	151	53,2	113	39,8	7	2,5	6	2,1	284	100,0
Surpoids	0	0,0	0	0,0	1	3,6	22	78,6	5	17,9	0	0,0	28	100,0
Obésité	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	58,3	5	41,7	0	0,0	12	100,0
Total	4	1,1	21	5,6	183	48,4	147	38,9	17	4,5	6	1,6	378	100,0

NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L'appréciation de son poids est très significativement liée au sexe du répondant. Les filles ne s'estiment jamais en maigreux extrême et minimisent cette question (6,5 %). Nous avons vu pourtant que 14,2 % d'entre elles sont en sous poids.

Alors qu'elles sont plus de sept sur dix de corpulence normale, 39,8 % de ces étudiantes se jugent un peu trop grosses ; une sur deux (53,2 %) se trouve de bon poids. Si la surcharge pondérale concerne objectivement 10,6 % des étudiantes enquêtées, 43,4 % pensent être un peu voire beaucoup trop grosses.

Parmi les garçons, on observe deux tendances : ceux qui se trouvent beaucoup voire un peu trop maigres (25,3 %) alors qu'ils le sont réellement environ 4 fois moins fréquemment (7,8 %) et ceux qui se trouvent trop gros (un peu ou beaucoup) (19,5 %), alors qu'ils sont environ 14,8 % à être en surcharge pondérale.

Nous avons étudié quelques comportements alimentaires survenus au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, avec 3 modalités de réponses : **jamais** / **rarement** / (assez ou très) **souvent**. Les étudiants qui ne se sont pas prononcés ont été considérés en valeurs manquantes.

Tableau 179. Fréquence de comportements alimentaires perturbés

	Garçons		Filles		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Manger énormément avec peine pour vous arrêter							<0,05
Jamais	151	59,0	199	52,1	350	54,9	
Rarement	67	26,2	101	26,4	168	26,3	
Souvent	38	14,8	82	21,5	120	18,8	
Total	256	100,0	382	100,0	638	100,0	
Vous faire vomir volontairement							ns
Jamais	234	91,8	350	91,9	584	91,8	
Rarement	18	7,1	18	4,7	36	5,7	
Souvent	3	1,2	13	3,4	16	2,5	
Total	255	100,0	381	100,0	636	100,0	
Redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir arrêter							<0,001
Jamais	234	91,8	305	79,8	539	84,6	
Rarement	18	7,1	41	10,7	59	9,3	
Souvent	3	1,2	36	9,4	39	6,1	
Total	255	100,0	382	100,0	637	100,0	
Manger en cachette							<0,05
Jamais	223	86,8	290	76,5	513	82,5	
Rarement	20	7,8	51	13,5	71	11,4	
Souvent	14	5,4	38	10,0	38	6,1	
Total	257	100,0	379	100,0	622	100,0	
N'avoir aucune envie de manger							<0,001
Jamais	122	47,7	124	32,5	246	38,6	
Rarement	91	35,5	154	40,4	245	38,5	
Souvent	43	16,8	103	27,0	146	22,9	
Total	256	100,0	381	100,0	637	100,0	
De manquer d'appétit							NS
Jamais	115	44,7	136	35,8	251	39,4	
Rarement	100	38,9	150	39,5	250	39,2	
Souvent	42	16,3	94	24,7	136	21,4	
Total	257	100,0	380	100,0	637	100,0	
De ne pouvoir manger à sa faim *							NS
Jamais	203	79,6	316	83,8	519	82,1	
Rarement	36	14,1	44	11,7	80	12,7	
Souvent	16	6,3	17	4,5	33	5,2	
Total	255	100,0	377	100,0	632	100,0	
De demander de l'aide pour obtenir de quoi manger *							NS
Jamais	234	91,4	360	95,2	594	93,7	
Rarement	14	5,5	9	2,4	23	3,6	
Souvent	8	3,1	9	2,4	17	2,7	
Total	256	100,0	378	100,0	634	100,0	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Une partie des comportements en lien avec l'alimentation présente des différences de genre significatives : on observe une plus grande fréquence des troubles de types anorexique et boulimique chez les filles, même si les garçons n'en sont pas totalement indemnes.

Les questions liées à la précarité révèlent que presque un sur cinq (17,9 %), sans différence de sexe, a connu « rarement » voire « souvent » la situation de ne pouvoir manger à sa faim au cours de la dernière année. Cette proportion est constante depuis 2007 (18 %).

Parmi les étudiants, 6,3 % ont été amenés « rarement » ou « souvent » à demander de l'aide pour obtenir de quoi manger. Cette proportion est également constante depuis 2007 (6,3 %).

Nous avons une information sur la fréquentation du restaurant universitaire des étudiants de la région : un tiers des étudiants interrogés (34,3 %) n'y déjeune jamais le midi en semaine, 15,0 % y prennent rarement leur déjeuner, 23,8 % de temps en temps et un quart (26,9 %) déjeune régulièrement au restaurant universitaire.

Pour le dîner, la restauration collective demeure une pratique très minoritaire (11,9 % des étudiants dont seulement 0,8 % de réguliers), cette tendance est encore plus nette pour le week-end.

Tableau 180. Fréquentation du restaurant universitaire

	Jamais		Rarement		De temps en temps		Régulièrement		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Midi en semaine	222	34,3	97	15,0	154	23,8	174	26,9	647	100,0
Soir en semaine	570	88,1	44	6,8	28	4,3	5	0,8	647	100,0
Le week-end	636	98,3	10	1,5	1	0,2	0	0,0	647	100,0

NR : 1,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

5. 10. Les addictions

5. 10. 1. La consommation de tabac

Au moment de l'enquête, 69,4 % des étudiants se déclarent non-fumeurs (72,5 % en 2007) ; les fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour) représentent un étudiant sur 10 (9,5 %). On identifie un étudiant sur cinq comme consommateur régulier (21,1 % fument au moins une cigarette/jour). Aucune différence significative entre garçons et filles n'est observée dans l'analyse. Le tableau suivant détaille la consommation de tabac dans notre échantillon d'étudiants. Les évolutions entre 2007 et 2012 ne sont pas significatives.

Tableau 181. Consommation de tabac

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucune consommation	450	69,4	788	72,5
Moins d'une cigarette/semaine	36	5,6	44	4,0
Moins d'une cigarette/jour	25	3,9	39	3,6
1 à 5 cigarettes/jour	60	9,3	76	7,0
6 à 10 cigarettes/jour	44	6,8	81	7,5
11 à 20 cigarettes/jour	29	4,4	53	4,9
Plus de 20 cigarettes/jour	4	0,6	6	0,6
Total	648	100,0	1 087	100,0

NR 2012 : 1,1 % - NR 2007 : 2,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi les 198 fumeurs réguliers ou occasionnels, 191 répondent à la question « Aimeriez-vous arrêter de fumer ? ». Un tiers ne le souhaite pas (31,4 %) et plus de la moitié des fumeurs (51,8 %) répondent « oui mais pas pour le moment ». Seuls 16,8 % des étudiants souhaiteraient arrêter maintenant.

5. 10 .2. La consommation d'alcool

115 étudiants, soit 17,8 % de l'échantillon, déclarent ne jamais boire d'alcool. Cette proportion est similaire à celle observée en 2007 (189 étudiants non buveurs, soit 17,6 % de l'échantillon).

Le questionnaire permet d'explorer les conduites d'alcoolisation excessive ou " *binge drinking* " correspondant à la prise d'au moins **5 verres d'alcool en une seule occasion**. Cette pratique a concerné 49,8 % de l'ensemble des étudiants enquêtés au cours du mois précédant l'enquête (en 2007 : ils étaient 38,3 %) et pour 32,3 % cela a eu lieu plus d'une fois au cours du mois écoulé (vs 22,5 % en 2007). **Cette évolution des pratiques d'alcoolisation excessive entre 2007 et 2012 est significative (p<0,001).**

Tableau 182. Avoir bu 5 verres d'alcool ou plus de suite au cours des 30 derniers jours

	2012		2007	
	N	%	N	%
Aucune fois	325	50,2	668	61,7
Une fois	114	17,6	170	15,7
Deux fois	78	12,0	116	10,7
De 3 à 5 fois	80	12,3	86	7,9
De 6 à 9 fois	33	5,1	33	3,0
10 fois ou plus	18	2,8	10	0,9
Total	648	100,0	1 083	100,0

NR 2012 : 1,1 % - NR 2007 : 2,6 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

En 2012, des différences statistiquement significatives apparaissent aussi dans l'analyse de genre lorsqu'on regroupe les modalités de réponses sur la consommation excessive d'alcool. Près de six étudiantes enquêtées sur dix ont eu aucune consommation excessive au cours du dernier mois (57,0 %) ; 40,1 % des étudiants sont dans ce cas. Les excès répétés au-delà de 2 fois au cours du dernier mois, concernent 32,8 % des garçons et trois moins de filles (11,7 %).

Tableau 183. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucune fois	105	40,1	220	57,0	325	50,2
De 1 à 2 fois	71	27,1	121	31,3	192	29,6
3 fois ou plus	86	32,8	45	11,7	131	20,2
Total	262	100,0	386	100,0	648	100,0

NR : 1,1 %

P<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le tableau qui suit présente les lieux et situation de la dernière consommation d'alcool.

Tableau 184. Lieux et situation de la dernière consommation d'alcool

	N	%
Je ne bois jamais d'alcool	115	17,8
Chez quelqu'un	190	29,4
Dans un bar ou un pub	132	20,4
Chez moi	86	13,3
En discothèque	68	10,5
Dehors (rue, parc, plage, etc...)	20	3,1
Autres endroits (soirée, fête, club sport ou non précisé)	18	2,8
Dans un restaurant	12	1,9
En rave party	5	0,8
Sur mon lieu d'études	3	0,5
Total	646	100,0

NR : 1,4 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

C'est avant tout dans les lieux privés (domicile d'amis, chez l'étudiant) que la dernière consommation d'alcool a eu lieu (respectivement 29,4 % et 13,3 % des situations) puis dans des établissements tels que les bars ou les discothèques (respectivement 20,4 % et 10,5 %).

À tous les étudiants, qu'ils boivent ou non de l'alcool, nous proposons de se positionner par rapport à différentes affirmations en relation avec une consommation d'alcool, rendant compte en cela de leurs représentations et éventuellement de leurs comportements (12 % environ de valeurs manquantes à ces questions).

Tableau 185. Que pourrait-il vous arriver en buvant de l'alcool ? (en %)

	Impossible ou presque impossible	Possible	A peu près sûr ou sûr
Me sentir calmé	57,7	33,5	8,8
Avoir des problèmes avec police	74,0	19,3	6,7
Avoir problèmes de santé	59,1	26,9	13,9
Me sentir heureux	26,2	41,8	32,0
Oublier mes problèmes	37,5	38,1	24,4
Ne pas pouvoir m'arrêter de boire	81,7	11,9	6,4
Avoir la gueule de bois	25,8	36,7	37,4
Me sentir plus ouvert et amical	15,7	38,4	45,9
Faire quelque chose que je regrette ensuite	52,4	30,1	17,6
M'amuser beaucoup	15,5	35,2	49,3
Me sentir plus sûr	23,5	37,1	39,4
Me sentir malade	44,8	35,8	19,4
Risquer l'accident de la route	69,8	14,1	16,2
Tomber dans le coma	81,0	12,3	6,6

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

A la lecture des résultats, deux constats se dégagent :

- la minimisation du risque lié à la prise d'alcool : qu'il s'agisse du risque sur la santé (59,1 % jugent impossible ou presque impossible de se sentir malade ou d'avoir des problèmes de santé et 81,0 % pensent impossible ou presque impossible de tomber dans le coma suite à une consommation d'alcool), du risque d'accident de la route (impossible ou presque impossible pour 69,8 %) ou de comportement non contrôlé (impossible ou presque impossible pour 52,4 %) et enfin du risque répressif (les trois quarts nient pouvoir avoir des problèmes avec la police) ;
- une valorisation de l'alcool par l'affirmation de ses effets « positifs » : se sentir heureux, oublier ses problèmes, se sentir plus ouvert ou plus sûr de soi, s'amuser beaucoup.

Pour clore ce chapitre sur l'alcool, une question sur l'ivresse au cours des 30 derniers jours leur est posée. Comme pour la consommation excessive, une différence significative selon le genre caractérise le comportement d'ivresse.

L'ivresse est un phénomène relativement répandu chez les garçons puisqu'une minorité de 47,6 % y échappe au cours du mois écoulé ; 63,6 % des filles n'ont pas été ivres sur la même période.

Globalement, les jeunes ivres au moins une fois par semaine représentent 17,0 % de l'échantillon (avec une différence de prévalence selon le sexe : 27,6 % des garçons sont dans ce cas contre trois fois moins de filles soit 9,9 %) ($p < 0,001$).

On relève également une aggravation du phénomène d'ivresse déclarée chez les étudiants entre 2007 et 2012 : les ivresses au cours du mois augmentent et les comportements de répétition (plus de 3 fois/mois) sont près de deux fois plus fréquents ($p < 0,001$).

Tableau 186. Combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?

Au cours des 30 jours	Garçons		Filles		Total 2012		Total 2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 fois	122	47,5	245	63,6	367	57,2	691	65,3
1 à 2 fois/mois	64	24,9	102	26,5	166	25,9	269	25,4
3 à 5 fois/ mois et +	71	27,6	38	9,9	109	17,0	99	9,3
Total	257	100,0	385	100,0	642	100,0	1 059	100,0

NR : 2,0 %

Entre sexe $P < 0,001$

2007-2012 : $P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour l'exploitation de la connaissance des drogues, une question en deux temps permet de savoir si les étudiants en ont entendu parler, puis s'ils ont essayé le produit.

Tableau 187. Connaissance et initiation aux différentes drogues

	Ceux qui connaissent		Ceux qui l'ont essayé	
	N	%	N	% sur population totale (n=655)
Cannabis	591	97,7	253	40,2
Poppers	385	64,4	46	10,6
Tranquillisants ou somnifères	489	81,0	49	9,3
Cocaïne	560	93,5	22	3,6
Ecstasy, MDMA	519	86,8	27	4,8
Champignons, Datura	505	84,4	26	4,7
LSD ou acide	490	81,9	15	2,8
Produits à sniffer, inhaler	480	80,1	24	4,6
Amphétamines	515	86,1	18	3,2
Héroïne	536	89,6	1	0,2
Méthadone, Subutex	251	42,0	1	0,3
Crack	483	80,8	2	0,4

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L'ensemble des produits est connu d'une majorité d'étudiants, avec une grande « popularité » du cannabis dont l'usage est aussi le plus fréquent des drogues, excepté l'alcool et le tabac : 40,2 % des étudiants l'ont essayé.

Mais l'expérimentation du poppers (10,6 %), d'ecstasy (4,8 %), de champignons hallucinogènes (4,7 %) et de produits à sniffer (4,6 %) voire de cocaïne (3,6 %) est aussi retrouvées parmi les étudiants.

L'usage de tranquillisants ou de somnifères concerne également une proportion de jeunes non négligeable (près d'un étudiant sur 10 : 9,3 %).

Avec la précaution qui entoure l'échantillon de 2012, nous constatons que sur la consommation de poppers, d'héroïne et de méthadone/subutex, les diminutions observées des étudiants qui déclarent en avoir consommé sont statistiquement significatives (-9 points pour le poppers, -1,4 point pour l'héroïne et -2 points pour méthadone et subutex).

En 2012, 266 étudiants indiquent leur âge au premier usage de drogue : l'âge moyen de l'initiation à l'un des produits de la liste proposée est de 16,2 ans ($\pm 2,1$ ans), sans différence significative avec la moyenne d'âge en 2007.

261 étudiants indiquent le lieu où ils ont pris de la drogue la dernière fois. L'essentiel des situations de prise de drogue a lieu dans un cadre privé (« chez quelqu'un » : 56,3 % et au domicile de l'enquêté : 16,5 %). Pour 19,9 % des étudiants, la consommation de drogue s'effectue dans un lieu public ouvert (rue, parc, plage). Les discothèques, bars et rave party ne représentent que 5,4 % des situations récentes de consommation de drogue.

Tableau 188. Où étiez-vous la dernière fois que vous avez pris de la drogue ?

	N	%
Chez quelqu'un	147	56,3
Dehors (rue, parc, plage, zone ouverte)	52	19,9
Chez moi	43	16,5
En discothèque	7	2,7
En rave party	5	1,9
Dans un bar ou un pub	2	0,8
Dans une fête	2	0,8
Au collège / à l'école	1	0,4
Autres lieux	2	0,8
Total	261	100,0

NR : 1,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Comme nous l'avons précédemment, 40,2 % des étudiants de l'échantillon disent avoir fumé du cannabis.

La question suivante permet de connaître dans la population étudiante enquêtée l'usage récent et régulier du cannabis.

Tableau 189. Combien de fois avez-vous pris du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

	Garçons		Filles		Total 2012		Total 2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 fois	172	68,5	299	79,9	471	75,4	786	77,7
1-2	32	12,7	38	10,2	70	11,2	121	12,0
3-5	7	2,8	11	2,9	18	2,9	50	4,9
6-9	18	7,2	5	1,3	23	3,7	23	2,3
10-29	15	6,0	12	3,2	27	4,3	16	1,6
1 fois / jour	2	0,8	4	1,1	6	1,0	5	0,5
Plusieurs fois / jour	5	2,0	5	1,3	10	1,6	10	1,0
Total	251	100,0	374	100,0	625	100,0	1 011	100,0

NR : 4,6 %

Entre sexe : $P < 0,005$

2007-2012 : $P < 0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On constate qu'en milieu étudiant :

- l'augmentation de l'usage récent de cannabis entre 2007 et 2012 est significative ($p < 0,01$) comme l'est le doublement de l'usage régulier (plus de dix fois par mois): de 3,1 % à 6,9 % en prévalence tous sexes confondus ;
- les différences de genre en 2012 sont significatives.

Sans évolution significative depuis 2007, 7,1 % de l'ensemble des étudiants déclarent avoir l'habitude de prendre un stimulant ou un remontant avant un examen ou un entretien (3,7 % de valeurs manquantes).

Tableau 190. Vous arrive-t-il de prendre des calmants, antidépresseurs ou somnifères ?

	N	%
Jamais	546	86,8
Parfois	76	12,1
Souvent	7	1,1
Total	629	100,0

NR : 4,0 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

13,2 % déclarent prendre des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères « parfois » à « souvent ». 83 étudiants se reconnaissent dans cette question lorsque l'usage de ces produits est interrogé au même titre que d'autres (49 seulement avaient déclaré en *avoir essayé*).

Tableau 191. Si oui, est-ce parce qu'un médecin vous les a prescrits ?

	N	%
Non	33	39,8
Oui, pour une durée < à 3 semaines	31	37,3
Oui, pendant 3 semaines ou plus	19	22,9
Total	83	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans 39,8 % des cas, cette consommation de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères n'est pas prescrite par un médecin.

On remarque que la consommation de calmants et d'antidépresseurs est plutôt une pratique féminine (15,9 % de filles et 9,1 % de garçons en prennent parfois ou souvent). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,001$), mais il n'y a pas de différence de sexe pour la délivrance ou non de ces médicaments par un médecin.

5. 11. Sexualité et contraception

Premiers rapports

Un peu plus de sept étudiants en 1^{ère} année sur dix (76,2 % soit 490 étudiants interrogés sur 655) ont déjà eu des rapports sexuels (1,7 % ne souhaite pas répondre à la question et 1,8 % des réponses sont manquantes).

On observe une différence entre garçons et filles : 81,5 % des garçons ont déjà eu des rapports contre 72,7 % de filles ($p < 0,05$).

L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16,3 ans ($\pm 1,5$) avec un âge minimum de 12 ans et un maximum de 23 ans ($n=480$). A 16 ans, la moitié des étudiants a déjà eu des rapports sexuels.

Lors de leur premier rapport sexuel, 92,5 % se sont protégés du risque de grossesse et 89,5 % disent avoir utilisé un préservatif.

Au moment de l'enquête, 319 étudiants déclarent avoir un(e) ou plusieurs partenaires, soit 48,7 % de l'échantillon (1,4 % ne se prononcent pas).

Au cours des 12 derniers mois, le nombre de partenaires déclaré est compris entre 0 et 27 pour les 474 étudiants concernés. Ce sont donc en moyenne deux partenaires sur l'année ($\pm 2,0$) que déclarent les étudiants sexuellement actifs. Cependant, plus de la moitié des étudiants (55,7 %) a eu un(e) partenaire unique sur les 12 derniers mois.

Pour la plupart, ces relations sont hétérosexuelles (94,6 %). Les relations homosexuelles (3,9 %) et bisexuelles (1,5 %) sont le fait d'une petite minorité (25 étudiants sur 466 répondants).

Vaccination et dépistage

Un étudiant sur deux est vacciné contre l'hépatite B (51,0 % soit 313 étudiants) ; cela représente 10 points de moins qu'en 2007 (63,2 % soit 644 étudiants). On notera qu'ils sont nombreux à ignorer leur statut vaccinal (32,2 % vs 19,8 % en 2007). On n'observe pas de différence sur cette couverture vaccinale entre les garçons et les filles.

Tableau 192. Vaccination contre l'hépatite B ?

	N	%
Oui	313	51,0
Ne sait pas	198	32,2
Non	103	16,8
Total	614	100,0

NR : 6,3 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La pratique d'un test de dépistage sur les douze derniers mois concerne 149 étudiants de l'échantillon, soit 31,6 % (en 2007 : 236 étudiants soit 29,8 % des répondants). Il s'agit en premier lieu d'un test de dépistage du VIH ou d'un double test VIH + hépatite B.

Tableau 193. Pratique de dépistage au cours des 12 derniers mois

	N	%
Aucun	323	68,4
Hépatite B + VIH	73	15,5
VIH	69	14,6
Hépatite B	7	1,5
Total	472	100,0

NR : 27,9 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Six étudiants déclarent avoir eu une infection sexuellement transmissible (IST) au cours de la dernière année, soit 1,2 % des étudiants qui ont des rapports sexuels.

Prévention du risque de grossesse

La question de la prévention du risque de grossesse est abordée à ce moment de l'enquête.

Tableau 194. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête

	2012		2007	
	N	%	N	%
Ne sait pas	7	1,5	28	3,8
Non	104	22,5	73	9,8
Cela dépend des fois	16	3,5	23	3,2
Oui	335	72,5	617	83,3
Total	462	100,0	741	100,0

NR 2012 : 29,5 % - NR 2007 : 33,4 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Sept étudiants sur dix se protègent du risque de grossesse (72,5 %) quand plus d'un sur cinq (22,5 %) dit ne rien faire pour s'en protéger. Pour les autres, cette précaution n'est pas systématique ou alors ignorée (par les garçons). Il apparaît que la prévention des grossesses non désirées a diminué de manière très significative depuis 2007 (-12 points).

Toutefois, si l'on rapporte la fréquence des réponses négatives (104) à celles des étudiants déclarant avoir effectivement des rapports sexuels au moment de l'enquête (319), le constat est à relativiser.

L'attitude de précaution contre un risque de grossesse est plus souvent le fait des filles (79,1 %) que des garçons (63,4 %). Cette différence est statistiquement significative (p<0,001).

La ou les méthodes utilisées pour prévenir le risque de grossesse sont les suivantes : dans près de sept cas sur dix (68,7 %), c'est la pilule contraceptive qui est utilisée, dans un cas sur deux (56,4 %) le préservatif. Relevons qu'un étudiant sur dix (11,5 %) cite le retrait avant éjaculation comme méthode contraceptive et 3,6 % l'abstinence « les jours à risque ».

Tableau 195. Moyens de contraception déclarés par les étudiants

	N	%
Pilule	246	68,7
Préservatif masculin	202	56,4
Retrait avant éjaculation	41	11,5
Éviter les jours à risque	13	3,6
Contraception urgence	11	3,1
Implant	11	3,1
Préservatif féminin	9	2,5
Anneau vaginal	5	1,4
Stérilet	3	0,8
Patch	1	0,3

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Plus de la moitié des étudiants qui ne font rien pour éviter le risque de grossesse n'ont pas de rapport sexuel actuellement (53,9 %), et deux étudiantes sont enceintes. Pour 15 personnes (14,4 %), cette question ne les préoccupe pas dans la mesure où elles ont des rapports sexuels uniquement avec une personne de même sexe. Deux étudiants répondent ne pas être préoccupés par la question de la prévention des grossesses.

La même question leur est posée sur les précautions prises pour prévenir les IST. Pour un public où l'on peut penser que la compréhension des questions n'est pas un obstacle, on remarque que la part des étudiants qui ne savent pas s'ils ont des relations protégées du point de vue des IST est en augmentation (6,6 % en 2012 vs 3,2 % en 2007 - $p < 0,05$).

On note également que les réponses affirmatives sont en diminution (42,5 % contre 46,1 % quatre ans auparavant).

Tableau 196. Précaution prise pour éviter de contracter une infection sexuellement transmissible au moment de l'enquête

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	206	45,6	311	45,1
Oui	192	42,5	318	46,1
Ne sait pas	30	6,6	22	3,2
Cela dépend des fois	24	5,3	39	5,7
Total	452	100,0	689	100,0

NR 2012: 31,0 % - NR 2007 : 38,0 %
Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les étudiants sont aussi moins nombreux à se prononcer sur le risque d'IST que sur le risque de grossesse : 45,6 % ne font rien contre ce risque (22,5 % sont dans ce cas pour le risque de grossesse), soit deux fois moins de jeunes qui se protègent.

On constate une grande négligence chez les étudiants assez persistante dans le temps (45,1 % en 2007) vis-à-vis du risque d'IST ; toutefois, cette proportion est à moduler avec les explications qu'ils en donnent : plus d'un sur deux n'a pas de relations sexuelles sur la période où on les interroge.

Néanmoins, le sentiment d'être protégé du risque s'appuie aussi sur le test de dépistage des IST dans cette population (13,1 %), qui cite comme source de la réassurance : la connaissance, la confiance et la fidélité en son partenaire (près d'un sur 10 globalement).

Tableau 197. Raisons invoquées pour expliquer l'absence de précaution contre le risque d'infection sexuellement transmissible par les étudiants

Contre le risque d'IST	2012		2007	
	N	%	N	%
Pas de rapports sexuels actuellement	103	53,9	78	27,0
Test de dépistage des IST (les deux partenaires)	25	13,1	41	14,1
C'est quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	22	11,5	44	15,1
Ne sait pas	19	9,9	47	16,2
Fidélité au partenaire	7	3,7	30	10,5
Confiance/ stabilité du couple	6	3,1	19	6,5
Un seul partenaire vierge / absence de risque	4	2,1	4	1,4
Autres motifs	3	2,6	26	9,0
Total	191	100,0	289	100,0

NR 2012 : 7,3 % - NR 2007 : 7,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Lorsqu'on les interroge sur les moyens utilisés pour éviter une grossesse, 11 étudiants répondent la contraception d'urgence (3,1 % des moyens cités).

Quand on leur demande à l'occasion d'une autre question, si eux-mêmes ou leur partenaire ont déjà utilisé la contraception d'urgence, 188 répondent positivement, soit 42,1 % des répondants (ils étaient 269 étudiants en 2008 soit 36,3 %).

Tableau 198. Utilisation de la contraception d'urgence

"Vous ou votre partenaire, l'avez-vous déjà utilisée ?"	2012		2007	
	N	%	N	%
Ne sait pas	24	5,4	39	5,3
Ne sait pas ce que c'est	nd	nd	9	1,2
Non	234	52,5	424	57,3
Oui, (une fois)	134	30,0	269	36,3
Oui, plusieurs fois	54	12,1	nd	nd
Total	446	100,0	740	100,0

NR 2012 : 31,9 % - NR 2007 : 33,4 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Leurs connaissances sur la contraception d'urgence (délai de prise, nécessité ou non d'avoir une ordonnance, gratuité pour les mineurs) sont questionnées. Plus de huit sur dix déclarent connaître le délai pendant lequel on doit prendre la contraception d'urgence après un rapport à risque (84,5 %), avec 5,5 % de valeurs manquantes. La fréquence est sensiblement la même qu'en 2007 (83,4 %).

Moins d'un tiers sait que la contraception d'urgence peut se prendre dans les 72 heures suivant un rapport non protégé (29,4 % des répondants mais seulement 23,4 % des étudiants interrogés).

Tableau 199. Si oui, au maximum, combien de temps après ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Moins de 24 heures	190	36,5	385	44,3
Moins de 48 heures	175	33,6	280	32,3
Moins de 72 heures	153	29,4	200	23,0
Moins de 120 heures	3	0,6	nd	nd
Ne sait pas	nd	nd	4	0,4
Total	521	100,0	868	100,0

NR 2012 : 20,5 % - NR 2007 : 21,9 %

P<0,01

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La plupart ignore que la contraception d'urgence peut être délivrée sans ordonnance dans les officines. On ne note pas d'évolution des connaissances depuis la 1^{ère} enquête de 2008.

21,0 % des étudiants apprennent à l'occasion de cette enquête que cette contraception d'urgence est délivrée gratuitement aux mineures (4,6 % de valeurs manquantes).

Tableau 200. A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?

	2012		2007	
	N	%	N	%
Oui	566	90,6	981	92,8
Ne sait pas	45	7,2	39	3,7
Non par forcément	14	2,2	37	3,5
Total	625	100,0	1 057	100,0

NR 2012 : 4,6 % - NR 2007 : 4,9 %

P<0,005

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Alors que 188 étudiants ont déclaré avoir pris la contraception d'urgence (pour elles-mêmes ou leur partenaire quand le répondant est un garçon), 198 étudiants répondent à la question sur les circonstances qui les ont amenés à prendre cette contraception d'urgence.

Tableau 201. Contexte de la dernière utilisation de la contraception d'urgence en population étudiante

"Vous (ou votre partenaire) l'avez prise à la suite : "	2012		2007	
	N	%	N	%
D'un rapport sans protection	79	39,9	101	32,9
D'une rupture de préservatif	66	33,3	122	39,9
D'un oubli de pilule	44	22,2	74	24,0
Retrait tardif du partenaire	3	1,5	5	1,6
Erreur de dates	2	1,0	3	1,1
Autre raison	4	2,0	2	0,5
Total	198	100,0	307	100,0

NS

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les trois principales circonstances qui ont amené des étudiants ayant eu des rapports sexuels (38,6 %) à recourir à la contraception d'urgence sont : un rapport non protégé (39,9 %), une rupture de préservatif (33,3 %) et un oubli de pilule (22,2 %). Ces motifs de recours à la contraception d'urgence sont relativement stables dans le temps.

28 étudiants déclarent qu'eux-mêmes ou leur partenaire ont eu, au cours de leur vie, une grossesse involontaire, soit 5,7 % des étudiants qui ont déjà eu des rapports sexuels (0,5 % de refus de répondre et 3,5 % de valeurs manquantes à cette question). En 2008, 40 étudiants étaient concernés, soit 4,2 % des jeunes sexuellement actifs.

Les raisons de cette grossesse involontaire (pour lesquelles nous obtenons 28 réponses) sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 202. Les raisons d'une grossesse involontaire

	2012		2007	
	N	%	N	%
Un rapport sans protection	13	46,4	19	46,8
Un oubli de pilule	4	14,3	10	24,6
Une rupture de préservatif	5	17,9	8	20,2
Erreur dans les dates	1	3,6	1	3,5
Retrait tardif du partenaire	3	10,7	1	3,3
Autre raison	2	7,1	1	1,7
Total	28	100,0	40	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le rapport sans protection est à l'origine de près d'une grossesse involontaire sur deux, 14,3 % déclarent un oubli de pilule et 17,9 % une rupture de préservatif. Un sur dix invoque un retrait tardif du partenaire.

Vingt-trois étudiantes ou compagnes d'étudiants interrogées ont eu recours à une IVG. Cela représente 4,7 % des étudiants qui ont eu des rapports sexuels.

Tableau 203. Pratique d'une IVG au cours de la vie

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	396	93,4	837	93,5
Oui, une fois	21	5,0	31	3,5
Oui, plusieurs fois	2	0,5	nd	nd
Ne se prononce pas	5	1,2	27	3,0
Total	424	100,0	896	100,0

NR 2012 : 35,3 % - NR 2007 : 19,5 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Parmi ces 23 antécédents d'IVG rapportés, 15 déclarent utiliser à ce moment-là un moyen pour éviter une grossesse et 12 détaillent le moyen utilisé : 7 prenaient la pilule, 4 utilisaient le préservatif et l'anneau vaginal. Une question sur la connaissance des centres de planification a été posée aux étudiants en 2012, alors qu'elle n'était pas proposée en 2007 : 22,5 % des étudiants déclarent ne pas connaître les centres de planification (35,1 % des garçons et 14,4 % des filles) ; 77,5 % répondent affirmativement (85,6 % des filles et 64,9 % des garçons) ; 11,3 % des réponses sont manquantes. La différence de genre est statistiquement significative.

5. 12. La violence

Cette partie du questionnaire explore les situations où d'une part, les étudiants ont pu être victimes ou auteurs de violences, d'autre part la fréquence de ces actes violents et enfin leur ancienneté.

Tableau 204. J'ai déjà été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un

Victime	N	%
Non	503	78,8
Oui, une fois	73	11,4
Oui, deux fois	26	4,1
Oui, trois fois ou plus	36	5,6
Total	638	100,0

NR : 2,6 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

135 étudiants, soit 21,2 % des répondants, ont déjà été frappés ou blessés. Pour 29 d'entre eux, soit 21,5 % des victimes de violence, cela est arrivé récemment (au cours des 12 derniers mois).

Les garçons sont globalement plus fréquemment victimes que les filles (33,5 % vs 12,9 %) et particulièrement dans les actes répétés. La différence est significative ($p < 0,001$).

Tableau 205. Seul ou en groupe, j'ai déjà frappé ou blessé quelqu'un physiquement

Auteur	N	%
Non	543	85,6
Oui, une fois	44	6,9
Oui, deux fois	19	3,0
Oui, trois fois ou plus	28	4,4
Total	634	100,0

NR : 3,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On observe tout d'abord qu'il y a presque autant de déclarations d'auteurs de violence que de victimes parmi les étudiants. Sur les 91 faits de violence causée, 22 se sont déroulés au cours de l'année (27,2 % des réponses).

Les garçons sont également plus fréquemment auteurs de violence que les filles (27,1 % vs 5,8 %) et particulièrement dans les actes répétés. La différence est significative ($p < 0,001$).

19 personnes déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés (3,0 % des répondants - valeurs manquantes : 3,2 %) : il s'agit de filles exclusivement. Dans environ la moitié des cas (11 situations), l'étudiante en a parlé à quelqu'un ; une seule a déposé plainte.

Enfin, 4 étudiants déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent (7,8 % de valeurs manquantes). Il s'agit de 4 réponses de garçons, ce qui nous laisse un doute sur la compréhension de la question qui avait comme objectif de connaître la fréquence des pratiques de prostitution chez les jeunes étudiants et non le recours à des prostituées.

5. 13. Accidents

115 étudiants de l'échantillon déclarent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois (18,3 % des répondants). Le nombre déclaré va de 1 accident à 10 accidents au cours de la période.

Le tableau ci-dessous présente la fréquence des accidents en fonction du sexe. Les différences sont significatives, les garçons étant plus fréquemment victimes d'accidents que les filles ; ceci est particulièrement vrai pour les répétitions d'accidents.

Tableau 206. Nombre d'accidents au cours de l'année

Au cours des 12 derniers mois	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun accident	194	76,7	318	85,0	512	81,7
1 accident	40	15,8	44	11,8	84	13,4
2 accidents et plus	19	7,5	12	3,2	31	4,9
Total	253	100,0	374	100,0	627	100,0

NR : 4,3 %

$P < 0,05$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le type d'accident le plus récent est détaillé dans le tableau suivant. Parmi les autres accidents non prévus dans la liste proposée, ont été rapportés un cas d'agression et un cas de violence conjugale.

Tableau 207. Parmi les accidents, type d'accident le plus récent

	N	%
Voiture	49	43,4
Sport ou loisir	32	28,3
Domestique	21	18,6
Moto / scooter	16	14,2
VTT / vélo	15	13,3
Travail / atelier	2	15,4
Roller / Skate	1	0,9
Autre (agression)	2	1,8

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Si on s'intéresse au dernier accident dont ont été victimes les étudiants (n=112), il s'agit d'un accident de la circulation dans la moitié des cas (52,7 %), puis d'un accident de sport (29,5 %) et d'un accident domestique (15,2 %). L'accident du travail concerne 2,7 % des accidents les plus récents.

Cet accident a été sans conséquence dans 47,8 % des cas documentés (n=113). Dans 26,5 % des cas, il y a eu un passage par un service d'urgence, 21,2 % une visite chez le médecin, et dans 4,4 % une hospitalisation d'une nuit au moins.

17 étudiants accidentés ont dû arrêter momentanément leur formation à la suite de cet accident (17,8 % des répondants). Cet arrêt de cours ou de formation a pu se prolonger jusqu'à 2 mois et demi. La moitié des étudiants accidentés n'a pas manqué les cours plus de 3 jours et l'arrêt moyen est de 12 jours (± 18 jours).

5. 14. Analyse spécifique : les étudiants et le score individuel de fragilité sociale

Près d'un étudiant sur cinq est précaire (19,2 %) selon le seuil de précarité établi par les auteurs du score Epices, soit 111 des jeunes enquêtés sur 578 répondants aux 11 questions qui composent le score. Notons que 77 étudiants, soit 11,8 % des enquêtés ne répondent pas à au moins une des 11 questions, s'excluant de fait du calcul du score individuel de fragilité sociale mais aussi de la lecture dichotomique entre étudiants retenus comme précaires ou non précaires selon Epices.

QUI SONT-ILS ?

On n'observe pas de différence de genre ou de moyenne d'âge entre les étudiants précaires et les autres. Par contre, les étudiants précaires sont moins nombreux à être satisfaits de leurs études l'année de l'enquête (83,8 % vs 90,5 % parmi les étudiants non précaires – $p < 0,05$).

QUELLE EST LEUR SITUATION SOCIALE ?

Les étudiants précaires ne sont pas proportionnellement plus nombreux que les autres à cumuler études et activité salariée dans notre échantillon. En revanche, les étudiants précaires selon Epices perçoivent une bourse à critères sociaux dans 59,3 % des cas contre 45,3 % des non précaires selon ce score ($p < 0,01$).

En matière de logement, on observe des différences significatives entre les étudiants précaires et les autres : les premiers vivent plus souvent en résidence universitaire du Crous (27,9 % vs 11,1 %) ($p < 0,001$). Lorsqu'on les interroge sur les difficultés rencontrées pour trouver leur premier logement, la réponse discrimine aussi les étudiants précaires des autres : 51,9 % répondent affirmativement contre 25,3 % des non précaires ($p < 0,001$). Rappelons que la moyenne de l'échantillon est de près de 49 % de boursiers plaçant l'académie de Montpellier comme première région pour l'attribution des bourses de niveaux 5 et 6.

Les étudiants retenus comme précaires le sont aussi si l'on considère leur niveau de revenus mensuels : 33,6 % vivent avec moins de 250 € par mois (c'est le cas de 23,0 % des étudiants non précaires selon le score Epices) ; 30 % ont entre 250 et 400 € /mois et 30 % entre 400 et 600 € /mois ($p < 0,05$).

MILIEU ET LIENS SOCIAUX ?

Lorsqu'on compare les deux groupes en opposant ceux qui voient leurs parents tous les jours ou très souvent (au moins une fois par semaine), ceux qui les voient avec une fréquence mensuelle et enfin ceux dont les contacts sont rares voire inexistantes, on observe une différence significative entre les étudiants précaires et les autres. Les premiers sont aussi ceux qui ont en plus grande proportion des contacts très rares voire inexistantes avec leurs parents moins fréquemment que les autres (32,7 % vs 18,5 % - $p < 0,005$).

Les étudiants précaires ont un père avec un niveau social défavorisé dans un cas sur deux quand c'est le cas d'un tiers des étudiants non retenus comme précaires (51,6 % vs 35,7 %) ($p < 0,005$) ; ceci est également le cas pour leur mère avec un niveau social défavorisé dans 71,3 % des cas chez les étudiants précaires contre 51,5 % des non précaires ($p < 0,001$).

QUID DE LEURS ACCÈS AUX SOINS ?

Au cours des six derniers mois, les étudiants précaires sont un moins nombreux que les autres à avoir consulté pour leur santé : 84,7 % vs 92,0 % ($p < 0,05$), sans que l'on note de différence significative sur le recours à tel ou tel spécialiste. Par contre, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà renoncé à consulter un professionnel de santé, les jeunes précaires sont plus souvent dans ce cas que les autres étudiants : 35,5 % vs 18,3 % ($p < 0,001$). Le motif financier est invoqué plus fréquemment pour expliquer le renoncement (78,9 % vs 53,1 %) ($p < 0,01$).

Santé subjective

Les différences de moyennes obtenues aux principales dimensions du profil de Duke sont toutes statistiquement différentes au détriment des étudiants précaires, à l'exception de la dimension « santé perçue ».

Dimensions	Etudiants précaires			Non précaires			p
	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart-type	Moyenne 2007	Moyenne 2012	Écart-type	
Santé physique n=565 (n2007=983)	59,8	63,4	25,7	69,6	70,6	21,5	<0,005
Santé mentale n=566 (n2007=972)	55,8	57,3	26,2	64,0	68,6	24,0	<0,001
Santé sociale n=524 (n2007=909)	68,4	72,0	19,3	75,8	81,6	16,7	<0,001
Santé générale n=515 (n2007=892)	62,1	64,1	18,6	70,0	73,5	16,2	<0,001
Santé perçue n=545 (n2007=973)	62,9	67,9	35,3	68,1	68,0	38,2	NS
Estime de soi n=567 (n2007=971)	66,7	70,6	19,3	71,4	76,6	19,3	<0,005
Anxiété (-) n=566 (n2007=971)	53,0	50,0	21,6	60,2	45,3	19,1	<0,05
Dépression (-) n=566 (n2007=979)	52,9	47,4	27,4	60,6	37,7	24,7	<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les attitudes que les étudiants les plus précaires adoptent pour faire face au stress sont elles aussi des indices de fragilité :

- n'en parle pas autour de lui : 43,1 % vs 27,5 % ($p < 0,005$)
- évite la compagnie : 27,5 % vs 17,6 % des non précaires ($p < 0,05$)

Les étudiants précaires ont déjà ressenti au cours de leur vie un sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart (que ce soit « rarement, de temps en temps ou souvent ») en plus grande proportion que les autres étudiants :

- en raison de leur religion : 17,1 % vs 3,5 % ($p < 0,001$)
- suite à des remarques à caractère raciste : 25,2 % vs 8,7 % sont dans ce cas ($p < 0,001$)
- en raison de remarques à caractère sexiste : 15,3 % vs 8,1 % ($p < 0,001$).

COMPORTEMENTS DE SANTÉ ?

Les difficultés économiques en lien avec l'alimentation sont abordées par deux questions sur les dépenses alimentaires. Il s'agit de **difficultés rencontrées au cours des 12 derniers mois pour pouvoir manger à sa faim**. Les étudiants précaires ont vécu cette situation (soit rarement soit assez souvent voire très souvent) avec une fréquence près de deux fois supérieure aux autres étudiants interrogés : 29,4 % vs 15,2 % ($p < 0,001$).

Demander de l'aide pour obtenir de quoi manger est aussi une situation plus fréquemment déclarée par les étudiants précaires (au moins une fois au cours de l'année) : 17,3 % vs 3,7 % ($p < 0,001$).

Des différences de corpulence entre étudiants précaires et non précaires sont aussi repérées : 20,6 % de surcharge pondérale chez les précaires contre 10,8 % chez les autres ($p < 0,01$).

Il n'y a pas de différence significative entre groupes concernant les addictions.

Les indicateurs d'exposition au risque en matière de contraception ou d'IST comme les indicateurs d'accès à l'information et le niveau de connaissances ne ressortent pas lorsqu'on croise ces données à la précarité des étudiants.

Ce sont les indicateurs de violence, en tant que victime ou comme auteur, qui ressortent de manière péjorative pour les étudiants précaires :

- plus fréquemment que les autres, ils ont été victimes de violence « deux fois ou 3 fois au moins » au cours de la vie : 19,0 % vs 8,4 % ($p < 0,001$) ;
- ce sont aussi plus fréquemment des auteurs récidivistes de violence : 2 fois ou plus : 14,5 % vs 6,6 % des non précaires ($p < 0,01$).

Les étudiants précaires se déclarent plus fréquemment victimes de rapports sexuels forcés au cours de la vie : 8,2 % vs 2,2 % ($p < 0,005$).

6. UNE COMPARAISON DES PUBLICS

Après la description des trois publics enquêtés en 2012, nous allons, sur une sélection de variables, essayer de mieux comprendre ce qui distingue les jeunes de notre échantillon régional, avant de procéder à une analyse multivariée –comme en 2007– qui s’attache à proposer une typologie des jeunes 15-26 ans de la région. Les différences qui seront commentées sont toutes significatives d’un point de vue statistique.

6.1. Une approche par les déterminants

Comparons à présent les trois groupes qui composent cet échantillon régional des jeunes sur les variables explicatives mises en exergue par l’étude 2007.

6. 1. 1. Selon la filière de suivi ou de formation

La répartition par sexe diffère d’un public à l’autre, avec une prépondérance de garçons parmi les apprentis et de filles parmi les étudiants. Dans l’ensemble, ce sont 52,4 % de garçons et 47,6 % de filles qui composent la population d’étude.

Tableau 208. Répartition par sexe

	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants	
	N	%	N	%	N	%
Hommes	656	67,0	870	48,8	266	40,6
Femmes	323	33,0	914	51,2	389	59,4
Total	979	100,0	1 784	100,0	655	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

L’âge moyen est de 21 ans en MLI et d’environ 19 ans pour les autres jeunes enquêtés. Globalement, 20,8 % des jeunes enquêtés sont des mineurs qui se répartissent comme suit : 10 % parmi les jeunes en MLI ; 26,4 % parmi les étudiants de 1^{ère} année mais 37,0 % parmi les apprentis.

	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Age moyen	19,2	2,6	21,0	2,3	19,3	1,7
Moyenne au score EPICES	36,6	15,3	48,6	17,8	28,0	13,2

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les moyennes au score individuel de fragilité sociale varient là encore entre les trois publics de jeunes, la différence se traduit par la proportion de jeunes retenus comme précaires dans chaque groupe au seuil de précarité de 40,2. Sur l’ensemble de notre échantillon, il y a 49,4 % de jeunes retenus comme précaires mais ceux-ci ne se répartissent pas de manière

homogène sur les trois publics considérés : 67,2 % en MLI, 38,2 % parmi les apprentis et 19,2 % parmi les étudiants.

A partir de la combinaison de l'activité et de la dernière profession exercée, nous avons observé la distribution des jeunes selon qu'ils ont un père puis une mère avec un niveau social retenu comme défavorisé. Sur l'échantillon régional global, 62,7 % des jeunes ont un père présentant un niveau social défavorisé et 74,5 % une mère avec un niveau social défavorisé. Les jeunes en MLI sont dans les deux cas au-dessus de cette moyenne régionale d'environ 10 points.

Tableau 209. Répartition en fonction de la précarité, du niveau social du père et de la mère

	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants	
	N	%	N	%	N	%
Précaires selon EPICES	311	38,2	1 007	67,2	111	19,2
Niveau social défavorisé du père	570	59,1	1 252	73,2	262	40,4
Niveau social défavorisé de la mère	677	72,3	1 357	83,2	353	55,6

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Traduisant tout à la fois la situation des jeunes vis-à-vis de l'autonomie à l'égard du logement et des liens familiaux choisis ou subis, la fréquence du contact avec les parents a pu être en 2007 une variable importante dans l'analyse faite autour de la typologie : distribués en 3 classes, ces contacts peuvent être quotidiens, réguliers ou rares voire inexistants. Pour l'échantillon global, on note qu'un jeune sur deux (49,8 %) voit ses parents tous les jours, 32,4 % régulièrement et 17,8 % rarement, voire jamais.

Les jeunes en insertion, d'une part et les apprentis d'autre part, ont plus de contacts familiaux quotidiens que les étudiants (tableau suivant). Les apprentis, pour leur part, sont moins nombreux à avoir des contacts familiaux rares ou inexistants.

Tableau 210. Fréquence des contacts avec le/les parents

	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants	
	N	%	N	%	N	%
Quotidiens	555	56,8	944	53,9	182	28,1
Réguliers	325	33,3	439	25,1	330	50,9
Rares-inexistants	97	9,9	367	21,0	136	21,0
Total	977	100,0	1 750	100,0	648	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour les trois groupes étudiés, la principale remarque sur les niveaux de qualification réside dans les évolutions relevées au sein des groupes apprentis et jeunes en insertion entre 2007 et 2012 :

- les apprentis voient leur niveau de qualification augmenter (**Niveau bac et plus : 31,5 % en 2007 à 53,7 % en 2012**) ($p < 0,001$) ;
- diminution des jeunes sans qualification suivis en mission locale (**niveau V bis et VI**) : **36,4 % en 2007 à 30,5 % en 2012 ; niveau V: 34,9 % en 2007 à 36,1 % en 2012 ; niveau IV et sup.: 28,7 % en 2007 à 33,4 % en 2012** ($p < 0,001$).

Tableau 211. Distribution par niveaux de qualification regroupés

	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants	
	N	%	N	%	N	%
Sans qualification	0	0,0	541	30,5	0	0,0
Niveau V	446	46,3	640	36,1	0	0,0
Niveau bac et plus	517	53,7	591	33,4	650	100,0
Total	963	100,0	1 772	100,0	650	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Pour l'ensemble des dimensions du Duke, l'échelle de santé subjective, on observe des différences inter publics statistiquement significatives. Globalement, les jeunes en mission locale présentent les scores les plus défavorables –excepté pour les dimensions relatives à la santé physique et à l'anxiété où ce sont les apprentis de la région qui ont les autoévaluations les plus péjoratives. Quelques points sont à relever :

- la différence la plus marquée est la dimension « santé sociale » : 14 points séparent les étudiants des jeunes en mission locale en défaveur de ces derniers. En 2007, l'écart déjà existant n'était alors que de 10 points entre les deux groupes (étudiants : 75,2 et jeunes en MLI : 64,9) ;
- les scores dans la dimension de santé mentale étaient apparus dégradés en 2007 par rapport aux moyennes nationales des jeunes français publiées dans le Baromètre santé par l'INPES, et ce, quel que soit le public étudié. En 2012, les scores moyens de santé mentale ont progressé pour les apprentis (+2,4 points), les jeunes en insertion (+3,1 points) et les étudiants (+4 points). Globalement, l'évolution favorable est statistiquement significative sur la période ($p < 0,001$) ;
- l'augmentation du score de santé générale (combinant les dimensions physique, sociale et mentale de la santé) profite aux trois publics étudiés de manière différente : +1,9 point pour les apprentis et les jeunes suivis en MLI, +2,7 points chez les étudiants ;
- l'augmentation du score d'estime de soi profite là encore aux trois publics étudiés mais de manière différenciée : +1 point pour les apprentis, +2 points en MLI, +5 points chez les étudiants.

Tableau 212. Comparaison des scores moyens à l'échelle de Duke chez les étudiants, apprentis et jeunes en insertion 2012

Dimensions	Apprentis		Jeunes en MLI		Etudiants		p
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Santé physique (N=3255)	64,1	23,9	64,3	26,2	69,4	22,4	<0,001
Santé mentale (N=3227)	65,6	23,7	60,4	25,6	66,8	24,5	<0,001
Santé sociale (N=2943)	74,4	19,2	65,7	22,0	79,7	17,9	<0,001
Santé générale (N=2830)	68,0	17,0	63,6	19,1	71,9	17,0	<0,001
Santé perçue (N=3165)	60,8	40,2	60,3	38,3	68,2	37,5	<0,001
Estime de soi (N=3241)	74,5	19,5	67,1	21,8	75,9	19,4	<0,001
Anxiété (-) (N=3234)	52,3	20,7	50,0	21,9	46,0	19,7	<0,001
Dépression (-) (N=3239)	41,8	25,5	43,9	27,6	39,3	25,5	<0,001

Source : enquête diagnostique sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

6. 1. 2. Selon le gradient social de santé approché par les niveaux de qualification

Les éléments d'évolution des niveaux de qualification, constatés au sein des publics suivis en MLI et parmi les apprentis, invitent à une lecture plus systématique des indicateurs de conditions de vie et de santé par niveaux de qualification.

C'est une démarche de lecture du gradient social retenue en 2007 et proposée en 2012 : les jeunes enquêtés sont ainsi répartis en 3 groupes : « sans qualification » (niveau V bis et VI), niveau V et niveau bac et plus (niveau I à IV).

Il est bien sûr important de rappeler que la première catégorie est exclusivement composée de jeunes suivis en MLI (puisque nous reconstituons les niveaux de qualification à partir de la question « diplôme préparé » et les apprentis ont de base un « niveau V ») et que tous les étudiants sont dans le groupe « niveau bac et plus ».

Gardons aussi à l'esprit que l'échantillon des étudiants attendu n'a pu être obtenu. Ce qui prive d'autant de sujets le groupe avec un niveau de qualification « bac et plus ». Les évolutions relevées en 2012 au sein des publics MLI et apprentis -pris isolément- sont neutralisées dans l'échantillon régional, produit de la fusion des trois groupes et dont la sous- représentation étudiante a déjà été relevée.

Le tableau suivant propose une lecture de la distribution par niveau de qualification dans l'échantillon global régional des jeunes enquêtés en 2007 et 2012, quelle que soit la filière suivie. La répartition des jeunes par niveau de qualification dans les échantillons étudiés est identique entre les deux vagues d'enquête.

Tableau 213. Distribution des jeunes par niveaux de qualification regroupés selon l'année d'enquête

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	567	15,9	1153	32,4	1840	51,7	3 560	100,0
2012	541	16,0	1086	32,0	1763	52,0	3 390	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Dans ce qui suit, il s'agit de proposer une lecture globale et systématique des principales données de santé 2012 à l'aune du niveau de qualification et indépendamment d'une approche par filière de suivi ou de formation. Seules les différences significatives du point de vue statistique sont mises en exergue.

Assez logiquement, les jeunes sans qualification ou avec un niveau V sont un peu plus jeunes en moyenne que les jeunes les plus qualifiés. On y trouve également une proportion de garçons supérieure à celle des filles, qui sont majoritaires sur les niveaux de qualification bac et supérieur.

Tableau 214. Moyenne d'âge selon le niveau de qualification (enquête 2012)

	N	Moyenne	Ecart-type	P
Sans qualification	533	19,97	2,35	<0,001
Niveau V	1 066	19,86	2,67	
Bac et plus	1 736	20,40	2,25	
Total	3 334	20,16	2,42	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Tableau 215. Distribution des jeunes par niveaux de qualification regroupés et par sexe

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes	309	57,2	655	60,3	818	46,4	1 782	52,6
Femmes	231	42,8	431	39,7	946	53,6	1 608	47,4
Total	540	100,0	1 086	100,0	1764	100,0	3 390	100,0

P = <0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Avec 9,4 % de réponses positives, c'est dans la population des jeunes sans qualification que l'on relève la part de jeunes parents la plus importante (5,0 % parmi les niveaux V et 2,2 % parmi les niveaux bac et plus) (p<0,001).

Fragilité sociale

Dans l'échantillon observé, l'origine familiale et sociale des jeunes est globalement marquée par une proportion importante de jeunes issus de milieux très modestes. Cette origine est aussi en lien étroit avec leur propre niveau de qualification. Ainsi, si on s'attache à l'indicateur du niveau social des parents (combinaison des informations sur l'activité et la dernière profession exercée), illustrant le mécanisme du déterminisme social, on observe : que sept jeunes sans qualification sur dix ont un père appartenant à un niveau social défavorisé ; c'est le cas d'un jeune sur deux parmi les jeunes de niveau bac et plus. Le même phénomène est observé pour le niveau social de la mère : plus de huit jeunes sans qualification sur dix ont une mère appartenant à un niveau social défavorisé ; c'est le cas de sept jeunes sur dix parmi les jeunes de niveau bac et plus.

Tableau 216. Distribution des jeunes par niveaux de qualification regroupés selon l'appartenance des parents à un niveau social défavorisé

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Père	300	70,1	655	68,9	818	52,3	1 756	60,1
Mère	405	85,3	782	78,6	1 187	69,5	2 374	74,7

$P = <0,001$

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le score individuel de fragilité sociale EPICES apporte une indication supplémentaire : le score moyen calculé par niveau de qualification est supérieur de 10 points entre les jeunes sans qualification et ceux avec bac et plus. Ce sont ainsi 72,6 % des jeunes sans qualification qui peuvent être considérés comme précaires (en utilisant le seuil de 40,2), 60,2 % des jeunes de niveau V et 36,3% des jeunes avec bac et plus ($p < 0,001$).

Tableau 217. Moyenne du score EPICES selon le niveau de qualification

	N	Moyenne	Ecart-type	P
Sans qualification	438	51,56	17,06	0,001
Niveau V	892	45,76	18,25	
Bac et plus	1 539	35,37	16,50	
Total	2 870	41,07	18,30	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Santé ressentie

La perception de leur qualité de vie en santé par les jeunes de la région enquêtés s'améliore lorsque le niveau de qualification croît, et ce pour la plupart des dimensions de l'échelle de Duke ; seule la santé perçue n'est pas liée de façon statistiquement significative avec le niveau de qualification. Les écarts les plus marqués entre les jeunes sans qualification et les plus qualifiés s'observent sur les dimensions de santé sociale (14 points) et d'estime de soi (9 points).

Tableau 218. Comparaison des scores moyens à l'échelle de Duke selon le niveau de qualification

Dimensions	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total		p
	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	Moyenne	Ecart -type	
Santé physique (N=3229)	63,2	26,6	63,9	26,2	66,6	23,4	65,2	24,9	<0,01
Santé mentale (N=3299)	57,3	26,2	62,3	25,1	65,4	24,4	63,2	25,0	<0,001
Santé sociale (N=2921)	61,0	22,2	68,0	22,0	75,3	19,4	70,9	21,3	<0,001
Santé générale (N=2810)	60,4	18,8	64,7	19,0	69,1	17,4	66,5	18,4	<0,001
Santé perçue (N=3139)	60,0	38,4	61,0	38,9	62,6	39,1	61,9	38,9	NS
Estime de soi (N=3212)	64,4	22,0	69,6	21,5	73,7	20,0	71,0	21,1	<0,001
Anxiété (-) (N=3206)	51,6	22,1	51,1	22,6	48,6	20,2	49,9	21,3	<0,01
Dépression (-) (N=3210)	46,6	27,6	43,4	27,7	40,6	25,5	42,4	26,7	<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Accès aux soins

Les données d'accès aux soins sont aussi statistiquement liées au niveau de qualification : plus celui-ci est élevé, plus les jeunes déclarent une complémentaire santé ou avoir consulté au cours du semestre. À l'opposé, on observe logiquement moins de renoncement à consulter pour leur santé, sachant que le premier motif du renoncement est financier. Pour autant, les jeunes les moins qualifiés ont consulté deux fois plus fréquemment un psychiatre ou un psychologue que les plus qualifiés, et pour la majorité des répondants, il s'agissait d'un accès gratuit.

Tableau 219. Indicateurs d'accès aux soins selon les niveaux de qualification

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A une assurance maladie complémentaire	364	70,5	786	74,9	1 469	84,7	2 619	79,3
A consulté au cours des 6 mois	372	70,5	796	75,5	1 483	85,0	2 651	79,7
A consulté un psychiatre ou psychologue	70	19,4	93	11,8	126	8,6	289	11,0
Si psychologue, accès gratuit	54	93,1	62	77,5	65	56,5	181	71,5
A renoncé à consulter	160	32,0	322	31,5	469	27,2	951	29,3

P < 0,05

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Estime de soi et mal-être

Nous avons vu que la dimension d'estime de soi de l'échelle de Duke était corrélée au niveau de qualification des jeunes. Nous avons retenu trois autres informations de ce diagnostic pour appréhender le mal-être :

- l'évaluation des jeunes de leur capacité à faire face aux difficultés (*plutôt mauvaises + passables*) ;
- leurs pensées suicidaires au cours de l'année (les réponses *affirmatives* et *ne se prononce pas*) ;
- les tentatives de suicide au cours de leur vie (les réponses *affirmatives* et *ne se prononce pas*).

Pour ces trois indicateurs, le niveau de qualification fonctionne comme un gradient social de santé mentale : plus il augmente, moins l'expression du mal-être est importante.

Tableau 220. Indicateurs de mal-être selon les niveaux de qualification

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mauvaise capacité à faire face aux difficultés	222	43,5	363	35,0	467	27,0	1 052	32,1	<0,0001
A pensé au suicide au cours des 6 mois									<0,0001
<i>Oui</i>	62	11,6	98	9,2	94	5,4	254	7,6	
<i>Ne se prononce pas</i>	41	7,7	75	7,1	78	4,5	194	5,8	
A tenté de se suicider									<0,0001
<i>Oui</i>	77	14,8	102	9,6	103	5,9	282	8,5	
<i>Ne se prononce pas</i>	40	7,7	60	5,7	59	3,4	159	4,8	

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les addictions

Sur les consommations de tabac, alcool, cannabis et médicaments, on observe des liens avec le niveau de qualification tous statistiquement significatifs mais pas tous défavorables aux jeunes sans qualification : le gradient social de santé se vérifie pour le tabac, le cannabis et les antidépresseurs/somnifères, par contre, pour la consommation excessive d'alcool, ce sont les niveaux V qui sont les plus exposés, puis les jeunes avec un niveau Bac et plus. Les ivresses concernent moins souvent les jeunes sans qualification que les jeunes des deux autres groupes (Niveau V ou supérieur).

Tableau 221. Addictions selon les niveaux de qualification

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fume plus de 5 cigarettes/jour	221	41,9	399	37,7	426	24,4	1 046	31,4	<0,0001
A consommé de l'alcool en excès au moins une fois/mois	222	43,0	530	50,1	921	52,9	1 673	50,5	<0,0001
A été ivre au moins une fois/mois	190	37,3	462	44,0	762	44,4	1 414	43,1	<0,05
A consommé du cannabis au moins une fois/mois	175	35,1	344	33,5	502	29,8	1 021	31,8	<0,01
Prend des antidépresseurs ou somnifères (parfois ou souvent)	96	19,7	137	13,6	270	16,0	503	15,8	<0,05

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La nutrition

L'état de la corpulence, calculée à partir du poids et de la taille déclarés, est lié aux niveaux de qualification sur deux aspects particuliers : la maigreur et l'obésité. Ainsi, plus le niveau de qualification est faible, plus le phénomène de maigreur s'exprime (13,4 % parmi les jeunes sans qualification ; 9,8 % parmi les jeunes avec bac et plus). À l'opposé, ce sont les jeunes de niveau V qui sont proportionnellement plus souvent obèses avec une fréquence de 7,5 % à comparer à 3,2 % pour les jeunes avec bac et plus (et à 6,8 % pour les jeunes sans qualification).

Tableau 222. Corpulence selon les niveaux de qualification

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maigre	63	13,4	111	11,4	165	9,8	339	10,8
Normale	305	64,9	653	67,0	1219	72,6	2 177	69,7
Surpoids	70	14,9	138	14,2	242	14,4	450	14,4
Obésité	32	6,8	73	7,5	54	3,2	159	5,1
Total	470	100,0	975	100,0	1680	100,0	3 125	100,0

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Nous avons interrogé les jeunes sur le fait d'avoir connu au moins une fois au cours des 12 derniers mois la situation de ne pouvoir manger à sa faim et celle de faire appel à de l'aide alimentaire. Pour l'une et l'autre de ces situations, le gradient social de santé, mesuré à partir des niveaux de qualification, s'exprime :

- ne pouvoir manger à sa faim : 34,7 % parmi les jeunes sans qualification ; 29,2 % parmi les niveaux V ; 23,2 % parmi les jeunes avec bac et plus ($p=0,0001$) ;
- demander de l'aide alimentaire: 25,2 % parmi les jeunes sans qualification ; 18,1 % parmi les niveaux V ; 10,4 % parmi les jeunes avec bac et plus ($p=0,0001$).

La sexualité

Plus de huit jeunes sur dix ont déjà eu des rapports sexuels. Quatre comportements en lien avec les pratiques de prévention et de contraception peuvent être observés du point de vue des niveaux de qualification :

- l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel
- l'utilisation d'une contraception à chaque rapport sexuel
- le recours à la contraception d'urgence
- le recours à l'IVG au cours de la vie

Si tous les liens sont très significatifs du point de vue statistique, ils peuvent révéler des situations contrastées selon les éléments étudiés : ainsi les attitudes de prévention des risques d'IST comme de grossesses non désirées sont d'autant plus fréquente que le niveau de qualification est élevé ; dans le même temps, le recours à la contraception d'urgence est plus fréquent parmi les jeunes avec un niveau bac et plus, alors que le recours à l'IVG est inverse et conforme à ce qui est attendu en lien avec le gradient social de santé. Ce qui permet d'émettre l'hypothèse -en partie vérifiée dans le diagnostic- qu'il s'agit là d'une meilleure maîtrise des connaissances liées à la contraception d'urgence dans le groupe ayant le plus haut niveau de qualification :

- connaissance des délais de prise à l'issue du rapport à risque (61,3 % des jeunes sans qualification déclarent connaître le délai ; c'est le cas de 80,3 % des jeunes avec bac et plus) ($p=0,0001$) ;
- des modalités d'obtention de la contraception d'urgence : 62,2 % des jeunes sans qualification en connaissent la gratuité pour les mineures ; c'est le cas de 77,8 % des jeunes avec bac et plus) ($p=0,0001$) ;
- des lieux ressources comme les centres de planification en matière de délivrance d'information sur ces sujets (63,4 % des jeunes sans qualification en connaissent l'existence ; c'est le cas de 76,6 % des jeunes avec bac et plus) ($p=0,0001$).

Tableau 223. Prévention et contraception selon les niveaux de qualification

	Sans qualification		Niveau V		Bac et plus		Total		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
N'a pas utilisé un préservatif lors du premier rapport	90	21,5	154	17,4	200	14,0	444	16,2	<0,001
N'utilise pas systématiquement un moyen de contraception	182	45,4	257	31,4	421	31,0	798	31,0	<0,0001
A eu recours à la contraception d'urgence	143	36,9	301	36,8	578	42,8	1 022	40,0	<0,0001
A eu recours à l'IVG	63	18,7	103	13,8	130	10,2	296	12,6	<0,0001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

6. 1. 3. Ce qui fait santé : une analyse multivariée

A ce stade, une question se pose : qu'est-ce qui influe de manière propre sur la santé des jeunes, « qu'est-ce qui fait santé » ? Est-ce que le genre, le niveau de qualification, le niveau de relation familiale, le niveau de précarité... permettent de « prédire » le sentiment d'être en bonne santé ?

Il s'agit donc de rechercher des éléments contribuant à définir (du type « déterminants ») cet état de santé dans l'acception large de la santé que nous avons retenue dans cette enquête. Nous allons pour cela utiliser un modèle de régression logistique ascendante pas à pas, qui est une technique d'analyse multivariée.

La première étape consiste à proposer une variable dépendante, présentée de manière dichotomique : ici, **se sentir ou non en bonne santé**. L'information la plus intéressante de ce point de vue dans cette étude est la santé subjective ou perçue par le jeune, à savoir le score de Duke et ses dimensions plurifactorielles : dimension physique, mentale et sociale. On a vérifié par ailleurs que ce score de santé perçue est proche d'une perception de qualité de vie et cette autoévaluation est très corrélée à un état plus objectif en santé, par exemple sur les comportements de prise de risque.

Nous allons donc retenir dans un premier temps le **score de Duke général** qui est la synthèse de la santé perçue dans sa dimension physique, mentale et sociale, puis nous explorerons **les scores de Duke physique, mental et social** avec la même liste de variables explicatives (qualitatives).

Deuxième étape

Nous allons utiliser cet indicateur en calculant un seuil de santé en-dessous duquel la santé perçue sera qualifiée de « mauvaise » et au-dessus duquel elle sera définie comme « bonne ». Nous établissons ce **seuil** comme étant le **score moyen moins 1 écart type**.

Tableau 224. Scores moyens de l'échelle de Duke pour l'échantillon global 2012

	N	Moyenne	Ecart-type
Santé physique	3 255	65,2	24,9
Santé mentale	3 227	63,2	25,0
Santé sociale	2 943	70,9	21,3
Score général	2 830	66,5	18,4

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Les seuils ainsi calculés sont :

- santé physique : mauvaise santé ≤ 40 ; bonne santé >40
- santé mentale : mauvaise santé ≤ 38 ; bonne santé >38
- santé sociale : mauvaise santé ≤ 50 ; bonne santé >50
- score général : mauvaise santé ≤ 48 ; bonne santé >48

La liste des 23 variables prises en compte dans le modèle a été établie à partir de l'analyse univariée. Le principe est de retenir les variables liées de façon statistiquement significative à la santé perçue. Ainsi, sont retenues les variables suivantes : le département du site enquêté, le public, le sexe, l'âge (mineur/majeur), le niveau de qualification (sans qualification/niveau V/niveau Bac et plus), précarité selon Epices (Non précaires/précaires), niveau de contact avec les parents (tous les jours/régulièrement/rarement à jamais), indice de niveau social de la mère (défavorisé/favorisé), autoévaluation de ses capacités à faire face aux difficultés (nulle/des capacités), satisfait de sa situation-ses études (non/oui), a consulté un psychologue ou psychiatre au cours du semestre (non/oui), corpulence (normale/surcharge pondérale), a pensé au suicide pendant l'année (jamais/oui/ne se prononce pas), a fait une TS au cours de la vie (au moins une TS/ne se prononce pas/jamais), n'a pas pu manger à sa faim au cours de l'année (jamais/une fois au moins), a été victime de violence (non/au moins une fois), alcoolisation excessive au cours du mois (jamais/une fois au moins 5 verres et plus), ivresse au cours du mois (aucune/une fois au moins), fumeur (moins de 5 cigarettes par jour/plus de 5 cigarettes par jour), cannabis au cours du mois (non/au moins une fois), préservatif lors du 1^{er} rapport sexuel (non/oui), prend des précautions contraceptives lors des rapports sexuels (non/oui), a eu recours à l'IVG (jamais/une fois au moins).

Troisième étape : le modèle proposé et son interprétation

La première régression logistique qui permet d'identifier les variables susceptibles de prédire le plus efficacement la probabilité de se percevoir en **bonne santé générale** chez les jeunes, retient dans l'ordre d'arrivée dans le modèle onze facteurs : la pensée suicidaire, la capacité à faire face, le niveau de précarité, le genre féminin, ne pas avoir mangé à sa faim, la consommation de cannabis, la corpulence, l'alcoolisation excessive, la tentative de suicide, la qualification et la satisfaction sur sa situation-ses études.

Les autres variables n'ont pas été retenues mais elles sont néanmoins intégrées au calcul : autrement dit, les variables retenues à l'issue de l'analyse le sont toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire après ajustement de l'effet de toutes les autres variables.

85,0 % des individus sont classés dans ce modèle et ce dernier prédit 31 % de la variance de notre population.

Le tableau suivant reprend pour chaque variable :

- Le sens de la relation de la variable sur la perception d'une bonne santé générale (-pour effet négatif / + pour effet positif).
- La valeur du coefficient (odds ratio) et l'intervalle de confiance à 95 %.
- La significativité statistique (p) du lien donnée par le test du Chi2 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

Tableau 225. Facteurs associés au fait de se sentir en bonne santé générale parmi les jeunes enquêtés en 2012

Facteurs dans l'ordre d'intégration au modèle 1	Effet sur la santé	Odds ratio	IC 95 %	P
Avoir eu une pensée suicidaire au cours de l'année	-	0,2	0,1-0,3	***
Avoir la capacité à faire face aux difficultés	+	2,6	1,8 – 3,8	***
Etre précaire	-	0,5	0,3 – 0,7	***
Etre une femme	-	0,2	0,1 – 0,4	***
N'avoir pu manger à sa faim	-	0,5	0,3 – 0,7	***
Consommation de cannabis au cours du mois	-	0,3	0,2 – 0,5	***
Etre en surcharge pondérale (surpoids ou obésité)	-	0,5	0,3 – 0,7	***
Avoir bu excessivement (5 verres ou + en une fois) au cours du mois	+	1,9	1,2 – 2,8	**
Ne jamais avoir fait de TS	+	1,9	1,2 – 3,3	*
Qualification de niveau V	-	0,5	0,3-0,8	*
Etre satisfait de sa situation-ses études	+	2,0	1,2 – 3,4	**

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On constate donc que la relation est négative sur une perception de la santé générale pour les variables suivantes : pensées suicidaires, n'avoir pu manger à sa faim, être une femme, précaire, consommer du cannabis, être en surcharge pondérale et avoir un niveau V de qualification.

Ainsi, le fait de présenter l'un ou l'autre de ces facteurs est associé à une présence moins fréquente dans le groupe des jeunes se sentant en bonne santé générale.

A l'inverse, les facteurs que sont la capacité à faire face aux difficultés, une pratique d'alcoolisation excessive, l'absence d'antécédent de tentative de suicide et une satisfaction sur sa situation actuelle en matière de formation-études sont associés à une perception positive de sa santé, une fois l'effet des autres variables neutralisé.

Deux éléments peuvent être discutés dans l'interprétation de ces liens :

- pour les jeunes de l'échantillon, l'alcoolisation excessive (à savoir boire plus de 5 verres d'affilée une fois au moins au cours du mois), renvoie à une pratique sociale et festive autour des phénomènes d'alcoolisation des jeunes, déconnectée du sentiment de nuire à sa santé. Intégrés dans un réseau amical, ils renvoient une perception positive de leur qualité de vie et de leur santé ;
- la relation négative entre le niveau V de qualification (comparé aux jeunes sans qualification, qui sont la référence dans le modèle statistique) et la perception péjorative de sa santé générale est en quelque sorte le pendant du point précédent : les comportements de santé et les conditions de vie des jeunes de niveau V ne contribuent pas à la santé générale (à savoir la combinaison des dimensions physique, mentale et sociale) dans l'échelle de Duke.

Nous proposons avec les trois analyses qui suivent de rentrer dans les détails de ces trois axes de la santé perçue : santé physique, mentale et sociale.

La deuxième régression logistique consiste à identifier les variables qui permettent de prédire le fait de se percevoir en **bonne santé physique**. Le modèle retient dans l'ordre dix facteurs : la pensée suicidaire, le fait de n'avoir pu manger à sa faim, le sexe, avoir été victime de violence, le fait d'être précaire, la consommation de cannabis, le public, avoir consulté un psychiatre ou un psychologue au cours du semestre, la qualification et l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

77,2 % des individus sont classés dans ce modèle et ce dernier prédit 18 % de la variance de la population étudiée.

Tableau 226. Facteurs associés au fait de se sentir en bonne santé physique parmi les jeunes enquêtés en 2012

Facteurs dans l'ordre d'intégration au modèle 2	Effet sur la santé	Odds ratio	IC 95,0 %	P-value
Avoir eu une pensée suicidaire au cours de l'année	oui	0,2	0,1 – 0,4	
	ne se prononce pas	0,5	0,3-0,8	**
N'avoir pu manger à sa faim	-	0,4	0,3 – 0,5	***
Etre une femme	-	0,3	0,2 – 0,4	***
Avoir été victime de violence	-	0,6	0,5 – 0,9	**
Etre précaire	-	0,7	0,5 – 0,9	**
Consommation de cannabis au cours du mois	-	0,6	0,5 – 0,9	**
Etre suivi en MLI*	+	1,6	1,1- 2,3	**
Etre étudiant*	+	1,8	1,1 – 2,7	**
Avoir consulté un psy	-	0,6	0,4 – 0,9	*
Qualification de niveau IV : bac et plus	+	1,5	0,9-2,3	*
Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel	+	1,5	1,1-2,2	*

*par rapport aux apprentis

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

variables de l'analyse, sur la bonne perception de sa santé mentale. Les autres facteurs retenus sont associés avec une perception moins bonne de la santé mentale.

Ces éléments renforcent la piste de travail en faveur des compétences psychosociales (qui intègrent l'attitude de prévention comme relevant du « prendre soin ») des jeunes dans une prise en charge globale : ces trois facteurs fonctionnent ici comme des leviers pour une perception correcte de sa santé mentale (confiance en soi, en l'avenir et confiance maîtrisée en l'autre), en dehors de facteurs comme le niveau de ressources, de qualification, de contacts...

La dernière régression logistique consiste à identifier les variables qui permettent de prédire le fait de se percevoir en **bonne santé sociale**. Le modèle retient six facteurs dans l'ordre : être précaire, la capacité à faire face, la tentative de suicide, les contacts avec ses parents, le public et le fait de n'avoir pu manger à sa faim.

81,6 % des individus sont classés dans ce modèle et ce dernier prédit 18 % de la variance de la population étudiée.

Tableau 228. Facteurs associés au fait de se sentir en bonne santé sociale parmi les jeunes enquêtés en 2012

Facteurs dans l'ordre d'intégration au modèle 4	Effet sur la santé	Odds ratio	IC 95,0 %	P-value
Etre précaire	-	0,4	0,3 – 0,6	***
Avoir la capacité à faire face	+	3,1	2,2 – 4,3	***
Tentative de suicide aucune	+	2,2	1,4 – 3,4	***
Des contacts avec ses parents : rares ou inexistants	-	0,5	0,3 – 0,7	**
être suivi en MLI*	-	0,6	0,4 – 0,9	*
N'avoir pu manger à sa faim au cours de l'année	-	0,7	0,5-0,9	*

*par rapport aux apprentis

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Le facteur « capacité à faire face » et l'absence de tentative de suicide sont, une fois pris en compte l'effet de toutes les variables du modèle final, associés à une bonne perception de sa santé sociale. Etre précaire, ne pas avoir de contact avec ses parents, être suivi en MLI et avoir connu la situation récente de ne pouvoir manger à sa faim sont des facteurs retenus avec un effet négatif sur la santé mentale. On voit donc l'effet sur la santé d'être privé de réseaux, l'isolement lié aux relations avec les parents, à la filière d'insertion et la précarité, une fois neutralisé l'effet de toutes les variables analysées.

6.2. Un essai de caractérisation des publics : une typologie

La volonté de décrire de manière synthétique les 3 420 jeunes de notre échantillon 2012 a conduit à la constitution d'une typologie.

Tout d'abord, il est important de rappeler que **la typologie 2012 ne saurait être comparée à celle de 2007**. Ce sont des échantillons différents, avec des différences au sein même des publics enquêtés : l'analyse univariée a exploré et mis en avant les éléments d'évolution 2007/2012.

Choix des variables

Une trentaine de variables ont été choisies à partir de l'analyse univariée comme les plus pertinentes permettant de caractériser la santé des jeunes en 2012. Elles ont été recodées de façon à obtenir des variables qualitatives nominales ou ordinales et utilisées pour une analyse multidimensionnelle.

Ces variables relèvent à la fois de caractéristiques :

- sociodémographiques : public, sexe, mineur/majeur ;
- liées au niveau social et aux relations familiales : niveau de qualification, revenu, précaire selon Epices, indice niveau social du père, indice niveau social de la mère, ne pouvoir manger à sa faim, demander de l'aide pour obtenir de quoi manger ; fréquence du contact avec les parents, instabilité de logement ;
- liées à la perception de sa santé : niveau de satisfaction par rapport à sa situation, score physique au Duke, score mental au Duke, score social au Duke, évaluation de ses capacités à faire face aux difficultés ;
- liées aux indicateurs et aux comportements de santé : corpulence, recours à un psychologue, recours à un psychiatre, fumeur, buveur excessif au cours du mois, ivresse au cours du mois, consommation de cannabis au cours du mois, consommation d'antidépresseurs-calmants-somnifères, pas de contraception pour éviter le risque de grossesse lors des rapports sexuels, pas de précaution pour éviter le risque d'IST lors des rapports sexuels, utilisation de la contraception d'urgence, recours à l'IVG, pensées suicidaires, tentative de suicide.

Méthode

L'objectif principal est de décrire d'une manière synthétique les jeunes à partir de plusieurs variables qualitatives (une trentaine) choisies parmi les quelque 300 variables les plus pertinentes permettant de caractériser la santé des jeunes en 2012. L'analyse multidimensionnelle sur des variables qualitatives a induit l'utilisation d'une Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

Cette méthode exploratoire est une technique qui permet à la fois de quantifier la force des liaisons qui peuvent exister entre plusieurs variables qualitatives mais également de voir quelles sont les modalités de variables qui s'attirent ou, à l'inverse, qui se repoussent.

L'AFCM vise à synthétiser l'information initiale par des projections sur des axes factoriels, permettant de réduire ainsi les dimensions initiales (fichier de données initial) tout en conservant les principales caractéristiques. Ceci a nécessité un choix d'axes factoriels expliquant une variance maximale et le calcul de distance entre les différents éléments (coordonnées).

Cinq axes factoriels ont été retenus dans cette analyse expliquant 60 % de la variance totale (variabilité de l'échantillon) :

- l'axe 1 expliquant 20 % de la variance totale de l'échantillon : les variables décrivant le mieux cet axe sont celles relatives au budget alimentaire et à l'ivresse ;
- l'axe 2 expliquant 14 % de la variance totale de l'échantillon : axe mal-être et suicide ;
- l'axe 3 expliquant 11 % de la variance totale de l'échantillon : axe de comportements de prise de risque ;
- l'axe 4 expliquant 8 % de la variance totale de l'échantillon : axe publics et instabilité dans le logement ;
- l'axe 5 expliquant 7 % de la variance totale de l'échantillon : axe recours aux soins santé mentale.

L'échantillon initial était important (3 420 individus), nous avons donc utilisé une méthode mixte de classification, combinant une classification hiérarchique et une nuée dynamique.

Nous avons d'abord réalisé une classification hiérarchique sur un échantillon de 198 jeunes choisis par un tirage aléatoire sur le premier échantillon (taille d'échantillon favorable pour une classification hiérarchique). Cette classification a permis de choisir un nombre de classes à partir d'un arbre de classification : 4 classes choisies sur le sous-échantillon.

A partir de ce nombre de classes fixé, la méthode des nuées dynamiques a été utilisée sur le sous-échantillon pour définir des centres de classes initiaux (centres de gravité), noyaux d'agrégation des jeunes. Ils correspondent aux coordonnées moyennes des groupes sur le nouveau plan factoriel définis par les cinq axes issus de l'AFCM

La méthode des nuées dynamiques a été ensuite réutilisée sur l'échantillon initial pour classer les individus à partir des centres des classes finaux obtenus dans l'étape précédente. La classification finale et la distance de chaque jeune au centre de sa classe sont alors obtenues à la fin de cette méthode.

Ainsi, quatre groupes de jeunes ont été mis en évidence :

Groupe 1 (n= 193) : 5,6 %
Groupe 2 (n= 659) : 19,3 %
Groupe 3 (n= 867) : 25,3 %
Groupe 4 (n= 1702) : 49,8%

Le premier groupe est composé essentiellement de garçons, plus souvent mineurs qu'en moyenne régionale (c'est le cas d'un sur quatre) même si l'âge moyen est de 19,8 ans. Plus de six jeunes sur dix sont suivis en mission locale. Les étudiants y sont sous-représentés de 11 points par rapport à l'échantillon global.

Les jeunes sans qualification sont nombreux dans ce groupe : 31,9 %, soit deux fois plus que dans l'échantillon global. 6,3 % ont un enfant soit 2 points de plus que l'ensemble régional. Le niveau d'insatisfaction est élevé (32,8 % des jeunes de ce groupe soit + 5 points par rapport à l'ensemble) ainsi que la fragilité sociale individuelle au score Epices : près de six sur dix sont retenus comme précaires (+ 10 points par rapport à l'échantillon global), ce qui en fait le 2^{ème} groupe pour la proportion de jeunes précaires.

Plus de six sur dix voient leurs parents tous les jours et vivent encore chez eux, ce qui leur assure pour la plupart un entourage soutenant en cas de difficultés. Ils sont plus nombreux qu'en moyenne régionale à ne pas disposer de revenus propres ou alors très modestes (35,3 % ont moins de 250 € par mois).

Ces jeunes ne sont pas concernés par des soucis de budget alimentaire même si leur réseau potentiel d'aide en cas de difficultés reste fragile : pour une aide à l'hébergement ils sont en dessous du niveau d'aide régional de 7 points ; pour une aide matérielle en dessous de la moyenne de l'échantillon global de 9 points.

Près de 40 % des jeunes doutent de leurs capacités à faire face aux difficultés (5 points de plus que la moyenne). Toutefois les dimensions de la santé perçue à l'échelle de Duke restent au-dessus des seuils moyens.

Les jeunes de ce groupe se sentent très peu concernés par le risque de grossesse ou celui d'IST et se protègent moins que la moyenne. La prévalence du recours à l'IVG au cours de la vie y est importante : 18,8 % vs 12,5 % dans l'échantillon global.

En matière de comportements addictifs, ils sont aussi plus fréquemment consommateurs de tabac (39,9 % fument 5 cigarettes ou plus par jour, soit 8 points de plus que la moyenne), boivent plus fréquemment avec excès : plus d'un sur deux a bu avec excès au cours du mois et un sur deux a connu une ivresse au moins sur la période.

Par contre, l'usage récent du cannabis y est moins répandu qu'en moyenne : un quart d'entre eux est concerné soit 5 points de moins que l'échantillon régional.

Le profil de « prise de risques » qui caractérise ce groupe va de pair avec un environnement où 36,6 % ont été victimes de violence physique (2^e groupe le plus exposé).

Représentant près d'un jeune sur cinq enquêtés, les jeunes du **groupe 2** sont plus jeunes que la moyenne de l'échantillon global : un peu plus de 19 ans et pour un tiers ce sont des mineurs.

Ce groupe est aussi plus féminin que l'échantillon (la moitié sont des filles), plus souvent étudiantes qu'en moyenne (un quart contre un cinquième dans l'échantillon). C'est un des profils avec des niveaux de qualification et de satisfaction les plus élevés.

Le niveau individuel moyen de fragilité sociale y est bas (39,17) et les jeunes retenus comme précaires au score Epices sont moins nombreux qu'en moyenne (-3 points).

Les dimensions de santé mentale et sociale sont plus favorables qu'en moyenne. Ce groupe obtient également les scores les moins péjoratifs dans les dimensions d'anxiété et de dépression.

Huit sur dix vivent encore chez leurs parents et les situations de distance voire de rupture y sont exceptionnelles (8 % vs 13,5 % en moyenne). Le soutien est important même si les milieux sociaux ne sont pas plus favorisés que l'échantillon global.

Près de sept jeunes sur dix dans ce groupe sont encore vierges. Pour les jeunes qui sont entrés dans la vie sexuelle, on relève une sexualité épisodique sans prise de risque.

Ces jeunes fument beaucoup moins qu'en moyenne régionale : 12,3 % vs 31,4 % ; c'est aussi le profil où l'on compte le moins de consommateurs excessifs d'alcool : 26,2 % vs 50,4 % en moyenne et le moins d'ivresses récentes : 19,9 % vs 43,1 %.

Les usagers de cannabis au cours du mois sont trois fois moins nombreux qu'en moyenne sur l'échantillon global : 11,6 % vs 31,8 %. L'usage des médicaments antidépresseurs concerne une minorité (10,4 % vs 15,9 % en moyenne) et la proportion des victimes de violence est en dessous de la moyenne : 21,6 % vs 36,3 %.

En 2012, ce profil où l'on retrouve un jeune sur cinq de notre échantillon global correspond à une frange certes encore jeune et « protégée » mais plus qualifiée, aux indicateurs de santé mentale très positifs et distante des situations à risque.

Le **troisième groupe** issu de l'analyse rassemble un jeune sur quatre. Il correspond à l'antithèse du groupe 2 bien que composé là encore d'une majorité de filles (6 jeunes sur 10) plus âgées (neuf sur dix sont majeures) et pour près de 10 % déjà parents (8,3 %). Essentiellement suivis en MLI (71,7 %), ces jeunes sont plus souvent sans qualification que la moyenne globale (23,5 % d'entre eux soit + 7,5 points au-dessus de la moyenne). Le niveau d'insatisfaction y est élevé (un jeune sur deux) et le score individuel moyen de fragilité sociale est le plus important : 52,6.

Plus de sept jeunes sur dix sont retenus comme précaires au score Epices. Cette précarité est aussi économique puisque 42,6 % sont sans revenus propres ou inférieurs à 250 €/mois. La prévalence des situations de manque sur les besoins alimentaires de base est importante : 65,3 % ont eu faim récemment et 46,5 % ont fait appel à de l'aide alimentaire. Ils ont aussi connu l'instabilité de logement (46,3 %) soit deux fois plus que la moyenne. Ils sont tout à la

fois les jeunes qui vivent le moins fréquemment chez leurs parents (moins du tiers) et ceux qui déclarent le plus des situations de rupture ou d'absence de contacts (36,8 %). Le milieu social d'origine appréhendé par le niveau social du père et de la mère est globalement le plus fragile des 4 profils de l'analyse multivariée.

Les indicateurs de santé sont aussi les plus mauvais : la santé perçue dans les dimensions physique, mentale et sociale est particulièrement dégradée ; les scores d'anxiété et de dépression y sont très élevés (+13 points et + 20 points par rapport à la moyenne). Un quart des jeunes a consulté un psychologue ou un psychiatre au cours du semestre. Les pensées suicidaires récentes sont trois fois plus fréquentes dans ce groupe qu'en moyenne globale (22,6 % sont concernés) et la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie y est élevée : 27,5 % dont 17,1 % répétées.

C'est aussi dans ce groupe que l'on observe le plus de fumeurs (48,8 % avec 5 cigarettes ou plus par jour). La consommation d'alcool avec excès caractérise plus d'un jeune sur deux (55,3 %) ainsi que l'ivresse (50,2%).

Les produits illicites comme le cannabis en usage récent (pour 47,3 % de ce groupe) ou les médicaments (37,6 % d'antidépresseurs) en font le premier groupe de consommateurs.

En matière de vie sexuelle, les prises de risque sont importantes et la prévalence des IVG au cours de la vie élevée : 24,9 %.

C'est aussi dans ce groupe que les victimes de violence physique sont les plus nombreuses : 52,9 %.

Ce troisième groupe est de par le niveau de précarité multidimensionnelle observé et les conséquences sur la santé physique et mentale de ces jeunes, le groupe prioritaire en matière de repérage et d'accompagnement.

Le **quatrième groupe** qui rassemble près d'un jeune sur deux de l'enquête 2012 est composé d'une population à dominante majeure, masculine et en apprentissage.

Le niveau de qualification est élevé puisque six jeunes sur dix ont bac et plus. C'est aussi dans ce groupe que des revenus plus confortables sont perçus par le plus grand nombre. La précarité au sens du score Epices y est la plus basse : 35,08 en moyenne avec 35,7 % de jeunes retenus comme précaires. Issus de milieux familiaux plus favorisés, le réseau d'aide existe en cas de difficultés.

Ces jeunes sont globalement satisfaits de leurs études et très optimistes sur leurs capacités à faire face aux difficultés. Leur perception de la santé est bonne quelles que soient les dimensions explorées.

En matière de vie sexuelle, le niveau de prévention des IST et de contraception y est meilleur que la moyenne et la prévalence des IVG peu élevée (6,5 %).

Par contre, et c'est là la caractéristique principale de vigilance de la moitié de l'échantillon régional, il s'agit du premier groupe de consommateurs d'alcool : 57 % ont récemment bu avec excès et ont été ivres pour un jeune sur deux de ce groupe.

Le détail des variables caractérisant ces quatre groupes est présenté en annexe 8.

6.3. Synthèse et discussion

Notons tout d'abord l'intérêt de disposer d'un échantillon de cette taille sur les adolescents et jeunes adultes en région : 981 apprentis, 1 784 jeunes en insertion et 655 étudiants, soit **3 420 jeunes enquêtés en 2012.**

Cela démontre, si besoin était, que cette enquête sur la santé et les conditions de vie -par questionnaire auto-administré- est possible, comme elle l'a été en 2007 : avec 81 questions proposées, soit quelque 280 variables disponibles sur les conditions de vie et de santé des jeunes, c'est certes une méthodologie engageante à la fois pour celui qui y répond que pour les professionnels partenaires qui ont contribué à ce que les jeunes adhèrent à la démarche. Mais ce recueil de données permet de poser les mêmes questions à des publics aux trajectoires diverses et aux niveaux de qualification variés. Il permet aussi à la Région, le commanditaire, mais aussi aux responsables des politiques publiques sociales et sanitaires en région de disposer potentiellement d'un entrepôt de données riches pour des questionnements ciblés à développer.

A l'occasion de l'enquête 2012, nous observons une augmentation du niveau de qualification chez les apprentis mais aussi dans la population suivie en mission locale. Cela correspond à un changement des filières d'apprentissage pour les apprentis mais la question des jeunes sans qualification, moins nombreux en mission locale, interroge la capacité de ce dispositif à capter et suivre les jeunes sortis du système scolaire sans qualification : ces jeunes vont-ils aussi facilement en mission locale en période de crise et de chômage ?

Cette modification chez les apprentis est accompagnée par une diminution de moitié de la proportion des apprentis au très faible niveau de ressource (< 250 €/mois) ; le mouvement inverse est noté en MLI où la grande précarité économique touche plus du tiers des jeunes (+5 points pour les jeunes sans ressources propres). La diminution des bénéficiaires d'aides sociales sur la période est aussi à relever (28,7 % en bénéficiant soit -6 points).

Conséquence possible de l'effet de la qualification notée avant, voire des changements dans la file active, le niveau de fragilité sociale individuelle mesurée avec le score multidimensionnel Epices a diminué dans la population enquêtée*, tant chez les apprentis que parmi les jeunes en insertion. La proportion d'apprentis retenus comme précaires diminue de 6 points (38,2 % en 2012) et cette diminution est de 7 points en MLI (67,2 % en 2012).

Les étudiants de 1^{ère} année –outre les précautions déjà développées sur la robustesse de l'échantillon d'enquête- se caractérisent par un effet inverse : l'aggravation du niveau de fragilité sociale individuelle : 19,2 % sont retenus comme précaires selon Epices en 2012 soit 4 points de plus qu'en 2008. Dans ce groupe, les conditions de vie ont aussi évolué avec une augmentation de la proportion d'étudiants en location et colocation de près de 13 points au détriment de la vie chez les parents. Le prix moyen des loyers est élevé (400 €) alors même

* une fois neutralisé l'effet de sous-représentation des CFA du département des Pyrénées-Orientales pour l'échantillon apprentis

que la fourchette moyenne des ressources est comprise entre 250 et 400€/mois. On assiste probablement à une paupérisation des populations étudiantes issues des classes moyennes, non accessibles aux bourses à critères sociaux, ni au logement de type CROUS.

Indicateur de précarité économique s'il en est, le recours à l'aide alimentaire a aussi suivi une courbe ascendante : + 3 points pour les apprentis qui ont dû demander de l'aide au cours de l'année (8,8 %) ; proportion constante sur la période chez les étudiants (6 %) et 22 % chez les jeunes suivis en MLI (+ 2 points). Dans le même temps, on ne relève pas nécessairement des éléments de soutien parental plus marqués : que ce soit en matière de proportion de jeunes en situation de distance voire de rupture familiale, la tendance s'est plutôt aggravée pour les apprentis (+1 point) et les étudiants (+7 points) et si elle est constante en MLI, elle concerne un public plus nombreux (un jeune sur cinq). Le regard porté sur le milieu social d'origine des jeunes de la région révèle également la modestie des parents sur une approche combinée de l'activité et de la dernière CSP : un apprenti sur deux a un père avec un niveau social défavorisé ; c'est le cas de sept apprentis sur dix quand on s'intéresse au niveau social de la mère ; ce constat est respectivement de 70,8 % et de 83,2 % en MLI et dans une moindre mesure, de 38,8 % et 55,6 % pour les étudiants de 1^{ère} année.

Au titre des évolutions sur la période 2007-2012, on note une augmentation du recours chez le psychologue (et psychiatre) (de plus de 3 points en MLI) avec dans plus de huit cas sur dix un accès gratuit. Il s'agit du dispositif des points d'écoute jeunes mis en place dans le cadre du programme régional santé des jeunes et du soutien à la création de poste de psychologues (en MLI et CFA) : un apprenti sur dix y a eu recours au cours du semestre précédant l'enquête et dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'une consultation sans frais pour le jeune.

Ces initiatives apparaissent comme pertinentes au vu de l'augmentation dans les 3 publics étudiés du renoncement aux soins, renoncement pour raison financière comme motif principal. Ainsi, 26,6 % des apprentis ont renoncé à consulter pour leur santé (+ 10 points par rapport à 2007). En mission locale, le renoncement concerne 33,8 % des jeunes (+ 4 points) et chez les étudiants cette proportion est de 21,3 % (+ 6,5 points). Notons que la proportion de jeunes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé est constante : de l'ordre de 10 % chez les étudiants, 12 % chez les apprentis et 30 % chez les jeunes suivis en mission locale.

Pour autant, on observe une amélioration des scores de santé subjective mesurés avec le score de Duke (dimension de qualité de vie en santé) : essentiellement sur les dimensions mentales et sociales (sans impact sur la dimension de santé physique) chez les apprentis ; scores meilleurs sur la santé mentale et l'estime de soi chez les jeunes en insertion ; les dimensions sociale, mentale d'estime de soi et une baisse de l'anxiété chez les étudiants. Cette amélioration est corroborée par une évolution favorable des indicateurs de santé mentale que sont les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. Seuls les jeunes en MLI présentent une prévalence de tentatives de suicide comparable sur la période. On notera néanmoins pour ce public une évolution positive quant à la possibilité de parler à quelqu'un de ses pensées suicidaires (+ 14 points). Comme on a pu le voir dans l'analyse multivariée,

être suivi en MLI joue un rôle de facteur protecteur en auto évaluation de sa santé physique et par voie de conséquence de sa santé générale, toutes choses égales par ailleurs : on peut faire l'hypothèse que les différentes actions mises en place pour une approche globale des jeunes en insertion tant dans les actions qui les visent directement (développement des compétences psychosociales, ateliers santé ...) que celles autour de la sensibilisation et la formation des conseillers à « l'approche santé » participent de l'évolution constatée sur la période.

Il demeure des clignotants sérieux à prendre en considération en matière d'état et de comportement de santé : l'augmentation du surpoids constaté chez les garçons apprentis (+ 7 points) et une sous-estimation du phénomène en auto évaluation. Même observation dans le public masculin des jeunes en insertion avec une augmentation de l'obésité chez les filles.

La diminution de la proportion de fumeurs chez les apprentis garçons n'est pas partagée par les filles ; en MLI, le constat est le même qu'en 2007 si ce n'est une diminution des gros consommateurs (+ 11 cigarettes/jour). Les étudiants ont la même consommation qu'en 2007 sans différence de genre.

Le fait majeur – constaté sur les 3 publics observés et appuyé par les caractéristiques des profils de la typologie- est l'augmentation de la consommation d'alcool, consommation excessive qui reste un comportement plutôt masculin dans ses aspects répétés au cours du mois, mais dont les différences de genre s'atténuent. Parmi les jeunes en MLI on relève même une augmentation de l'alcoolisation excessive des filles et des états d'ivresse qu'elles déclarent au cours du mois. Cette évolution n'épargne pas les étudiants (+ 10 points sur les pratiques d'alcoolisation excessive et généralisation des ivresses répétées au cours du mois), public qui en 2007 était plus réceptif aux programmes de prévention en matière de comportements favorables en santé, comparé aux deux autres groupes. Ces mesures sont appuyées par des données sur les représentations autour de l'alcool qui traduisent une persistance du déni de risques liés à l'alcool (risque routier, de santé, ...) et une valorisation du produit et de ses effets « positifs » (se sentir bien, ...). Sur fond de pratiques sociales et festives, on note que la consommation de cannabis est non négligeable : un apprenti sur deux en a consommé et parmi les consommateurs, un tiers déclare en fumer chaque jour (sur le dernier mois) et un quart n'en avoir pas pris sur la même période.

Pour les jeunes en MLI comme les étudiants, environ quatre jeunes sur dix disent en avoir consommé (en recul de 7 points en MLI). Pour autant d'autres produits sont consommés de manière non négligeable (expérimentation pour près d'un jeune sur cinq à un jeune sur dix selon les produits) : cocaïne, poppers, ecstasy et tranquillisants, avec sur les trois derniers produits une féminisation de la consommation marquée en MLI.

Ces niveaux régionaux de consommation sont au-dessus des niveaux nationaux à âge comparable publiés dans les premiers résultats du Baromètre santé 2010 (18-25 ans) de l'Inpes (tableaux suivants).

Ainsi, et en tenant compte des différences de mesures dans le temps et à titre d'exemple :

- 31,8 % des jeunes de l'enquête régionale 2012 ont consommé du cannabis au cours du mois (une fois au moins), soit une proportion supérieure à la consommation de cannabis année du Baromètre Santé 2010 (23,2 %) ;
- 11,1 % des jeunes en région ont consommé de la cocaïne dans leur vie et 15,0 % du poppers. Cette proportion est de 6,1 % dans le Baromètre Santé 2010 pour la cocaïne et 10,8 % pour les poppers ;
- les ivresses répétées, à raison d'une fois par mois au moins, dans l'échantillon régional 2012 concernent 43,1 % des jeunes quand cette proportion d'ivresse régulière (soit dix fois par an) est de 11,6 % dans le Baromètre Santé 2010.

Tableau 229. Evolution du tabagisme et des usages de drogues illicites entre 2005 et 2010 des 18-25 ans du Baromètre Santé

	2005 %	2010 %	P
Tabac global	46,1	48,0	
Tabac quotidien	39,5	39,2	
Tabac « intensif » (+ 10 cigarettes par jour)	26,0	24,1	
Cannabis vie	48,0	47,4	
Cannabis année	22,3	23,2	
Cocaïne vie	3,3	6,1	***
Ecstasy/amphétamines vie	4,6	4,8	
Poppers vie	5,5	10,8	***

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, INPES
Premiers résultats présentés au Colloque « Drogues, alcool, tabac chez les jeunes : en savoir plus pour mieux prévenir » Paris, 3 avril 2012.

Tableau 230. Evolution des indicateurs d'alcoolisation entre 2005 et 2010 des 18-25 ans du Baromètre Santé

	2005 %	2010 %	P
Alcool année	78,8	84,4	***
Alcool hebdomadaire	31,8	37,2	***
Alcool quotidien	2,6	2,6	
Ivresse année	33,0	46,1	***
Ivresse « répétée » (3 fois par an)	15,0	24,9	***
Ivresse « régulière » (dix fois par an)	5,9	11,6	***

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, INPES
Premiers résultats présentés au Colloque « Drogues, alcool, tabac chez les jeunes : en savoir plus pour mieux prévenir » Paris, 3 avril 2012.

A cela, et en faisant le lien avec ce qui précède sur les états réguliers d'alcoolisation et d'ivresse, on peut pointer les comportements à risque en matière de sexualité qui se traduisent globalement par une baisse de précaution contraceptive régulière, avec deux conséquences : le recours -en augmentation- à la contraception d'urgence (de 39 % des apprentis et jeunes en insertion concernés à 42 % des étudiants) (alors même que les connaissances autour des délais de prise après un rapport à risque et les conditions de la délivrance ne sont pas acquises ni en évolution depuis 2007) et un recours à l'IVG en augmentation (11,6 % chez les apprentis, 15,6% les jeunes en MLI et 5,5 % chez les étudiants). On vérifie également la baisse importante de la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Enfin, en matière de violence subie comme causée, les indicateurs montrent une constance parmi les apprentis (44 % de victimes et 48,5 % d'auteurs), une tendance à la baisse chez les jeunes en insertion (38 % de victimes et 32 % d'auteurs) ; les étudiants ne sont pas épargnés par ce phénomène (21 % de victimes et 14 % d'auteurs).

7. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Répartition de la file active, effectif et taux à enquêter par département en Languedoc-Roussillon	14
Tableau 2. Effectifs des CFA et échantillon apprentis 2012	14
Tableau 3. Répartition des apprentis selon le département d'implantation du CFA	18
Tableau 4. La distribution par âge	19
Tableau 5. Diplômes préparés dans le cadre de l'apprentissage	19
Tableau 6. Répartition des apprentis par filière d'apprentissage	20
Tableau 7. Aimez-vous les études que vous faites cette année ?	21
Tableau 8. Réponses aux variables qui composent le score de fragilité sociale EPICES	22
Tableau 9. Fréquence de la population précaire chez les apprentis selon Epices	23
Tableau 10. Allocations et aides perçues par les apprentis (n=204 réponses)	23
Tableau 11. Ressources mensuelles disponibles	24
Tableau 12. Où habitez-vous actuellement ?	25
Tableau 13. Modes de transport utilisés pour le trajet domicile-CFA	25
Tableau 14. Temps moyen des trajets d'apprentis selon le département d'implantation du CFA : pour le trajet domicile-CFA et domicile-entreprise	26
Tableau 15. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois (n= 795 ; plusieurs réponses possibles)	27
Tableau 16. Arrêts de travail pour maladie au cours des 6 derniers mois	27
Tableau 17. Type de handicap déclaré par les apprentis (plusieurs réponses possibles)	28
Tableau 18. Raisons du renoncement aux soins (plusieurs réponses possibles)	28
Tableau 19. Voyez-vous vos parents ou l'un d'eux ?	29
Tableau 20. Situation professionnelle des parents	30
Tableau 21. Dernière profession exercée par les parents	30
Tableau 22. Indice de niveau social des parents	30
Tableau 23. Nature des activités pratiquées par les apprentis pendant leur temps libre (n=472 ; plusieurs réponses possibles)	31
Tableau 24. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les apprentis en 2012	32
Tableau 25. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les apprentis en 2007	33
Tableau 26. Appréciation sur ses capacités à faire face aux difficultés par genre	33
Tableau 27. Suicide chez les apprentis	34
Tableau 28. Les attitudes adoptées par les apprentis pour faire face au stress	35
Tableau 29. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vous sentir exclu(e) ou mis(e) à l'écart en raison de ?	36
Tableau 30. Corpulence des apprentis selon le sexe (normes IOTF)	36
Tableau 31. Autoappréciation de leur poids par les apprentis en 2007	37
Tableau 32. Autoappréciation de leur poids par les apprentis en 2012	37
Tableau 33. La corpulence (IMC) croisée avec l'appréciation de son poids (NR : 8,3 %)	38
Tableau 34. Comportements alimentaires perturbés (2012)	40
Tableau 35. Fréquentation d'une cantine ou restaurant d'entreprise	41
Tableau 36. Consommation de tabac chez les apprentis : comparaison 2007-2012	41
Tableau 37. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours	42
Tableau 38. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe en 2007	43
Tableau 39. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe en 2012	43

Tableau 40. Lieux et situation de la dernière consommation d'alcool	44
Tableau 41. Que pourrait-il vous arriver en buvant de l'alcool ? Comparaison 2007-2012 (en %)	45
Tableau 42. Combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?	46
Tableau 43. Consommation excessive d'alcool et ivresse déclarée au cours des 30 derniers jours, selon le sexe en 2012	46
Tableau 44. Connaissance et initiation aux différentes drogues	47
Tableau 45. Où étiez-vous la dernière fois que vous avez pris de la drogue ?	47
Tableau 46. Combien de fois avez-vous pris du cannabis au cours des 30 derniers jours ?	48
Tableau 47. Age déclaré auquel a eu lieu le 1er rapport sexuel chez les apprentis 2012	49
Tableau 48. Vaccination contre l'hépatite B ?	50
Tableau 49. Pratique de dépistage au cours des 12 derniers mois.....	51
Tableau 50. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête	51
Tableau 51. Moyens de contraception déclarés.....	52
Tableau 52. Précaution prise pour éviter de contracter une infection sexuellement transmissible au moment de l'enquête.....	53
Tableau 53. Si non, pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter un risque d'IST	53
Tableau 54. Utilisation de la contraception d'urgence	54
Tableau 55. Connaissance du délai durant lequel la contraception d'urgence doit être utilisée après un rapport à risque.....	54
Tableau 56. Si oui, au maximum, combien de temps après ?.....	55
Tableau 57. A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?	56
Tableau 58. Saviez-vous que la contraception d'urgence est gratuite pour les mineures ?.....	56
Tableau 59. Contexte de la dernière utilisation de la contraception d'urgence.....	57
Tableau 60. Fréquence d'une grossesse involontaire au cours de la vie	57
Tableau 61. Les raisons de survenue d'une grossesse involontaire.....	58
Tableau 62. Pratique d'une IVG au moins au cours de la vie.....	58
Tableau 63. Connaissez-vous l'existence des centres de planification familiale ?.....	59
Tableau 64. J'ai déjà été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un.....	59
Tableau 65. Seul ou en groupe, j'ai déjà frappé ou blessé quelqu'un physiquement	60
Tableau 66. Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?.....	60
Tableau 67. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consenti à des relations sexuelles en échange d'argent ?....	61
Tableau 68. Nombre d'accidents au cours de l'année	61
Tableau 69. Parmi les accidents (n=399), type d'accident le plus récent	62
Tableau 70. Nombre de questionnaires reçus par département.....	66
Tableau 71. Echantillons pondérés des jeunes suivis en MLI.....	66
Tableau 72. Répartition par sexe	67
Tableau 73. Répartition par classes d'âge.....	68
Tableau 74. Vie en couple ?	69
Tableau 75. Diplôme obtenu, comparaison 2007-2012.....	69
Tableau 76. Répartition par niveaux, comparaison 2007-2012	70
Tableau 77. Dernière classe fréquentée, comparaison 2007-2012	71
Tableau 78. Situation actuelle des jeunes suivis (plusieurs réponses possibles).....	71
Tableau 79. Comment vivez-vous votre situation actuelle ?	72
Tableau 80. Fréquence du score de précarité Epices.....	73
Tableau 81. Fréquence de la population précaire en MLI (échantillon régional pondéré).....	74
Tableau 82. Type d'aides sociales perçues mensuellement	75
Tableau 83. Montant disponible pour vivre chaque mois	75

Tableau 84. Lieu de résidence habituelle (n= 1 778 – Plusieurs réponses possibles)	77
Tableau 85. Changement de logement	77
Tableau 86. Paiement d'un loyer ?	78
Tableau 87. Moyens de transport utilisés (n= 1 780 – Plusieurs réponses possibles)	78
Tableau 88. Les professionnels de santé consultés au cours des 12 derniers mois (n= 1 269 – Plusieurs réponses possibles)	79
Tableau 89. Renoncer à consulter un professionnel de santé	79
Tableau 90. Type de handicap déclaré.....	80
Tableau 91. Fréquence des relations avec les parents	81
Tableau 92. Situation professionnelle des parents	81
Tableau 93. Profession des parents	82
Tableau 94. Niveau social du père et de la mère	82
Tableau 95. Activités pratiquées (n= 578 – Plusieurs réponses possibles)	83
Tableau 96. Score moyens des composantes de l'échelle de Duke	83
Tableau 97. A propos du suicide	84
Tableau 98. A qui les jeunes ont parlé de leurs pensées suicidaires ?.....	84
Tableau 99. Autoévaluation de la capacité à faire face aux difficultés.....	85
Tableau 100. Attitudes déclarées face au stress.....	85
Tableau 101. Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de vous sentir exclu(e) ou mis (e) à l'écart en raison de :	86
Tableau 102. Indice de masse corporelle.....	87
Tableau 103. Autoappréciation de leur poids par les jeunes de MLI en 2012	88
Tableau 104. Autoappréciation de leur poids par les jeunes de MLI en 2007	89
Tableau 105. Comportements alimentaires	90
Tableau 106. Consommation actuelle de tabac : comparaison filles/garçons.....	91
Tableau 107. Sevrage tabagique	93
Tableau 108. Fréquence d'alcoolisation excessive (5 verres et plus) au cours des 30 derniers jours	93
Tableau 109. Lieu d'alcoolisation.....	95
Tableau 110. Représentations vis-à-vis de l'alcool	96
Tableau 111. Nombre d'états d'ivresse au cours des 30 derniers jours	97
Tableau 112. Drogues et médicaments connus et consommés.....	99
Tableau 113. Drogues et médicaments essayés par les jeunes	100
Tableau 114. Lieu de la dernière consommation de drogue	100
Tableau 115. Fréquence de consommation du cannabis au cours du dernier mois.....	101
Tableau 116. Consommation de stimulant ou de remontant.....	101
Tableau 117. Consommation de calmants, d'antidépresseurs ou de somnifères	102
Tableau 118. Prescription de calmants.....	102
Tableau 119. Rapports sexuels au cours de votre vie ?	103
Tableau 120. Moyen utilisé pour éviter une grossesse ?.....	103
Tableau 121. Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.....	104
Tableau 122. A un(e) partenaire actuellement.....	104
Tableau 123. Pratiques de dépistage au cours des 12 derniers mois	105
Tableau 124. Pratique actuelle pour éviter une grossesse	105
Tableau 125. Type de moyen utilisé pour éviter une grossesse (n=950 – Plusieurs réponses possibles)	106
Tableau 126. Raisons pour lesquelles rien n'est fait pour éviter une grossesse (n=290 – Plusieurs réponses possibles).....	107
Tableau 127. Précaution adoptée pour éviter une IST ?.....	107
Tableau 128. Raisons invoquées pour ceux qui indiquent ne rien faire pour éviter une IST.....	108

Tableau 129. A propos de la contraception d'urgence	108
Tableau 130. Circonstance de prise de la contraception d'urgence	109
Tableau 131. Connaissance du délai de prise de la contraception d'urgence après un rapport non protégé ..	109
Tableau 132. Délai de prise de la contraception d'urgence.....	110
Tableau 133. Temps déclaré de prise de la contraception d'urgence après un rapport non protégé selon le sexe	110
Tableau 134. Connaissance de la possibilité d'acheter la contraception d'urgence sans ordonnance	111
Tableau 135. Connaissance de la gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures	111
Tableau 136. Circonstances de la dernière grossesse involontaire	112
Tableau 137. Pratique d'une IVG au cours de la vie	112
Tableau 138. Victime de violence physique.....	113
Tableau 139. Violences subies au cours des 12 derniers mois	113
Tableau 140. Fréquence de violences physiques causées à quelqu'un, seul ou en groupe	113
Tableau 141. Violences causées au cours des 12 derniers mois.....	114
Tableau 142. Rapports sexuels forcés subis au cours de la vie	114
Tableau 143. Plainte déposée suite à un rapport sexuel forcé subi au cours de la vie	115
Tableau 144. Relations sexuelles en échange d'argent	115
Tableau 145. Nombre d'accidents au cours de l'année	116
Tableau 146. Parmi les accidents, type d'accident le plus récent (n=351 – Plusieurs réponses possibles).....	116
Tableau 147. Score de Duke chez les jeunes en insertion selon le niveau de précarité	118
Tableau 148. Score de Duke chez les jeunes en insertion selon le niveau de qualification.....	121
Tableau 149. Analyse départementale – Jeunes en insertion	123
Tableau 150. Répartition des étudiants selon l'université.....	124
Tableau 151. Répartition des étudiants selon le sexe et l'université.....	124
Tableau 152. Répartition par filières d'études.....	125
Tableau 153. Aimez-vous les études que vous faites cette année ?	126
Tableau 154. Réponses aux variables du score EPICES	126
Tableau 155. Fréquence de la population précaire chez les étudiants selon Epices	127
Tableau 156. Fréquence d'étudiants boursiers selon l'université	127
Tableau 157. Répartition par échelon des bourses universitaires sur critères sociaux en 2012	128
Tableau 158. Autres allocations ou bourses perçues par les étudiants.....	129
Tableau 159. Temps d'activité pour les étudiants salariés	129
Tableau 160. Budget mensuel disponible pour vivre.....	130
Tableau 161. Où habitez-vous actuellement ?.....	131
Tableau 162. Modes de transport utilisés pour le trajet domicile-études (plusieurs réponses possibles).....	132
Tableau 163. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois.....	132
Tableau 164. Type de handicap déclaré par les étudiants (n=48 – Plusieurs réponses possibles)	133
Tableau 165. Raisons du renoncement aux soins	134
Tableau 166. Voyez-vous vos parents ou l'un d'eux ?	134
Tableau 167. Situation professionnelle des parents.....	135
Tableau 168. Dernière profession exercée par les parents	135
Tableau 169. Indice de niveau social des parents.....	136
Tableau 170. Nature des activités pratiquées par les étudiants pendant leur temps libre (n=360 - plusieurs réponses possibles)	136
Tableau 171. Scores moyens des composantes de l'échelle de qualité de vie (Duke) chez les étudiants.....	137
Tableau 172. A propos du suicide chez les étudiants	138
Tableau 173. En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ?	138

Tableau 174. Les attitudes adoptées par les étudiants pour faire face au stress	139
Tableau 175. Sentiment d'avoir vécu une situation de mise à l'écart (de « oui rarement » à « oui souvent »)	140
Tableau 176. Corpulence des étudiants selon le sexe (normes IOTF)	141
Tableau 177. Autoappréciation de leur poids par les étudiants	141
Tableau 178. La corpulence 2012 croisée avec l'appréciation de son poids (NR : 4,3 %)	142
Tableau 179. Fréquence de comportements alimentaires perturbés	143
Tableau 180. Fréquentation du restaurant universitaire.....	144
Tableau 181. Consommation de tabac	145
Tableau 182. Avoir bu 5 verres d'alcool ou plus de suite au cours des 30 derniers jours	145
Tableau 183. Consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours par sexe	146
Tableau 184. Lieux et situation de la dernière consommation d'alcool	146
Tableau 185. Que pourrait-il vous arriver en buvant de l'alcool ? (en %).....	147
Tableau 186. Combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?	148
Tableau 187. Connaissance et initiation aux différentes drogues	148
Tableau 188. Où étiez-vous la dernière fois que vous avez pris de la drogue ?	149
Tableau 189. Combien de fois avez-vous pris du cannabis au cours des 30 derniers jours ?	149
Tableau 190. Vous arrive-t-il de prendre des calmants, antidépresseurs ou somnifères ?	150
Tableau 191. Si oui, est-ce parce qu'un médecin vous les a prescrits ?	150
Tableau 192. Vaccination contre l'hépatite B ?	151
Tableau 193. Pratique de dépistage au cours des 12 derniers mois.....	152
Tableau 194. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête	152
Tableau 195. Moyens de contraception déclarés par les étudiants	153
Tableau 196. Précaution prise pour éviter de contracter une infection sexuellement transmissible au moment de l'enquête	153
Tableau 197. Raisons invoquées pour expliquer l'absence de précaution contre le risque d'infection sexuellement transmissible par les étudiants	154
Tableau 198. Utilisation de la contraception d'urgence	154
Tableau 199. Si oui, au maximum, combien de temps après ?.....	155
Tableau 200. A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence ?	155
Tableau 201. Contexte de la dernière utilisation de la contraception d'urgence en population étudiante.....	156
Tableau 202. Les raisons d'une grossesse involontaire	156
Tableau 203. Pratique d'une IVG au cours de la vie	157
Tableau 204. J'ai déjà été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un.....	157
Tableau 205. Seul ou en groupe, j'ai déjà frappé ou blessé quelqu'un physiquement	158
Tableau 206. Nombre d'accidents au cours de l'année	158
Tableau 207. Parmi les accidents, type d'accident le plus récent.....	159
Tableau 208. Répartition par sexe	163
Tableau 209. Répartition en fonction de la précarité, du niveau social du père et de la mère.....	164
Tableau 210. Fréquence des contacts avec le/les parents	164
Tableau 211. Distribution par niveaux de qualification regroupés.....	165
Tableau 212. Comparaison des scores moyens à l'échelle de Duke chez les étudiants, apprentis et jeunes en insertion 2012.....	166

Graphique 1. Répartition par âge	68
Graphique 2. Répartition des jeunes suivis par les MLI selon leur niveau de qualification : comparaison des effectifs 2007 et 2012.....	70
Graphique 3. Montant mensuel disponible pour vivre chez les jeunes suivis en MLI : comparaison des % 2007 et 2012.....	76
Graphique 4. Indice de masse corporelle chez les femmes et les hommes suivis par les MLI en 2012	87
Graphique 5. Consommation de tabac	92
Graphique 6. Fréquence d'alcoolisation chez les filles suivies en MLI : comparaison 2007-2012 (en %).....	94
Graphique 7. Fréquence d'alcoolisation chez les garçons suivis en MLI : comparaison 2007-2012 (en %).....	94
Graphique 8. Nombre d'états d'ivresse vécus par les filles suivies par les MLI au cours du mois : comparaison % 2007-2012	97
Graphique 9. Nombre d'états d'ivresse vécus par les garçons suivis par les MLI au cours du mois : comparaison % 2007-2012	98

8. ANNEXES

8. 1. Outils

Un questionnaire de 8 pages a été élaboré, décliné en 3 versions avec une partie spécifique (liée à la formation) et une partie d'indicateurs communs (environ 300 indicateurs en tout).

Il est organisé en rubriques et reprend autant que faire se peut des questions empruntées à d'autres sources nationales présentant des indicateurs sur la santé des jeunes, afin de pouvoir comparer les résultats de la région avec la situation nationale : il en est ainsi du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de l'enquête Escapad⁷ /OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), de l'enquête de l'Observatoire de la Vie Etudiante.

Deux outils ont aussi été intégrés aux 3 questionnaires :

- **le score EPICES⁸** est un score individuel de fragilité sociale mis au point par le Centre technique d'appui et de formation (Cetaf) des Centres d'examens de santé (Ces) de l'Assurance maladie.

Le Score Epices a été construit à l'aide d'un questionnaire socioéconomique administré auprès d'un échantillon de plus de 7 000 personnes âgées de 16 à 59 ans, examinés dans 18 CES volontaires, Le questionnaire comportait 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité : nationalité, niveau d'études, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, événements graves vécus avant 18 ans. Une analyse factorielle des correspondances a fait ressortir un axe factoriel majeur, interprété comme le reflet du gradient social lié à la précarité, la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son degré de précarité. Toutefois, le calcul de ce score nécessitant la connaissance des réponses à chacune des 42 questions, il a été décidé, dans un deuxième temps, de conduire une nouvelle analyse statistique visant à réduire le nombre de questions (par une méthode de régression multiple).

Ainsi 11 questions binaires qui expliquent à 90 % cette position ont été retenues, chaque réponse étant affectée d'un coefficient correspondant à son poids calculé par la régression multiple. On obtient le score dénommé EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES) en totalisant les poids des réponses à ces 11 questions. Le score obtenu est quantitatif, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée).

⁷ Une fois par an l'enquête Escapad (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) permet d'interroger tous les adolescents qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) le mercredi et le samedi d'une semaine donnée. Le questionnaire auto-administré et strictement anonyme porte sur les consommations de produits psychoactifs, ainsi que sur la santé et les comportements de loisirs des jeunes.

⁸ http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/EPICES_score.htm

Les 11 questions du score Epices – Source : Cetaf-Cnamts

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7. Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
8. Êtes-vous parti en vacance au cours des 12 derniers mois ?
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

- **Le profil de santé de Duke⁹** est une échelle multidimensionnelle de qualité de vie.

Cet instrument comporte 17 questions qui, combinées entre elles, permettent d'obtenir différents scores de santé : santé physique, santé mentale, santé sociale, estime de soi, santé perçue, douleur, anxiété, dépression. Chaque item est coté de 0 à 2 sur une échelle ordinaire à trois modalités et chaque dimension est la somme des items qui la composent. Les scores de santé sont normalisés de 0 à 100, le score de santé le meilleur (qualité de vie optimale) étant 100. Les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur sont, quant à eux, évalués en sens inverse, les scores optimaux prenant la valeur 0. Le score de « santé générale » est obtenu en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale. Conçu à l'origine pour la population adulte, cet instrument a été adapté au contexte de l'adolescence par le Comité français d'éducation pour la Santé pour le Baromètre santé des jeunes de 1997-98 en modifiant la 15ème question sur les relations sociales (avec une version pour les moins de 18 ans et une pour les 18 ans et plus). Il est utilisé depuis 10 ans dans de nombreuses études sur le public jeune,

⁹ Parkerson G.-R., Broahead W.-E., Tse CKJ. The Duke Health Profile : A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*, 1990 ; 28, 1056-72.

Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C., Brainçon S. Le Profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. *Santé publique*, 1997 ; 1, 35-44.

Le profil de Duke

Question : Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas ...

Items	Dimension
Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview :	
- vous auriez du mal à monter un étage à pieds	Physique
- vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours :	
- vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
- vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
- vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
- vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
- vous avez été tendu(e) ou nerveux (se)	Mentale, anxiété
Si mineur(e) uniquement	Sociale
- vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école	Sociale
Si majeur(e) uniquement	Sociale
- vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites	Sociale
- vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisir comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées	Sociale
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours :	
- vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	Incapacité

Source : Inpes, Baromètre santé 2005 : 19-21,

Enfin, l'approche de la corpulence se fait, à partir des données déclarées du poids et de la taille des jeunes, par le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Il s'agit du rapport du poids en kilogrammes sur le carré de la taille en mètres. Il est classé en 3 groupes

(corpulence normale, surpoids, obésité) selon les normes internationales (International Task Force for Obesity -IOTF- Cole et al, 2000) recommandées par l'OMS :

- avant 18 ans, les valeurs de référence sur lesquelles elle se base, ont été calculées dans six pays différents (Brésil, Grande-Bretagne, Hong-Kong, Pays-Bas, Singapour et Etats-Unis). La catégorie « normale » correspond à des valeurs d'IMC inférieures à la courbe passant par un IMC de 25kg/m² à 18 ans. La catégorie « surpoids » correspond à des valeurs d'IMC comprises entre les deux courbes passant respectivement par 25 kg/m² et 30 kg/m² à 18 ans. La catégorie « obésité » correspond à des valeurs d'IMC supérieures ou égales à la courbe passant par 30 kg/m² à 18 ans,
- à partir de 18 ans, les valeurs limites sont 25 kg/m² pour le surpoids et 30 kg/m² pour l'obésité, quel que soit le sexe.

Dans notre étude, lorsque les catégories « surpoids » et « obésité » sont étudiées conjointement, nous utilisons la dénomination « surcharge pondérale ».

Pour les questions relatives à la sexualité et la contraception, le questionnaire initial de l'enquête 2007 avait été soumis pour validation au groupe de travail « IVG contraception » de la Commission régionale de la naissance. En 2012, les questions ont été reconduites telles quelles, excepté les questions sur le délai d'efficacité de la contraception d'urgence, dans la mesure où de nouvelles molécules et posologies ont été proposées depuis.

8. 2. Détails des 4 profils de la typologie

Groupe 1 (n= 193): 5,6 %

- Moyenne d'âge : 19,77 ans ($\pm 2,36$) inférieure à la moyenne régionale (20,15 ans)
- Un quart est mineur (contre 1/5^e en moyenne régionale)
- 64,2 % de jeunes en MLI : +12 points ; moins d'étudiants : 8,3 % (soit -11 points)
- Plus de garçons que dans l'échantillon régional : 69,5 % (+17 points)
- avec des enfants +2 points : 6,3 % (vs 4,2 % moyenne régionale)
- Des jeunes sans qualification en nombre : 31,9 % (deux fois plus qu'en moyenne régionale)
- 32,8 % des jeunes non satisfaits (études ou situation actuelle) : +5 points /moyenne
- Plus de précaires (+10 points)
- Score EPICES moyen : 47,31 ($\pm 19,06$)
- La distribution par rapport au seuil proposé pour le score de santé physique : +5 points de score positif ; pour le score de santé social : +2 points de score positif
Scores DUKE moyens : physique : 67,91 – mental : 63,72 – social : 70,91 – santé perçue : 60,41 – estime de soi : 71,50 – anxiété : 48,50 – dépression : 41,25
- Plus du tiers qui doutent de ses capacités à faire face : 39,8 % vs 34,6 % en moyenne
- Peu concernés par des soucis de budget alimentaire (demande aide alimentaire : 9,7 % vs 15,1 % en moyenne)
- Un quart en surcharge pondérale : +7 points / moyenne (19,5 %)
- Les jeunes concernés se protègent systématiquement du risque de grossesse beaucoup moins qu'en moyenne régionale : 63,2 % vs 69,1 % ; plus de prise de risque sur les IST : 62,4 % vs 59,5 % ; plus de recours à l'IVG : 18,8 % vs 12,5 %
- 3 fois plus de relations sexuelles contre argent (9,6 % vs 3,2 % en moyenne régionale)
- Plus de 6 sur 10 voient leurs parents tous les jours (moyenne régionale : 49,8 %) (et vivent avec : 64,6 % vs 55,8 %)
- Mais réseau d'aide fragile : -7 points d'aide sur hébergement dans leur entourage (moyenne régionale : 89,1 %) et -9 points d'aide matérielle en cas de difficultés (moyenne régionale : 81,0 %)
- 35,3 % n'ont pas de revenus propres ou inférieurs à 250 €/mois (vs 33 % en moyenne régionale)
- Plus de jeunes avec une mère de niveau social favorisé qu'en moyenne régionale (31,3 % vs 25,4 %)
- Fumeurs : plus qu'en moyenne régionale : 39,9 % vs 31,4 % (5 cig/jour)
- Buveurs excessifs récents plus nombreux que la moyenne régionale : 53,8 % vs 50,4 % et plus d'ivresse au cours du mois : 49,6 % vs 43,1 %
- Mais -5 points pour l'usage récent du cannabis/ moyenne régionale (31,8 %)

Groupe 2 (n= 659) : 19,3 %

- Moyenne d'âge inférieure à la moyenne régionale : 19,33 ans ($\pm 2,36$)
- Plus d'étudiants que sur la moyenne : +7 points (25,8 %)
- Des niveaux V de qualification au-dessus de la moyenne : +2 points avec 33,7 %
- Le groupe le plus jeune avec un tiers de mineurs (+13,5 points/moyenne)
- plus féminin : 50,6 % (vs 47,6 % en moyenne régionale)
- Un des groupes avec le niveau satisfaction le plus élevé : 79,0 %/72,5 % moyenne
- Moins de jeunes retenus précaires (-3 points/moyenne de 49,4 %)
- Score EPICES moyen : 39,17 ($\pm 16,65$)
- Peu sont en dessous du seuil de santé physique (17,6 % quand il s'agit d'un $\frac{1}{4}$ en moyenne) ; santé mentale et sociale légèrement plus favorables qu'en moyenne
- Scores DUKE moyens : physique : 70,93 – mental : 64,69 – social : 71,39 – santé perçue : 64,94 – estime de soi : 72,16 – anxiété : 45,76 – dépression : 39,96 : ces deux dernières dimensions les plus favorables dans la population
- Peu en difficulté du point de vue du budget alimentaire/moyenne (18,1 % ont eu faim soit -9 points ; 5,2 % ont fait appel à l'aide alimentaire soit 3 fois moins qu'en moyenne)
- Pas encore entrés dans la vie sexuelle : 66,5 % vierges (vs 13,5 % moyenne) et pas de rapports sexuels actuellement pour la moitié des concernés
- Très peu de rupture de contact avec les parents (8,2 % /moyenne : 17,8 %) et près de 8 sur 10 vivent chez leurs parents
- Soutien important dans leur entourage pour les aider matériellement en cas de difficultés (soit +6 points par/à la moyenne régionale : 81 %) ; même si père et mère pas plus favorisés socialement que les moyennes régionales
- 38,6 % n'ont pas de revenus propres ou inférieurs à 250 €/mois (vs 33,0 % en moyenne régionale)
- Le groupe qui fume le moins (+5 cig/jour) : 12,3 % vs 31,4 % moyenne régionale
- Le groupe qui compte le moins de buveurs excessifs: 26,2% vs 50,4 % et le moins d'ivresses sur le mois : 19,9 % (moyenne 43,1 %)
- Le groupe qui fume le moins du cannabis : 11,6 % au cours du mois (vs 31,8 % en moyenne)
- Très peu d'utilisateurs d'antidépresseurs (10,4 %) (moyenne 15,9 %)
- Peu de victimes de violence (-13 points /moyenne)

Groupe 3 (n= 867) : 25,3 %

- Moyenne d'âge : 21,10 ans ($\pm 2,35$)
- Essentiellement des jeunes de MLI (71,7 % +19,5 points)
- 90 % de majeurs contre 79,2 % en moyenne régionale
- Très féminin : 60,9 % +13 points
- 8,3 % ont un enfant (double de la moyenne)
- 23,5 % sans qualification (+7,5 points/moyenne), -10 points / moyenne avec bac et plus
- Un sur deux insatisfait : +20 points/moyenne
- Score EPICES moyen le plus élevé des 4 groupes : 52,63 ($\pm 17,73$)
- 75,4 % de précaires (+26 points/moyenne) au score Epices
- Le groupe le plus pauvres avec 42,6 % sans revenus propres ou inférieurs à 250 €/mois
- L'évaluation de leur santé physique négative pour 57,6 % vs 25,8 % en moyenne ; idem pour la santé morale 39,1% vs 15,7 % en moyenne ; pour la santé sociale : négative pour 42,9 % vs 22,4 % en moyenne
- Scores DUKE moyens : physique : 45,51 – mental : 44,51 – social : 58,14 – santé perçue : 56,00 – estime de soi : 56,34 – anxiété : 63,82 – dépression : 61,96
- Scores Anxiété et dépression très élevés (+13 et +20/moyenne)
- 24,8 % ont consulté un psychologue ou psychiatre au cours du semestre (+ du double de la moyenne : 10,9 %)
- Pensées suicidaires récentes : 22,6 % (3 fois plus que la moyenne)
- TS au cours de la vie : 27,5 % dont 17,1 % à répétition (vs 8,5 % de TS en moyenne dont 5,3 % répétées)
- 23,3 % en surcharge pondérale (+4 points/ moyenne)
- 65,3 % ont connu la faim récemment (+38 points/moyenne) ; 46,5 % ont fait appel à l'aide alimentaire (+31 points)
- 46,3 % ont été instables récemment du côté du logement (le double de la moyenne)
- 36,8 % sans contact avec les parents (vs 17,8 % moyenne régionale) ; milieu social d'origine défavorisé (père à 64,6 % vs 60 % en moyenne ; mère à 79,5 % vs 74,6 % en moyenne) ; pas d'aide pour un hébergement : 20,9 % (vs 10,9 % en moyenne) ; pas d'aide matérielle si difficultés : 37,8 % vs 19,0 % en moyenne
- 55,8 % doutent de ses capacités à faire face (vs 34,6 % en moyenne)
- Le groupe le plus fumeur : 48,8 % (5 cig/jour et plus) vs 31,4 % en moyenne
- Alcoolisation excessive : 55,3 % (+5 points/moyenne) et ivresse récente : 50,2 % (+7points/moyenne)
- Le premier groupe pour usage récent de cannabis : 47,3 % (vs 31,8 % en moyenne) et
- Premier groupe pour consommation d'antidépresseurs : 37,6 % (vs 15,9 % en moyenne)
- Comportements à risque d'IST : 66,6 % vs 59,5 % en moyenne

- 47,5 % ont pris une contraception d'urgence au cours de la vie (+7,5 points/moyenne) ; 24,9 % d'IVG (vs 12,5 % en moyenne)
- 52,9 % victimes de violence au cours de la vie (vs 36,3 % en moyenne)

Groupe 4 (n= 1702) : 49,8 %

- Moyenne d'âge : 20,03 ans ($\pm 2,42$) ; 79,3 % de majeurs
- Dominante « apprentis » : 36,1 % soit +7 points ; faible sur représentation des étudiants +4 points (21,9 %)
- 59,4 % ont un niveau Bac et plus (+7 points/moyenne)
- Plus masculin (58,5 % +6 points)
- 38,5 % ont des revenus mensuels de 600 € et plus (+8 points/moyenne)
- Jeunes satisfaits de leurs études ou situation : 80,6 % vs 72,5 % en moyenne
- 77,2 % des jeunes très optimistes sur leurs capacités à faire face aux difficultés
- Moins de précaires : 35,7 % (-14 points/moyenne)
- Score EPICES moyen bas : 35,08 ($\pm 15,86$)
- Une très grande majorité au-dessus du seuil de santé physique (87,0 % contre 74,2 % en moyenne régionale)
- Une très grande majorité au-dessus du seuil de santé morale (95,9 % contre 84,3 % en moyenne régionale)
- Une très grande majorité au-dessus du seuil de santé sociale (87,9 % contre 77,6 % en moyenne régionale)
- Scores DUKE moyens : physique : 71,89 – mental : 72,06 – social : 77,30 – santé perçue : 64,03 – estime de soi : 77,90 – anxiété : 44,34 – dépression : 33,41
- Très peu voire pas concernés par les problèmes de budget alimentaire
- Plus de 7 sur 10 protégés contre le risque de grossesse : 75,3 % vs 69,1 % en moyenne régionale ; plus protégés que la moyenne en matière de risque d'IST (44,1 % vs 40,5 %)
- Peu de recours à l'IVG (6,5 %)
- La plupart a dans son entourage des personnes pour l'aider en cas de difficultés (hébergement : 93,8 % ; aide matérielle : 89,3 %)
- Issus de milieu social plus favorisé qu'en moyenne régionale
- Moins d'un tiers fume (+5 cig/jour) : 29,2 % comme 31,4 % moyenne régionale
- Le 1^{er} groupe pour ces indicateurs : les buveurs excessifs : 57,0 % vs 50,4 % en moyenne et des ivresses sur le mois : 50,2 % (moyenne 43,1 %)
- Un tiers a fumé du cannabis au cours du mois (comme la moyenne : 32,2 %)