

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX
NICOLE CERF

Les conduites addictives des adolescents polynésiens

Enquête Ecaap 2009



Les conduites addictives des adolescents polynésiens

Les conduites addictives des adolescents polynésiens

Enquête Ecaap 2009

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX
NICOLE CERF

Préface de
DOMINIQUE MARGHEM et THANH LE LUONG

Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Jeanne Herr**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête
sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N. dir. *Les conduites
addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009.*
Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2010 : 200 p.

ISBN 978-2-9161-9225-3

Cette étude a été réalisée par

La direction de la Santé de la Polynésie française

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

En partenariat avec

L'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF)

Le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche de la Polynésie française

Son financement a été assuré par

La direction de la Santé de la Polynésie française

Les auteurs

François Beck, statisticien et sociologue, responsable du département Enquêtes et analyse statistiques, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Marie-Françoise Brugiroux, médecin qualifiée en santé publique, responsable du Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) de Papeete

Nicole Cerf, pharmacien spécialiste en santé publique, responsable du Département des programmes de prévention (DPP), direction de la Santé de la Polynésie française, responsable de l'Observatoire polynésien de la santé

Romain Guignard, statisticien, chargé d'étude et de recherche, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Damien Léger, directeur du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), Professeur de médecine, université Paris Descartes, faculté de médecine

Stéphane Legleye, épidémiologiste, responsable du Service des enquêtes et sondages, Institut national d'études démographiques (Ined), doctorant à l'Inserm U669

Colette Ménard, psychologue, chargée d'étude et de recherche, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Xavier Monchois, conseiller technique, Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF)

Laurent Pellet, chef du département Informatique, Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF)

Laurence Renou, experte en promotion de la santé, chargée d'étude à la direction de la Santé du ministère de la Santé de la Polynésie française

Anne Revah-Lévy, praticien hospitalier, psychiatre, Inserm U669, université Paris Sud 11, centre hospitalier V. Dupouy d'Argenteuil

Jean-Baptiste Richard, statisticien, chargé d'étude et de recherche, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Stanislas Spilka, statisticien, chargé d'étude et de recherche, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Direction de l'enquête

François Beck, Inpes

Marie-Françoise Brugiroux, Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) de Papeete

Nicole Cerf, direction de la Santé de la Polynésie française

Coordination du terrain

Laurence Renou, direction de la Santé du ministère de la Santé de la Polynésie française

Direction statistique

Romain Guignard, Inpes

Jean-Baptiste Richard, Inpes

Mise en œuvre de l'enquête sur le terrain

Direction de la Santé

Observatoire polynésien de la santé

Laurence Renou, assistante, responsable de la logistique de l'enquête

Eva Bouzerand, assistante

Département des programmes de prévention

Moe Trafton, assistante au Bureau des maladies liées au mode de vie

Maeva Veccella, responsable du Bureau d'assistance technique et méthodologique

Pauline Niva, assistante au Bureau d'assistance technique et méthodologique

Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie

Marie-Odile Huin-Blondey, médecin

Damien Roure, infirmier

Maraea Faatuurai, agent de prévention

Tatiana Nouveau, psychologue

Tsy San Lui Ching, psychologue

Tatiana Alona, secrétaire

Cellules de promotion de la santé

Tahiti Nui, Tahiti Iti

Moorea-Maio

Tuamotu-Gambier

Marquises nord, Marquises sud

Australes

Remerciements

Hervé Bacheré, directeur de l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF), pour son soutien dans l'élaboration de l'échantillonnage et du protocole, ainsi que pour la mise à disposition du matériel permettant une saisie optique de qualité et des compétences nécessaires pour mener à bien ce long et minutieux travail.

Hélène Sarrat, chargée de la vie scolaire à la direction de l'Enseignement secondaire (DES) et **Vaea Terorotua**, médecin responsable du Centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire de la direction de la Santé (CCSHS), pour leur soutien dans la mise en place de l'enquête.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont présenté l'enquête dans les écoles :

Damase Ah Lo (Infirmier diplômé d'État – IDE, centre médical Ua Pou, Marquises nord), **Dolorès Aka** (IDE scolaire, lycée de Atuona, Marquises sud), **Tatiana Alona** (Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie – CCSAT), **Valérie Ayard** (IDE, dispensaire de Papara, formations sanitaires de Tahiti Nui), **Brigitte Beaumert** (IDE, subdivision sanitaire Australes), **Sylvianne Borri** (IDE scolaire, collège de Makemo), **Eva Bouzerand** (Observatoire polynésien de la santé), **Jenicka Charbonneaux** (IDE scolaire, collège de Bora Bora), **Inès d'Auzac de Lamartini** (IDE scolaire, lycée Paul Gauguin de Papeete), **Sandrine d'Errico** (IDE scolaire, lycée agricole d'Opunohu – Moorea), **Fabrice Dorchie** (IDE scolaire, lycée de Papara), **Maraea Faaturai** (CCSAT), **Rosemonde Frogier** (IDE, centre médical de Makemo), **Françoise Gantheil** (IDE scolaire, collège de Taiohae, Marquises nord), **Lydie Gloaguen** (IDE, centre médical de Rikitea, archipel des Gambier), **Françoise Grellier** (IDE scolaire, lycée professionnel de Faaa), **Marie-Odile Huin-Blondy** (CCSAT), **Raymond Kwong** (IDE, centre médical Avatoru-Rangiroa), **Hélène Lemmi** (IDE, dispensaire de Tiarei, formations sanitaires de Tahiti Nui), **Isabelle Lethi** (IDE, centre médical Haamene Tahaa), **Tsy San Lui Ching** (CCSAT), **Laetitia Maiau** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Christine Marty** (IDE scolaire, collège de Hao), **Sandra Meignen** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Marie Mora-Monteros** (IDE scolaire, collège de Rangiroa), **Maud Muello** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Maité Nanuaiterai** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Raihau Nena** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Pauline Niva** (Département des programmes de prévention – DPP), **Stéphanie Nouel** (sage femme prévention, subdivision sanitaire Marquises nord), **Tatiana Nouveau** (CCSAT), **Ravahere Pambrun** (Formation sanitaire Moorea-Maiao), **Laurence Renou** (Observatoire de la santé), **Damien Roue** (CCSAT), **Stéphanie Sabanel** (IDE scolaire, collèges de Mahina et Taunoa), **Mathilde Tavita** (IDE, centre médical de Rikitea, archipel des Gambier), **Michèle Tehuioa** (IDE prévention, subdivision sanitaire Îles Sous-le-Vent), **Jean-Paule Teinaore** (IDE prévention Formation Sanitaire Moorea-Maiao), **Ida Teriitehau** (Formation Sanitaire Moorea-Maiao), **Sandrine**

Theron (IDE scolaire, lycée hôtelier de Punaauia), **Loma Tinomoe** (agent de prévention, subdivision sanitaire Australes), **Moe Trafton** (DPP), **François Vaatete** (Centre médical d'Atuona, Marquises sud), **Nadine Varenne** (IDE scolaire, lycée professionnel de Mahina), **Sylvie Williams** (IDE prévention, formation sanitaire de Tahiti Iti).

Nous tenons enfin à remercier tous les chefs d'établissements pour leur participation à cette enquête :

Didier Adnet, Xavier Barbin, Jean-Marie Barreau, Moana Behr, Alain Berna, Bernard Cayol, Frère Alain Celton, Pierre Champon, Nicole Charlemarty, Jean-Paul Charrier, Guy Chassignole, Moea Chaumeil, Thomas Chavez, Thierry Chevalier, Bernard Chungue, Gilles Collet, Francis Couturier, Olivier Dejardin, Alain Denis, Jean-Pierre Desperiers, Renaud Fleury, Jean-Jacques Foletti, Edouard Friedler, Daniel Gay, Jean-Philippe Genon, Jean-Pierre Gonnot, Gérard Gonte, Alain Herbette, Toni Hiro, Jean Jacques Huioutu, Patrick Klosowski, Jean-François Kuspert, Mario Lacchini, Sheila Lan Sun Luk, Raihau Laurent, Pascal Lecurieux-Belfond, Simplicio Lissant, Dominique Liu, Séverin Liu, Annick Lombardini, Daniel Margueron, Pierre Michel, Pépin Mou Kam Tse, Astair Paherro, Jean-Marc Papalia, Henri Perre, Jacques Petitjean, Catherine Roger, Maryse Rousset-David, Viri Taimana, Joseph Taruoua, Hélène Tauatiti, Linda Teaniniuraitemoana, Patrick Tietze, Mireille Tinorua, Marie-Hélène Tirao, Jimmy Wong, André Yan.

Pour leur soutien dans l'élaboration du questionnaire :

Björn Hibell (European School Survey on Alcohol and other Drugs – Espad), **Florence Journeau** et **Christophe Léon** (Inpes).

Pour leur contribution à la recherche documentaire :

Olivier Delmer, Céline Deroche et **Laetitia Haroutunian** (Inpes).

Pour son soutien dans la mise en forme de la bibliographie :

Béatrice Gallaine (Inpes).

Préface

La consommation de produits psychotropes se développe dans toutes les régions du monde. La Polynésie française, bien qu'isolée au milieu de l'océan Pacifique, n'est pas épargnée. Il y a quelques années encore, le tabac, l'alcool et le cannabis – localement appelé « paka » – y étaient à peu près les seuls produits consommés par les jeunes. Mais plus récemment, d'autres produits très attirants puisque consommés le plus souvent dans un cadre festif et venus de pays lointains qui font rêver ont commencé à circuler, comme la métamphétamine, l'ecstasy ou la cocaïne.

« Le paka, c'est naturel », « Il n'y a pas de trip sans alcool », « Moi, je suis fort, je contrôle », « Je fume : normal, comme tout le monde » : nous, adultes, sommes souvent décontenancés devant les propos tenus par les jeunes sur les drogues, que nous jugeons, à juste titre, dangereuses du fait de leur toxicité mais aussi de la vulnérabilité due à l'adolescence.

C'est pour aider tous les acteurs de terrain œuvrant dans la prévention de la toxicomanie qu'une enquête sur les conduites addictives des élèves en Polynésie a été menée dans le cadre d'une collaboration entre la direction de la Santé de la Polynésie française et l'Inpes. Cette enquête avait pour but de mieux connaître la consommation actuelle de tabac, d'alcool et de drogues illicites chez les adolescents scolarisés avec pour objectif d'adapter de façon plus efficace le dépistage précoce et la prise en charge des jeunes consommateurs, ainsi que d'adapter les actions prévues dans le Plan polynésien de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies pour les années à venir.

En comparaison avec les résultats d'une enquête similaire réalisée en 1998 dans tous les archipels de la Polynésie, l'évolution sur dix ans montre une aggravation de la consommation de tabac et d'alcool quels que soient l'âge et le sexe et un rajeunissement de l'âge de la première consommation. La relation très forte entre consommations à risques et état anxio-dépressif patent révèle à quel point la souffrance des jeunes est mal appréhendée car le plus souvent silencieuse.

S'intéressant également aux principales joies et peines qui font le quotidien des jeunes, cette enquête met en évidence leur besoin clairement exprimé d'une aide permettant à chacun d'acquérir de la confiance en soi, de gérer son stress et d'affirmer ses choix en sachant résister à la pression des autres. Cela doit retenir notre attention et nous aider à orienter nos stratégies de prévention vers des axes plus porteurs auprès des jeunes que ceux basés sur la seule connaissance du risque, en nous appuyant notamment sur leur fraîcheur et leur humour. C'est le rôle de tout adolescent d'être responsable de sa santé, mais il est de la responsabilité de chaque adulte, de ses parents, mais aussi des pouvoirs publics, de l'écouter et de l'accompagner.

Dominique Marghem
Directeur de la Santé
en Polynésie française

Thanh Le Luong
Directrice générale de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

I Sommaire

Préface

- 16 | **Introduction**
François Beck, Marie-Françoise Brugiroux, Nicole Cerf
- 18 | **Synthèse**
François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard
- 29 | **Méthode et déroulement de l'enquête**
- 31 | **Méthode d'enquête : échantillon, collecte, pilote et dossier de passation**
François Beck, Xavier Monchois, Laurence Renou, Romain Guignard, Stanislas Spilka
- 37 | **Déroulement de la passation**
Laurence Renou
- 39 | **Saisie et contrôle des questionnaires**
Laurence Renou, Laurent Pellet, Xavier Monchois
- 43 | **Méthodes statistiques mises en œuvre pour l'analyse**
François Beck
- 47 | **Vie quotidienne, contexte social et profil psychologique des jeunes scolarisés**
- 49 | **Caractéristiques démographiques**
Laurence Renou, Jean-Baptiste Richard
- 53 | **La vie scolaire**
Jean-Baptiste Richard, Laurence Renou, Stanislas Spilka
- 59 | **La vie en dehors de l'école**
Jean-Baptiste Richard, Laurence Renou, Colette Ménard
- 67 | **Désir d'information en éducation pour la santé**
Laurence Renou, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard

71	Intensité dépressive François Beck, Romain Guignard, Anne Revah-Lévy, Jean-Baptiste Richard
79	Le sommeil des adolescents polynésiens François Beck, Jean-Baptiste Richard, Damien Léger
87	Analyse des consommations de substances psychoactives
89	Consommation de tabac Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Nicole Cerf, Stanislas Spilka, François Beck
105	Consommation d'alcool Jean-Baptiste Richard, François Beck, Marie-Françoise Brugiroux, Stéphane Legleye
125	Consommation de paka (cannabis) François Beck, Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Stéphane Legleye, Marie-Françoise Brugiroux
145	Consommation d'autres drogues François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Stanislas Spilka, Marie-Françoise Brugiroux
157	Conclusions et perspectives Marie-Françoise Brugiroux, Nicole Cerf, François Beck
163	Annexes
165	Questionnaire
173	Rapport de passation
177	Présentation des enquêtes Espad et Escapad
179	Nettoyage de la base et options de recodage
189	Liste des sigles et des abréviations
191	Liste des tableaux et des figures

Introduction

FRANÇOIS BECK

MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX

NICOLE CERF

La Polynésie française, pays d'outre-mer, comptait 264 000 habitants au 1^{er} janvier 2009, selon l'Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF). Depuis 1960, la taille de la population a plus que triplé. Cette population est essentiellement jeune : 36 % des Polynésiens sont âgés de moins de 20 ans. L'ensemble du territoire s'étend sur une superficie grande comme l'Europe et compte 118 îles -dont 80 sont habitées- disséminées sur cinq archipels, qui correspondent aux subdivisions administratives : l'archipel de la Société avec les Îles du Vent et les Îles Sous-le-Vent, l'archipel des Tuamotu, l'archipel des Gambier, l'archipel des Australes et celui des Marquises.

La consommation de substances psychoactives par les jeunes est l'une des préoccupations majeures de santé publique en Polynésie française. Afin d'y répondre par des éléments objectifs d'observation et d'analyse, le ministère et la direction de la Santé polynésiens et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont élaboré en 2008 et 2009, dans

le cadre d'une convention de partenariat, l'Enquête sur les conduites addictives des adolescents polynésiens (Ecaap). Il s'agit d'une enquête en milieu scolaire qui permet de dresser un bilan épidémiologique et sociologique de la situation. Un certain nombre de questions sur leur santé, leurs conditions de vie, leurs préoccupations de tous les jours, leur niveau de bien-être et leurs centres d'intérêt permettent ainsi de dresser un profil des adolescents polynésiens.

En 1988, une première enquête en milieu scolaire a été réalisée auprès de 1 311 jeunes scolarisés, âgés de 12 à 20 ans, sur l'île de Tahiti. De janvier à mars 1999, un second exercice s'est déroulé sur l'ensemble du territoire polynésien, concernant là encore les élèves de collège et de lycée [1]. Un total de 2 923 élèves, scolarisés de la sixième à la terminale et répartis dans 130 classes, elles-mêmes issues de 78 établissements, avaient alors participé à l'enquête. Par ailleurs, l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

(Escapad) a été menée à trois reprises en Polynésie française, en 2003, 2005 et 2008, sous la responsabilité de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Il s'agit d'une enquête se déroulant lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Contrairement à une enquête en milieu scolaire, elle inclut donc des jeunes de 17 et 18 ans qui sont sortis du système scolaire. En revanche, tous les jeunes Polynésiens de cette classe d'âge ne participent pas à la JAPD, en particulier ceux qui ne passent aucun examen, même pas le permis de conduire. L'enquête Escapad apparaît donc complémentaire des enquêtes en milieu scolaire.

Les principaux objectifs de l'enquête Ecaap sont de connaître la prévalence de consommation régulière ou occasionnelle des différentes substances psychoactives (licites et illicites) et les âges de début de consommation de ces différentes substances, de mesurer l'évolution de ces indicateurs depuis 1999 (voire 1988) et de les comparer avec la situation en France métropolitaine. Il

s'agit également d'identifier certaines caractéristiques liées à ces pratiques et d'évaluer les connaissances et les représentations des jeunes sur les drogues en général. L'objectif ultime est de tirer des résultats observés des conclusions en matière d'actions de prévention à entreprendre.

Cet ouvrage présente la méthode et les principaux résultats de cette vaste enquête, concernant les usages de produits psychoactifs mais aussi la vie quotidienne, le contexte social et le profil psychologique des élèves. Il détaille également les évolutions des usages de produits psychoactifs en Polynésie française et la situation en regard des niveaux observés en France métropolitaine.

Bibliographie

- [1] Brugiroux M.-F. *Les jeunes et la drogue : enquête CAP chez les jeunes scolarisés de 10 à 20 ans en Polynésie française*. Papeete : ministère de la Santé, direction de la Santé, mars 2000 : 63 p.
-

Synthèse

FRANÇOIS BECK

ROMAIN GUIGNARD

JEAN-BAPTISTE RICHARD

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE ET DE SA MÉTHODE

L'enquête Ecaap a été réalisée sur l'ensemble de la Polynésie française et a concerné les élèves scolarisés de la sixième à la terminale, Centres de jeunes adolescents (CJA), Centre d'éducation aux technologies appropriées au développement (CETAD), Centres d'éducation au développement (CED) et Maisons familiales et rurales (MFR) inclus. En termes de population de référence, cela représente un peu plus de 34 000 élèves inscrits à la rentrée scolaire 2008/2009. L'enquête a été coordonnée et menée par la direction de la Santé, avec l'aide des infirmiers scolaires. Elle s'est déroulée au cours des mois d'avril, mai et juin 2009 et a été réalisée sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population scolarisée dans le secondaire en Polynésie française, composé de près de 4 100 élèves, répartis dans 229 classes et 61 établissements des cinq archipels du pays.

VIE SCOLAIRE ET VIE QUOTIDIENNE

Plus de six élèves sur dix (61 %) se disent satisfaits de l'école en 2009. La vie scolaire se caractérise toutefois par un absentéisme relativement important. En effet, dans le mois précédant l'enquête, près d'un tiers des élèves (30 %) déclarent avoir volontairement manqué au moins un jour de cours.

Sur l'ensemble des élèves polynésiens interrogés, 42 % ont connu au moins un redoublement, événement plus fréquent chez les garçons (46 %) que chez les filles (39 %). Parmi les 17-18 ans, près des deux tiers des garçons et plus de la moitié des filles ont connu un redoublement.

Les principales sources de joie citées par les jeunes Polynésiens sont la famille (58 %), les amis (24 %) et les loisirs (11 %), alors que les problèmes les plus fréquemment évoqués sont le choix de l'orientation (16 %), les relations avec les autres jeunes (12 %) et le choix d'un métier (9 %).

UN NIVEAU DE TABAGISME PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ CHEZ LES FILLES

L'expérimentation du tabac concerne 47 % des jeunes Polynésiens en 2009 : 53 % des filles vs 41 % des garçons. Cet écart entre sexes se retrouve pour l'usage quotidien (18 % des filles vs 10 % des garçons) et pour l'usage occasionnel (11 % vs 6 %).

Le niveau de tabagisme apparaît en hausse par rapport à 1999, puisque seuls 5 % des élèves de collège et de lycée déclaraient fumer quotidiennement à cette date.

À 15-16 ans, 53 % des adolescents déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie, ce qui représente un niveau d'expérimentation inférieur à celui observé en France en 2007 (60 %). Toutefois, les jeunes Polynésiennes s'avèrent plus fréquemment expérimentatrices que les jeunes Françaises (65 % contre 61 %), constituant de ce fait une cible à privilégier en matière de prévention primaire du tabagisme. En Polynésie, c'est dès l'âge de 13-14 ans que les filles apparaissent plus souvent expérimentatrices que les garçons.

Le tabagisme quotidien apparaît pour sa part légèrement inférieur en Polynésie française qu'en France (15 % contre 17 %), mais, là encore, plus élevé chez les filles (20 %) que chez les garçons (10 %).

De même qu'en 1999, le tabagisme semble moins fréquent dans les Îles Sous-le-Vent, et ce quel que soit l'âge. Comme cela a pu être observé en France, l'intensité dépressive ainsi qu'une mauvaise moyenne scolaire apparaissent également très liées à l'expérimentation de tabac.

L'usage quotidien, étudié à partir de 15 ans, apparaît toujours fortement lié au sexe et à l'absentéisme et s'avère beaucoup moins fréquent dans la filière générale.

Comparés aux consommations de tabac dans les territoires américains du Pacifique, l'expérimentation et l'usage récent de tabac

se situent à un niveau intermédiaire en Polynésie, tandis que l'usage intensif, de plus de dix cigarettes par jour, y est le plus faible. Enfin, il semble que la très forte différenciation de consommation selon le sexe ne s'observe qu'en Polynésie.

À 17 ans, le tabagisme quotidien apparaît moins fréquent qu'en Nouvelle-Calédonie (23 % contre 33 %), la différence étant nettement plus importante pour les garçons.

BOISSONS ALCOOLISÉES : DES USAGES À RISQUE FRÉQUENTS

Les trois quarts des jeunes Polynésiens scolarisés déclarent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie. L'usage régulier d'alcool concerne 7 % des adolescents. Quasi inexistant avant 13 ans, il touche 4 % des 13-14 ans, 7 % des 15-16 ans et plus d'un jeune sur dix parmi les 17-18 ans. L'expérimentation de l'ivresse augmente également avec l'âge, concernant 8 % des 10-12 ans pour atteindre plus des trois quarts des jeunes au-delà de 19 ans. Par rapport à 1999, le taux d'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse s'avère plus élevé, quelle que soit la classe d'âge considérée. On observe en particulier une hausse assez nette de l'expérimentation de boissons alcoolisées parmi les plus jeunes (en particulier les 10-11 ans). En globalité, 44 % ont été ivres en 2009 contre 32 % en 1999.

Sur l'ensemble des indicateurs de consommation d'alcool, les différences entre garçons et filles apparaissent particulièrement faibles. En Polynésie, les jeunes semblent finalement consommer moins fréquemment des boissons alcoolisées qu'en métropole, mais de manière plus excessive et avec peu de distinction entre les sexes. L'expérimentation de l'ivresse se révèle plutôt plus fréquente en Polynésie, essentiellement parmi les filles (57 % vs 45 % en métropole à 15-16 ans). Il en va de même pour les épisodes d'alcoolisation impor-

tante ou *binge drinking* : 47 % en Polynésie vs 34 % en métropole pour les filles.

Les niveaux d'alcoolisation régulière seraient par ailleurs légèrement supérieurs à ceux observés en Nouvelle-Calédonie, chez les garçons (14 % vs 10 %) aussi bien que chez les filles (9 % vs 5 %).

Globalement, l'usage régulier d'alcool apparaît lié à l'intensité dépressive ainsi qu'à l'absentéisme et à une scolarité marquée par des difficultés.

Les alcools les plus consommés par les jeunes Polynésiens sont les alcools forts, la bière et les cocktails (y compris les punches), chacune de ces boissons ayant été consommée par presque quatre adolescents sur dix au cours du dernier mois. Que ce soit parmi les garçons ou parmi les filles, le niveau d'usage de boissons alcoolisées semble diversement lié à l'âge selon les boissons. Ainsi, on trouve de notables différences suivant les groupes d'âge pour les produits les plus consommés, à savoir les bières, alcools forts et punches ou cocktails, et ce pour les deux sexes.

UN PRODUIT TRÈS PRÉSENT DANS LE QUOTIDIEN DES JEUNES POLYNÉSIENS : LE PAKA

L'expérimentation de paka (abréviation de « pakalolo », appellation locale du cannabis) concerne 29 % des jeunes Polynésiens, soit un tiers des garçons (33 %) et un peu plus d'un quart des filles (26 %). Il existe un écart entre garçons et filles pour l'ensemble des indicateurs de consommation observés : usage actuel (23 % des garçons et 18 % des filles), usage récent (respectivement 16 % et 10 %), usage régulier (6 % et 2 %). Par ailleurs, selon le *Cannabis abuse screening test* (CAST), échelle de repérage de l'usage problématique de cannabis, 13 % des garçons et 9 % des filles présenteraient un usage à risque de paka, tandis que respectivement 4 % et 2 % seraient déjà dans un usage problématique de ce produit.

L'expérimentation de paka est passée de 24 % à 29 % entre 1999 et 2009.

À 15-16 ans, un tiers des adolescents polynésiens (34 %) ont déjà fumé du paka et un quart (26 %) en ont fumé au cours de l'année. Ces niveaux apparaissent légèrement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine (respectivement 31 % et 24 %), tout comme celui de l'usage problématique (3,6 % contre 2,8 % en France). Comparée aux territoires américains du Pacifique, la Polynésie française se situe à un niveau proche de celui de l'île de Guam, inférieur à celui des îles de Palau et des Mariannes du nord, où le cannabis s'avère très diffusé, mais nettement au-dessus de ceux qui apparaissent très peu concernés (la république des îles Marshall et les Samoa occidentales).

À 17 ans, tant l'expérimentation (48 %) que l'usage régulier de cannabis (8 %) se trouvent comparables aux résultats observés en Nouvelle-Calédonie (respectivement 48 % et 7 %).

L'usage occasionnel du paka se révèle particulièrement lié aux opportunités de contact avec ce produit. En revanche, l'usage problématique semble plutôt devoir être associé à la condition sociale, matérialisée par la filière scolaire suivie, comme cela est également observé en France métropolitaine.

AUTRES DROGUES

Les niveaux d'expérimentation des drogues illicites autres que le paka apparaissent bien inférieurs à ceux observés pour ce dernier. Mis à part le kava, dont l'expérimentation concerne 3 % des jeunes Polynésiens, aucun autre produit n'a été essayé par plus de 2 % d'entre eux. Les plus expérimentés sont ensuite les produits à inhaler type colles ou solvants (1,9 %), les amphétamines (1,7 %) et la cocaïne (1,6 %), tous les autres produits n'ayant été expérimentés que par moins de 1 % des adolescents.

À la différence de ce qui est observé en France métropolitaine, les écarts entre garçons et filles apparaissent souvent inexistantes. La seule exception est le kava, substance dont l'expérimentation semble être une pratique particulièrement masculine. Lorsqu'elle a lieu, la rencontre avec ces drogues se fait majoritairement après 16 ans.

Mis à part le kava, produit absent du paysage métropolitain, toutes les substances apparaissent nettement moins expérimentées en Polynésie française. Le constat est le même si l'on compare le pays aux territoires américains.

La consommation d'une drogue illicite autre que le paka chez les jeunes est associée à l'absentéisme scolaire et au niveau de dépression. Par ailleurs, elle concerne de manière plus importante les jeunes qui habitent des zones urbaines des Îles du Vent. La consommation de kava semble très peu liée aux facteurs sociodémographiques ou scolaires, à la différence des autres produits.

Quel que soit le produit illicite (autre que le paka), la grande majorité des élèves déclarent soit qu'il leur serait impossible de s'en procurer, soit ne pas le connaître. L'accès à ces produits ne touche qu'une faible proportion de l'échantillon, au maximum 11 % pour ce qui concerne les produits perçus comme les plus accessibles, à savoir les produits à inhaler type colles ou solvants. Les produits les moins accessibles sont le LSD et l'ecstasy (à peine 2 % des élèves disent qu'il leur serait facile de s'en procurer). L'accessibilité aux drogues illicites autres que le paka apparaît de fait beaucoup plus faible qu'en France métropolitaine.

UNE PRÉCOCITÉ DES USAGES EN HAUSSE

L'âge au premier verre d'alcool semble avoir baissé depuis 1999, puisque si 13 % des buveurs avaient déclaré avoir bu leur premier verre avant 10 ans à cette date, ils sont près

d'un tiers en 2009. Le second produit expérimenté dans la chronologie moyenne est le tabac, l'âge à la première cigarette se situant avant 13 ans pour 52 % des garçons l'ayant expérimenté et pour 48 % des filles.

Le paka semble être expérimenté plus tardivement, puisque moins d'un jeune expérimentateur sur cinq en a fumé avant 13 ans. En moyenne, les garçons commencent à fumer du paka plus jeunes que les filles (13,9 ans contre 14,7). Enfin, l'âge de première consommation de paka apparaît assez stable par rapport à 1999, plus des deux tiers des jeunes en ayant pris pour la première fois entre 13 et 16 ans.

DES REPRÉSENTATIONS ASSEZ STABLES DE LA NOTION DE DROGUE

Le tabac est considéré comme une drogue par pratiquement les trois quarts des élèves polynésiens (73 %) [tableau I] ; l'alcool, par la moitié (49 % : 22 % pensent que ce n'est pas une drogue et 29 % ne savent pas). Ces résultats s'avèrent assez similaires à ceux observés en 1999. Malgré une prévalence tabagique supérieure à celle des garçons, les filles sont plus nombreuses à considérer que le tabac est une drogue (74 % contre 70 % pour les garçons), preuve d'une certaine prise de conscience de ces dernières quant au potentiel addictif du tabac. Ce résultat s'observe également dans le cas de l'alcool, puisque 53 % des filles, contre 45 % des garçons, considèrent l'alcool comme une drogue. C'est à 15-16 ans que la proportion d'élèves qui voient l'alcool et le tabac comme des drogues est la plus faible.

MAL-ÊTRE

Sur l'ensemble de la population scolarisée, 22 % des garçons et 33 % des filles présentent un score d'intensité dépressive positif. Cette dépression peut être patente

(4 % des garçons et 7 % des filles), mais elle s'avère dans une forte majorité des cas modérée (17 % des garçons et 26 % des filles).

Au-delà de 13 ans, les filles présentent plus souvent des signes de mal-être, puisqu'environ un tiers d'entre elles révèlent des signes de dépression patente ou modérée contre moins d'un quart des garçons.

Ces niveaux sont légèrement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine à 15-16 ans. Ainsi, 6 % des garçons et 12 % des filles présentent une intensité dépressive élevée en France métropolitaine (contre 4 % des garçons et 9 % des filles en Polynésie française), même si les signes modérés concernent pour leur part 16 % des garçons de France métropolitaine (contre 16 % des garçons polynésiens) et 26 % des filles (contre 31 % des jeunes Polynésiennes).

Parmi les jeunes de plus de 12 ans, au delà de l'écart entre garçons et filles qui reste très fort, différents facteurs apparaissent associés à ces signes dépressifs : absentéisme volontaire, moins bonne moyenne scolaire, parent inconnu ou décédé, usage de substances psychoactives (paka, consommation régulière d'alcool).

SOMMEIL

Plus d'un quart des jeunes Polynésiens déclarent avoir des problèmes de sommeil,

les filles étant plus concernées (32 %) que les garçons (22 %), quel que soit l'âge. Cette différence s'accroît nettement à partir de 15-16 ans, âge auquel près d'un tiers des filles en signalent, contre à peine un garçon sur cinq. À cet âge, les problèmes de sommeil apparaissent beaucoup moins présents qu'en France métropolitaine (24 % vs 31 %), aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Par ailleurs, 12 % des adolescents déclarent avoir pris des médicaments pour se calmer ou pour dormir au cours des douze derniers mois (10 % des garçons vs 14 % des filles), et 4 % affirment en avoir pris pour des problèmes de sommeil. Plus de la moitié de ces derniers (55 %) déclarent très mal dormir.

Si l'on prend en compte l'ensemble des jeunes ayant dit dormir très mal et/ou prendre des médicaments en lien avec des problèmes de sommeil, ce sont 28 % des élèves de collège et de lycée de Polynésie qui expriment des troubles du sommeil (23 % des garçons contre 33 % des filles).

Globalement, les troubles du sommeil se révèlent indépendants de l'âge mais restent fortement liés au sexe, les filles étant bien plus concernées. Ils semblent également devoir être rapprochés de la moyenne scolaire. Enfin, ils sont associés à une consommation régulière d'alcool mais ni au tabagisme ni à la consommation de cannabis.

TABEAU I

Représentation des jeunes Polynésiens de la notion de drogue (en pourcentage)

	Proportion de jeunes Polynésiens considérant que l'alcool est une drogue	Proportion de jeunes Polynésiens considérant que le tabac est une drogue
10-12 ans	52,1	72,0
13-14 ans	47,5	71,9
15-16 ans	44,8	68,3
17-18 ans	51,6	78,7
19 ans et plus	55,3	76,4
Ensemble	49,0	72,8

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les résultats de cette enquête apparaissent en adéquation avec le constat que les professionnels de terrain font en côtoyant la population adolescente de Polynésie. Ils montrent que la consommation de produits psychotropes a augmenté en dix ans, marquée par une hausse plus forte chez les filles, en particulier pour la consommation d'alcool. Une certaine baisse de l'âge d'entrée dans les consommations fait également écho aux observations de terrain, laissant supposer une banalisation de ces pratiques malgré une bonne connaissance des risques encourus. Ce point est important car la précocité du premier usage d'un produit est un facteur favorisant la poursuite de la consommation et l'installation d'un usage à risque ou à problème. Il faut également noter que le niveau de consommation des Îles Sous-le-Vent est inférieur à celui du reste des autres archipels, quel que soit le produit consommé, sans qu'aucune hypothèse ne soit évoquée même par les professionnels de ces îles. Cette constatation avait déjà été faite lors de l'enquête menée il y a dix ans en Polynésie française. Une meilleure compréhension de ce phénomène mettrait en évidence les facteurs protecteurs vis-à-vis de l'usage de substances psychoactives pour les enfants des Îles Sous-le-Vent et permettrait sans doute d'ouvrir des axes de prévention pour les autres jeunes Polynésiens.

Face à la constatation de la nette augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de paka par les adolescentes polynésiennes en dix ans, il apparaît que le niveau de connaissances sur les risques ne fait pas défaut et que les messages de prévention véhiculés depuis plusieurs années ont été entendus. Mais ils se heurtent, dans cette société aux pratiques bien ancrées

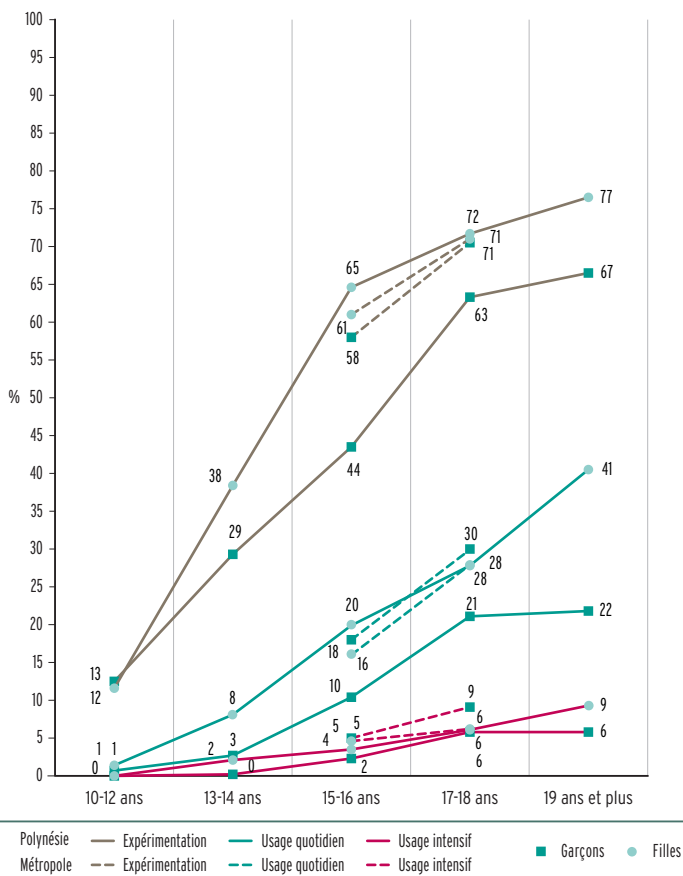
de consommation associée à la fête et ce quel que soit l'âge, à la grande disponibilité des produits et au fait que l'alcool et le cannabis apparaissent souvent comme le seul moyen de supporter les difficultés de la vie. Il est important, avant de se lancer dans des actions ciblant les filles, de mieux comprendre ce qui les pousse à vouloir consommer comme les garçons : place dans la société mal définie, moyen de s'imposer ou de se faire respecter, stress plus important, accès plus facile aux produits...

Dans le cadre du programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie que la direction de la Santé a fait adopter en 2009 par le Conseil des ministres, plusieurs pistes de travail peuvent être préconisées afin d'endiguer ce phénomène de croissance de la consommation des jeunes Polynésiens, sachant que le pays n'est pas le seul à voir s'installer cette évolution défavorable. Face aux demandes des élèves en matière d'information sur l'amélioration de la confiance en soi ou sur la gestion du stress, nos résultats confirment la nécessité de mettre en place le programme basé sur le développement des compétences personnelles et sociales pour une prévention plus large des déviations, action inscrite dans le programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie 2009-2013.

Il est certain qu'apprendre à gérer ses émotions et ses frustrations dès la petite enfance serait un moyen d'aider les jeunes à ne pas basculer d'un usage simple à un usage à risque ou à problème, dans un pays où la honte de parler de soi et de ce que l'on ressent est parfois très forte. C'est dans ce sens que le programme polynésien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie recommande notamment la mise en place d'un programme basé sur le développement de la confiance en soi et de l'estime de soi, ainsi que sur les moyens de communiquer les uns avec les autres dans un respect mutuel.

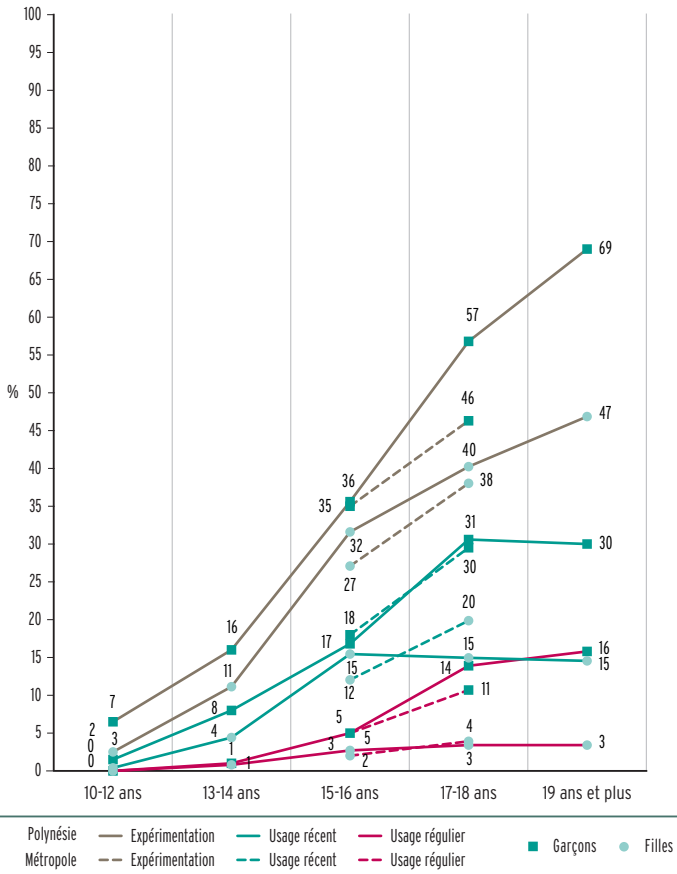
TABAC

Indicateurs de consommation de tabac chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



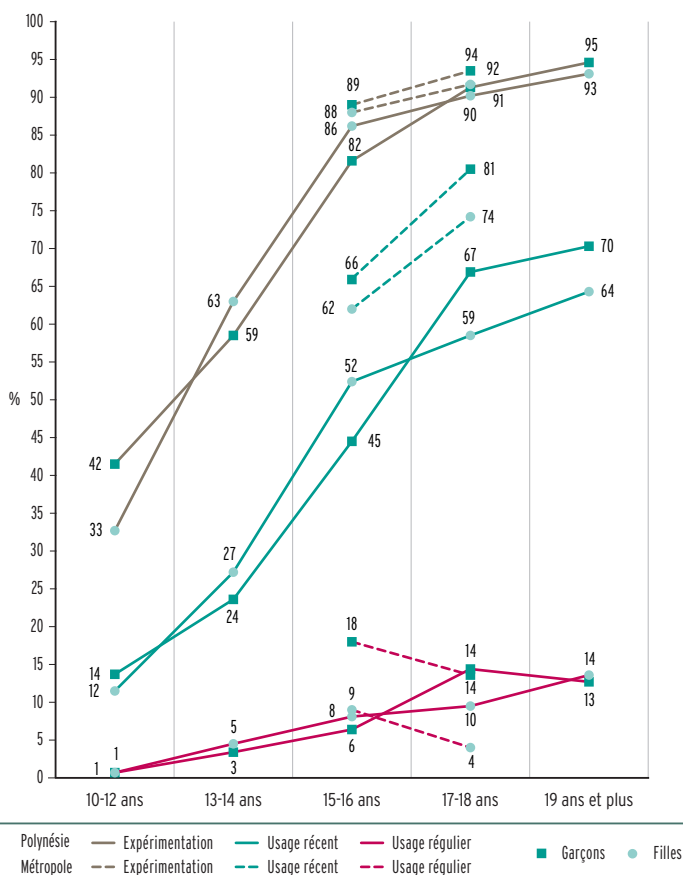
CANNABIS

Indicateurs d'usage de cannabis chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



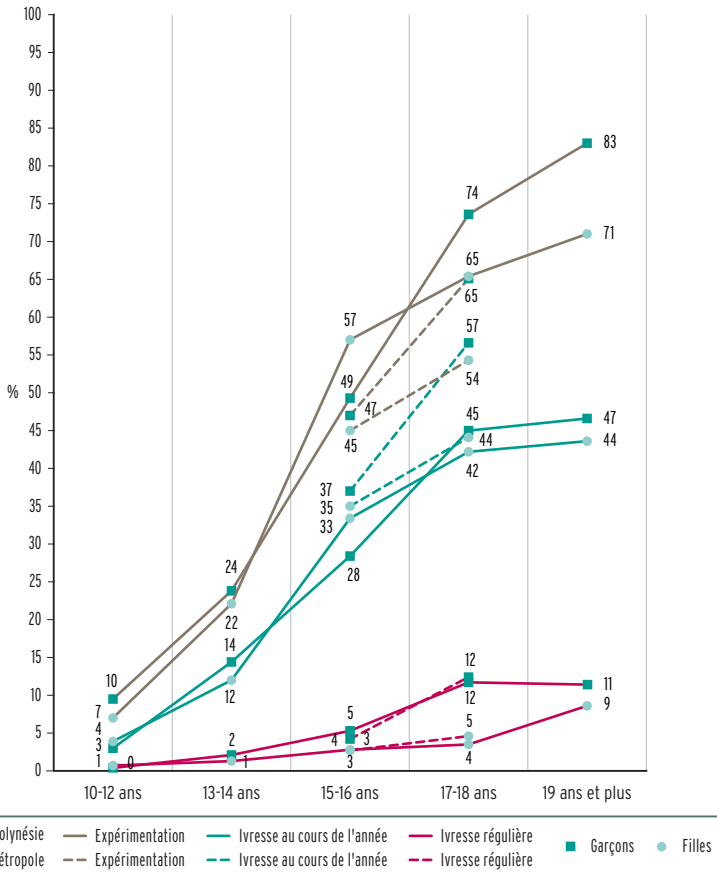
ALCOOL

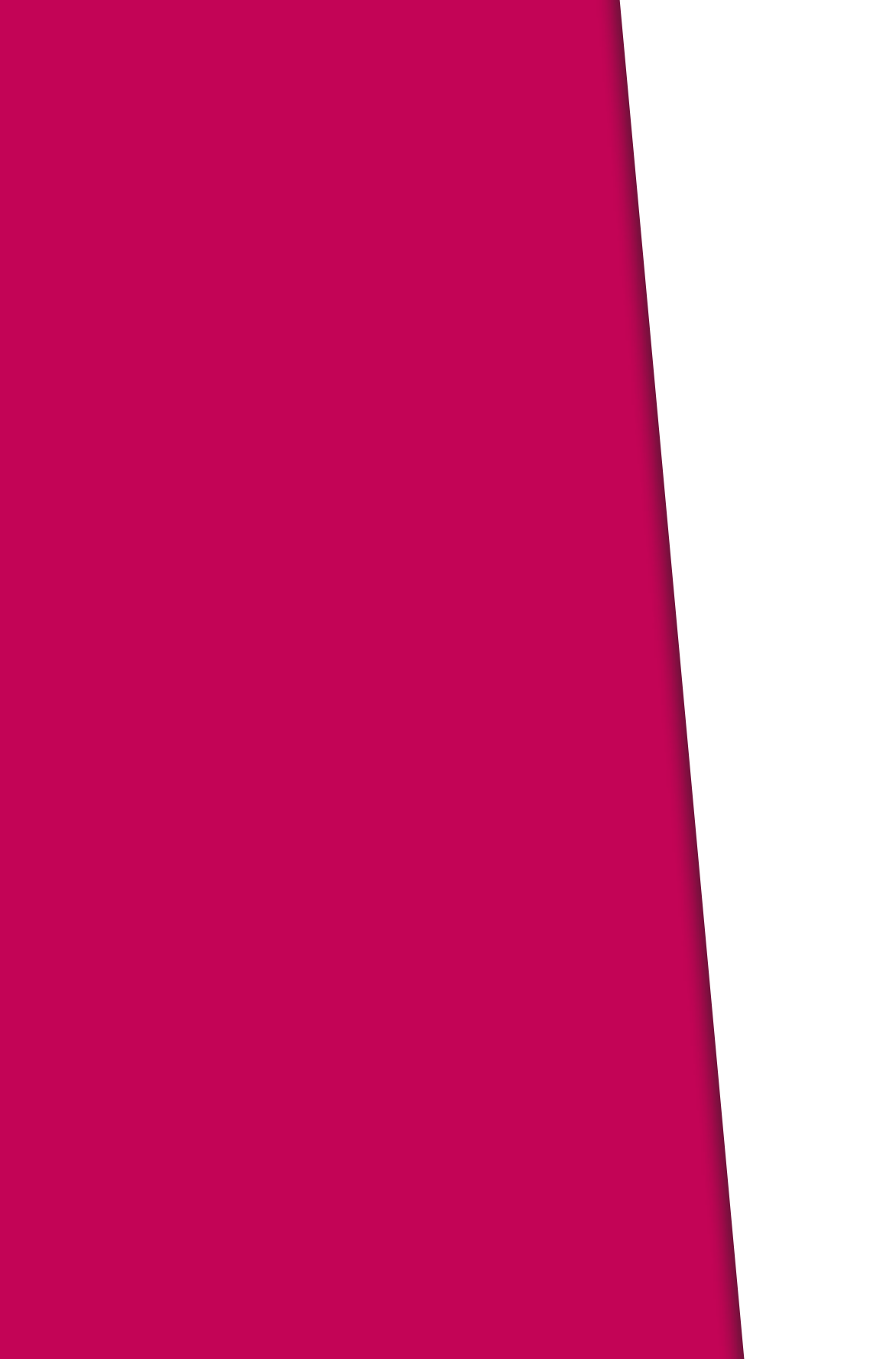
Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



IVRESSE

Indicateurs d'ivresses chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole





MÉTHODE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Méthode d'enquête : échantillon, collecte, pilote et dossier de passation

FRANÇOIS BECK
XAVIER MONCHOIS
LAURENCE RENOU
ROMAIN GUIGNARD
STANISLAS SPILKA

L'enquête Ecaap est une enquête transversale ciblant l'ensemble des adolescents scolarisés dans le secondaire. Elle a été effectuée sous la responsabilité scientifique conjointe de l'Inpes et de la direction de la Santé polynésienne, suite à l'autorisation du ministre de l'Éducation. Dans chaque établissement scolaire tiré au sort, l'enquête était placée sous la responsabilité du proviseur.

Le questionnaire de l'enquête repose sur un corpus de questions concernant en premier lieu les usages de substances psychoactives : tabac, alcool, tranquillisants et somnifères utilisés en dehors ou dans le cadre d'une prescription médicale, pakalolo ou paka (cannabis) et autres drogues illicites (LSD, champignons hallucinogènes, ecstasy, cocaïne...). D'autres questions évoquent la perception des risques liés à la consommation de drogues, l'accessibilité des produits, les problèmes rencontrés dans le cadre d'éventuels usages, ou encore les loisirs, l'entourage familial, l'argent de poche, le mal-être... Le questionnaire portant parfois

sur une période récente (trente derniers jours), il était important de ne pas choisir une date d'enquête qui suive juste des vacances scolaires (qui constituent souvent des occasions particulières de consommation). Cependant, un arbitrage a dû être effectué entre cette préoccupation et le souci d'interroger les élèves sur une période relativement similaire à celle de la précédente enquête menée en 1999 (janvier, février, mars) pour pouvoir suivre l'évolution des consommations à période donnée, et à celle de l'enquête métropolitaine *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (Espad, mars, avril, mai). Les passations se sont ainsi déroulées d'avril à juin 2009.

L'enquête Ecaap a été réalisée sur l'ensemble de la Polynésie française et a concerné les élèves scolarisés des classes de 6^e à la Terminale (CJA, CETAD, CED, et MFR, inclus), ce qui, en termes de population de référence, représente un peu plus de 34.000 élèves inscrits à la rentrée scolaire 2008/2009. Elle a été coordonnée et menée

par la direction de la Santé, avec l'aide des infirmiers scolaires, et s'est déroulée au cours des mois d'avril, mai et juin 2009.

L'échantillon est représentatif de l'ensemble de la population scolarisée du secondaire en Polynésie française. Il est composé de 4 092 élèves, répartis dans 229 classes et 61 établissements des 5 archipels du Pays.

MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage retenu est un échantillonnage aléatoire à deux degrés par grappe, le premier sélectionnant des établissements, avec une probabilité de tirage proportionnelle à la taille de l'établissement, et le second des classes entières (grappes) parmi ces établissements.

La base de sondage est l'ensemble des classes des établissements de l'enseignement

secondaire général et professionnel. Elle a été constituée à partir de la base de données de la direction des Enseignements secondaires (DES), issue de l'enquête de rentrée scolaire 2008, contenant le nombre d'élèves inscrits dans les établissements scolaires d'enseignement général et professionnel ainsi que dans les sections d'éducation spécialisées et technologiques (CETAD et sections d'enseignement général et professionnel adapté). Elle a ensuite été complétée par les effectifs de rentrée des structures d'enseignement court, spécifiques au pays et qui ne dépendent pas de la DES : CJA, MFR, lycée professionnel agricole de Moorea, Centre des métiers d'art (CMA) de Papeete, Centre des métiers et de l'artisanat de la nacre de Rangiroa... Au total, la base de sondage comptait 1 554 classes, soit 34 014 élèves, réparties sur 109 établissements scolaires **[tableaux I et II]**.

TABLEAU I

Base de sondage : nombre de classes, selon le niveau de formation et la strate géographique

	6 ^e et 5 ^e	4 ^e et 3 ^e	2 ^{nde} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	Premier cycle et second cycle court professionnels	Second cycle long professionnel	MFR, CMA, CJA	Total
Îles du Vent zone urbaine	213	198	169	122	65	37	804
Îles du Vent zone rurale	94	76	51	59	17	64	361
Îles Sous-le-Vent	61	48	24	32	8	39	212
Archipels éloignés	56	41	2	21	0	57	177
Total	424	363	246	234	90	197	1 554

TABLEAU II

Base de sondage : nombre d'élèves, selon le niveau de formation et la strate géographique

	6 ^e et 5 ^e	4 ^e et 3 ^e	2 ^{nde} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	Premier cycle et second cycle court professionnels	Second cycle long professionnel	MFR, CMA, CJA	Total
Îles du Vent zone urbaine	5 207	4 804	4 633	2 905	1 196	425	19 170
Îles du Vent zone rurale	2 318	1 853	1 324	1 161	287	838	7 781
Îles Sous-le-Vent	1 375	1 124	618	589	99	446	4 251
Archipels éloignés	1 198	832	39	213	0	530	2 812
Total	10 098	8 613	6 614	4 868	1 582	2 239	34 014

La base de sondage a été stratifiée selon deux critères : le niveau géographique et le niveau de formation, afin d'obtenir un échantillon proportionnel représentatif des élèves.

D'une part, la Polynésie française a été découpée en quatre strates géographiques.

Strate 1 : zone urbaine des Îles du Vent, c'est-à-dire zone urbaine de Tahiti, allant de Mahina à Paea.

Strate 2 : zone rurale des Îles du Vent, c'est-à-dire zone rurale de Tahiti et île de Moorea.

Strate 3 : Îles Sous-le-Vent.

Strate 4 : archipels éloignés (Australes, Tuamotu-Gambier, Marquises).

D'autre part, les niveaux de formation ont été stratifiés en six groupes homogènes, d'âge et de niveau scolaire.

Strate 1 : enseignement général de premier cycle, classes de sixième et cinquième, y compris les sections d'éducation spécialisées.

Strate 2 : enseignement général de premier cycle, classes de quatrième et troisième, y compris les sections d'éducation spécialisées.

Strate 3 : enseignement général et technologique de second cycle, classes de seconde, première, et terminales générales et techniques.

Strate 4 : enseignement professionnel de premier et second cycle court (jusqu'au brevet d'études professionnelles -BEP- ou au certificat d'aptitude professionnelle -CAP), y compris le lycée professionnel agricole de Moorea et les CED.

Strate 5 : enseignement professionnel de second cycle long, préparation au baccalauréat professionnel.

Strate 6 : MFR, CMA, CJA, classes ateliers et CETAD.

CALCUL DE L'ÉCHANTILLON

Pour faciliter la collecte, tous les élèves d'une classe ont été interrogés. Un sondage stratifié par grappe a donc été réalisé, les classes constituant des grappes d'élèves.

La taille de l'échantillon a été calculée afin de disposer d'une puissance statistique qui permette une représentativité des résultats globaux par strate géographique, mais aussi par niveau de scolarité. Un minimum de 400 élèves par strate géographique étant nécessaire pour répondre à cette contrainte, la taille de l'échantillon a été estimée à 4 500 élèves. Pour les archipels éloignés, la contrainte d'échantillon a été remontée à 450, afin de s'assurer de bien obtenir 400 élèves interrogés (compte tenu des probables absences, refus...).

La taille de chaque strate a été fixée par allocation proportionnelle. Le nombre de classes à interroger par strate géographique et par niveau de formation a été obtenu en divisant le nombre d'élèves à interroger par strate par le nombre moyen d'élèves par classe. Ce sont tout d'abord 209 classes qui ont été tirées au sort, soit 4 591 élèves à interroger [tableaux III et IV]. Afin de prendre en compte le taux d'absentéisme assez conséquent des élèves des strates 3, 5 et 6 à cette période de l'année, 240 classes ont finalement été tirées au sort, soit 4 850 élèves.

La méthodologie de l'échantillonnage et le tirage au sort des classes ont été réalisés par l'ISPF avec la participation de la direction de la Santé et de l'Inpes.

MODE DE COLLECTE

Le questionnaire autoadministré a été retenu comme la solution la plus efficace pour un ensemble de raisons :

- il garantit le respect de l'anonymat et de la confidentialité ;
- il assure un coût très faible par rapport aux autres modes de collecte (type entretien), ce

TABLEAU III

Échantillon : nombre de classes échantillonnées, selon le niveau de formation et la strate géographique

	6 ^e et 5 ^e	4 ^e et 3 ^e	2 ^{nde} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	Premier cycle et second cycle court professionnels	Second cycle long professionnel	MFR, CMA, CJA	Total
Îles du Vent zone urbaine	27	25	21	16	9	5	103
Îles du Vent zone rurale	12	10	7	8	3	8	48
Îles Sous-le-Vent	8	6	3	4	1	5	27
Archipels éloignés	9	7	1	4	0	10	31
Total	56	48	32	32	13	28	209

TABLEAU IV

Échantillon : nombre d'élèves échantillonnés, selon le niveau de formation et la strate géographique

	6 ^e et 5 ^e	4 ^e et 3 ^e	2 ^{nde} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	Premier cycle et second cycle court professionnels	Second cycle long professionnel	MFR, CMA, CJA	Total
Îles du Vent zone urbaine	656	611	587	369	177	52	2452
Îles du Vent zone rurale	296	250	191	173	44	132	1086
Îles Sous-le-Vent	190	135	88	97	16	55	581
Archipels éloignés	176	146	23	47	0	80	472
Total	1 318	1 142	889	686	237	319	4 591

qui permet d'augmenter la taille de l'échantillon à coût constant ;

- il permet une bonne comparabilité avec les enquêtes polynésiennes antérieures, ainsi qu'avec les enquêtes françaises en milieu scolaire ;

- il semble particulièrement adapté à l'interrogation d'une population jeune sur un sujet sensible, que ce soit dans les études internationales [1-4] ou au niveau français [5].

Le choix de ce type de questionnaire n'empêche pas la présence d'un « responsable de la collecte » qui peut intervenir à tout moment pour guider ceux qui ont des difficultés à répondre.

À l'instar des enquêtes en milieu scolaire menées ces dernières années en France [6, 7], l'enquête a donc consisté en un question-

naire autoadministré distribué à tous les élèves en même temps et dont la durée de réponse était approximativement identique, qu'on soit consommateur ou pas¹, pour éviter que les différences soient trop visibles. Du point de vue de la confidentialité, le recours à une enveloppe a été retenu, afin de garantir l'anonymat de manière ostensible. Une fois tous les questionnaires recueillis, l'enquêteur fermait l'enveloppe adhésive devant les élèves. Le recours à un système d'urne ou de boîte d'archive a été envisagé

1. Pour les non-consommateurs, il aurait été envisageable, grâce à des filtres, de poser quelques questions supplémentaires portant notamment sur les proches, sur la disponibilité des produits, sur les raisons de la non-consommation... Mais cette solution s'est avérée trop complexe pour être lisible en termes de maquetage de questionnaire. Les mêmes questions ont donc été posées à tous les répondants.

mais n'était pas pratique à mettre en place, compte tenu du nombre de classes. L'idée d'un petit sticker pour sceller le questionnaire a été abandonnée pour éviter d'endommager le papier, ce qui aurait pu nuire à la mise en œuvre de la saisie optique.

L'enquête s'est appuyée, comme en 1999, sur les personnels du Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) et les médecins ou infirmiers scolaires, préalablement formés (à la découverte du questionnaire et aux consignes de remplissage) pour distribuer, collecter et expliquer succinctement l'enquête. La formation de ces professionnels reposait sur un document écrit synthétique leur permettant de répondre de manière standardisée aux éventuelles questions des élèves. Il s'agissait de rappeler les conditions de garantie de l'anonymat, l'intérêt d'une telle étude, le contexte, les consignes pour remplir le questionnaire et l'importance d'obtenir des réponses exactes. Les intervenants étaient en fait davantage des interlocuteurs que des enquêteurs : ils avaient pour rôle de présenter l'enquête mais aussi de répondre aux éventuelles questions des jeunes, sur le questionnaire et éventuellement sur le thème des addictions, tout en veillant très scrupuleusement à ne pas influencer sur les réponses.

En outre, dans l'idée de ne pas réduire l'exercice à un simple recueil de données, cette enquête était également l'occasion de mettre en place une action de diffusion d'information. Pour les classes dans lesquelles les élèves en ont exprimé la demande, les enquêteurs ont pu dialoguer avec les élèves, une fois l'enquête terminée. Mais dans la majorité des classes, le créneau prévu pour la passation de l'enquête n'étant que d'une heure, les enquêteurs n'en ont pas eu le temps. Des petites cartes avec l'adresse du site internet du CCSAT ont tout de même été distribuées aux élèves, afin de les aider à trouver une réponse à leurs

éventuelles questions. L'idée de distribuer des brochures avait été envisagée, mais il en aurait fallu un nombre trop important, et le risque qu'elles soient gaspillées et jetées était trop grand. En effet, il n'est en général pas efficace de distribuer une brochure sans action de prévention en amont.

ENQUÊTE PILOTE

L'enquête pilote a été administrée au début du mois de mars par les agents de la direction de la Santé. Elle a eu lieu auprès de quatorze élèves volontaires de trois établissements (collège de Mahina, lycée d'enseignement professionnel de Faa'a et CJA de Pajara), afin d'avoir le temps d'apporter les modifications nécessaires au questionnaire dans la foulée et de lancer l'impression de la version amendée pour que tout soit prêt pour mi-avril. Elle s'est déroulée en face à face, pour appréhender directement la compréhension des questions : la personne chargée de la passation de l'enquête insistait sur l'importance de remonter les difficultés rencontrées à l'écrit au sein du questionnaire. À l'issue du remplissage, elle interrogeait les élèves pour essayer de pointer les difficultés de remplissage et les problèmes de compréhension.

La réalisation d'une enquête pilote dans des conditions proches de l'enquête grandeur nature, en classe entière, avec toutefois une dimension particulière sur la compréhension des questions, n'a pas pu être mise en œuvre compte tenu du calendrier.

DOSSIER DE PASSATION DE L'ENQUÊTE

Le dossier de passation de l'enquête comprenait le planning et le rapport de passation. Ce dernier contenait une identification de l'établissement et de la classe, un comptage des absents et des présents le jour de l'enquête

(distingués par sexe), un recueil des motifs d'absence (raison médicale, stage, motif familial, refus des parents, voyage scolaire, absence de motif...). Ces informations ont permis de calculer et de qualifier les taux de participation à l'enquête. Quelques

éléments ont aussi aidé à décrire le déroulement de la passation (chahut, agitation, bavardages, calme, intérêt...) afin d'être en mesure de disposer d'éléments explicatifs si des résultats inattendus étaient observés (voir Annexe 2, page 173).

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Bachman J. G., Johnston L. D., O'Malley P. M. *The Monitoring the future Project after 22 years : design and procedures*. Ann Arbor : Institute for Social Research, 1996 : 50 p.
En ligne : <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/occpapers/occ38.pdf>
- [2] Johnston L. D., O'Malley P. M. Issues of Validity and Population Coverage in Student Surveys of Drug Use. In: Rouse B. A., Kozel N. J., Richards L. G. dir. *Self-Report Methods of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity*, NIDA Research monograph 57. Rockville : NIDA, 1985 : p.31-54.
En ligne : <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/download57.html>
- [3] Johnston L. D. *Enquête sur l'abus de drogues en milieu scolaire : une étude pilote dans six pays*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 1994 :54 p.
- [4] Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., et al. *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004 : 436 p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- [5] Beck F., Peretti-Watel P. Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte. *Population*, 2001, vol. 56, n° 6 : p. 963-985.
En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_2001_num_56_6_7214
- [6] Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances*, mars 2004, n° 35 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmck3.pdf>
- [7] Godeau E., Arnaud C., Navarro F. dir. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006 : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*. St Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : 274 p.
En ligne : <http://www.inpes.fr/CFESBases/catalogue/pdf/i132.pdf>

Déroulement de la passation

LAURENCE RENOU

Les responsables du Département des programmes de prévention (DPP) et du CCSAT ont contacté tous les chefs d'établissement fin mars 2009 pour les informer et les inviter à participer à l'enquête, puis à nouveau à la rentrée des vacances de Pâques pour convenir des dates de passage des agents de la santé dans leur établissement. L'enquête a débuté le jeudi 16 avril.

Au total, 60 établissements (30 collèges, 15 lycées d'enseignement général et professionnel, 11 CJA, 3 MFR et le CMA de Papeete) ont participé. L'enquête s'est déroulée dans 229 classes sur les 240 tirées au sort, les élèves de 11 classes étant déjà en révision d'examen ou en vacances. L'enquête s'est terminée mi-juin.

Sur l'île de Tahiti, qui concentrait 65 % des classes à interroger, les agents du DPP et du CCSAT ont été mobilisés pendant plusieurs semaines pour assurer la passation des questionnaires, avec l'aide d'infirmiers de la subdivision Santé de Tahiti Nui et de la cellule de promotion de la santé de Tahiti

Iti ainsi que d'infirmiers scolaires. Dans les autres îles, la passation des questionnaires a été assurée par les agents des cellules de promotion de la santé et les infirmiers des structures de santé, avec l'aide des infirmiers scolaires. Au total, 45 enquêteurs ont été impliqués dans cette enquête, dont 19 à Tahiti. Le terrain de l'enquête a été coordonné par le DPP et l'Observatoire polynésien de la santé de la direction de la Santé.

La passation des questionnaires a été menée, en général, par un enquêteur par classe, ce qui s'est parfois avéré difficile à gérer compte tenu du nombre important de questions posées par les élèves. C'est pourquoi quelques classes ont été interrogées par deux ou trois agents, plus disponibles alors pour répondre aux questions et aider les élèves en difficulté à lire et comprendre le questionnaire puis à y répondre, parfois de manière individuelle.

Un créneau d'une heure était prévu par classe, hormis pour les CJA et les MFR, qui

disposaient de 90 minutes. L'enquête et les consignes de passation étaient présentées en 5 minutes. Les élèves mettaient entre 20 et 60 minutes à répondre au questionnaire. Dans près de deux tiers des classes (64 %), des questions ont été posées sur le questionnaire. Elles portaient sur du vocabulaire incompris, (« biologiques », « se procurer », « inhaler »), ou sur des cas particuliers (« mon père touche une retraite mais travaille encore », « j'ai déjà goûté mais juste du bout des lèvres »...). Comme prévu, ce sont les questions relatives à la composition de la cellule familiale qui ont posé le plus de difficultés aux élèves.

Malgré l'effort des enquêteurs pour convaincre de l'anonymat des réponses aux questionnaires, quelques élèves se sont montrés inquiets vis-à-vis de la confidentialité de l'enquête. Cependant, la plupart d'entre eux ont montré un vif intérêt et s'appliquaient de peur que leur questionnaire ne soit pas pris en compte. L'enseignant pouvait rester dans la salle, mais ne devait pas intervenir ou circuler entre les rangs, afin de respecter la confidentialité, et il laissait l'enquêteur répondre aux questions.

Les fiches de passation, remplies par l'enquêteur, ont rapporté que dans deux tiers des classes (67 %), les élèves ont été calmes, et qu'ils ont chahuté dans 23 % d'entre elles¹. Dans 3,6 % des cas, le chahut a été provoqué par la majorité des élèves, dans 1,8 % des cas, par la moitié, et enfin, dans 17,9 % des cas, par quelques élèves seulement. Néanmoins, le sérieux et l'intérêt des élèves pour cette enquête ont été rapportés dans la majorité des fiches. Aucun élève n'a refusé de répondre *a priori*

au questionnaire. Une élève a refusé de le remplir intégralement, jugeant que c'était trop personnel, notamment les parties sur les consommations. Enfin, pour 13 élèves ayant rempli leur questionnaire de manière incohérente, les retours n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Afin de respecter la confidentialité des réponses, les premiers questionnaires ont été récupérés sans vérification de la part des enquêteurs. Mais la saisie et le nettoyage ont montré que de nombreuses réponses étaient incomplètes ou absentes, ou encore qu'il existait des incohérences (mois de naissance supérieur à 12, plusieurs cases cochées quand une seule aurait dû l'être, pages oubliées...). Afin d'assurer une meilleure qualité des réponses, il a donc été proposé aux enquêteurs d'insister sur les consignes de passation et de réaliser un contrôle rapide, avant la remise du questionnaire dans l'enveloppe.

Dans les 12 classes de CJA et de MFR, la passation des questionnaires a été assurée par un agent médico-administratif du CCSAT chargé de la prévention, bilingue français/tahitien. Le questionnaire était lu question par question par l'enquêteur, et rempli au fur et à mesure par les élèves. La passation durait en moyenne entre 1 h 15 et 1 h 30.

Une fois les questionnaires remplis, ils étaient centralisés au DPP, contrôlés et préparés pour l'étape de saisie qui se tenait dans les locaux de l'ISPF.

Le taux de participation s'élève finalement à 89,1 % (4 092 questionnaires avant nettoyage/4 591 élèves à interroger).

1. 9 % des fiches n'étaient pas renseignées sur ce point.

Saisie et contrôle des questionnaires

LAURENCE RENOU
LAURENT PELLET
XAVIER MONCHOIS

La saisie n'a pas été réalisée de manière classique avec une application de saisie manuelle, mais par reconnaissance optique des caractères (OCR, *Optical Character Recognition*). Cette technologie a été mise en place par l'ISPF lors du dernier recensement général de la population de Polynésie française, en 2007. Elle permet de récupérer le texte dans l'image d'un document et de le sauvegarder dans une base de données pour exploitation. Elle a l'avantage d'être beaucoup plus rapide que la saisie manuelle et de limiter les erreurs, même si un contrôle reste toutefois nécessaire. Elle requiert, en revanche, une conception bien structurée du questionnaire et une impression de bonne qualité.

Trois grandes phases caractérisent le processus général de la saisie optique :

- la numérisation des documents ;
- la reconnaissance optique du questionnaire ;
- la reprise des libellés.

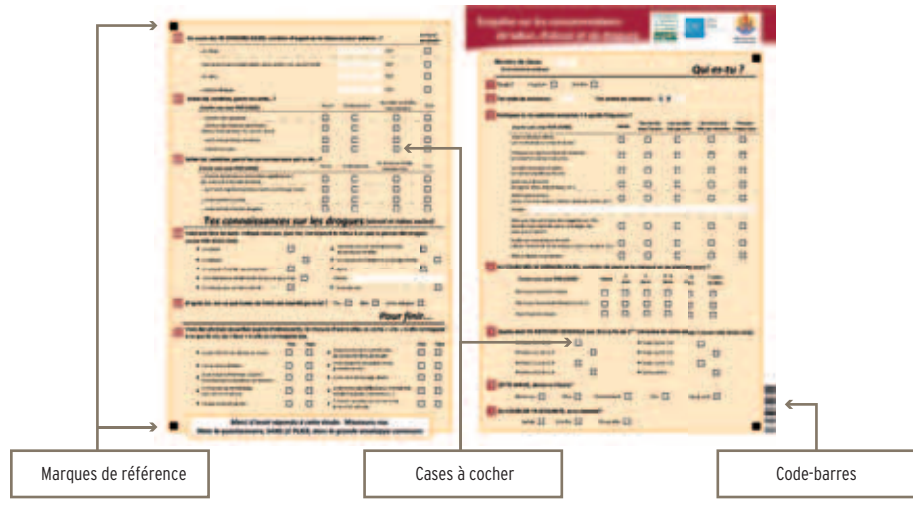
CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

Pour être optimale, l'OCR nécessite un questionnaire clair et bien structuré respectant certaines contraintes (espace entre les questions, décalage des cases à cocher...). Il est important notamment que le questionnaire comporte un ensemble d'éléments graphiques qui vont optimiser sa reconnaissance **[figure 1]**. Ainsi, des marques de référence ont été ajoutées aux coins des pages du questionnaire afin de permettre son redressement et son calage et la régularité de la taille du carré utilisé pour les cases à cocher a été soigneusement respectée ; un code-barres spécifique et un numéro unique ont été placés sur chacune des pages afin de faciliter l'association de l'image au modèle lors de l'étape de reconnaissance et de permettre, éventuellement, de rassembler les pages d'un même questionnaire qui se seraient séparées.

Le logiciel ABBYY FormDesigner® a été utilisé pour réaliser la maquette générale du

FIGURE 1

Éléments graphiques des pages 1 et 8 du questionnaire



questionnaire et le logiciel Adobe InDesign® pour le finaliser.

Une fois le questionnaire maqueté et validé, quatre modèles correspondant aux quatre doubles pages ont été conçus grâce à l'application de reconnaissance ABBYY FormReader®. Ces modèles permettent d'étalonner les images en vue de leur reconnaissance.

RECONNAISSANCE OPTIQUE DES CARACTÈRES (OCR)

Première étape : la numérisation des documents

Un scanner haute vitesse a été utilisé. La numérisation des questionnaires a été réalisée au fur et à mesure de leur collecte et a permis d'obtenir quatre images par questionnaire. Les images des questionnaires d'une même classe étaient regroupées dans un fichier en vue de leur reconnaissance ultérieure [figure 2].

FIGURE 2

Numérisation des questionnaires par classe



Deuxième étape : la reconnaissance optique du questionnaire

L'étape de reconnaissance optique suit un schéma en trois phases.

Association des images à l'un des modèles (quatre pages soit quatre modèles différents)

Une fois les images transférées dans le logiciel, la première phase consiste à associer chaque image à un modèle, c'est-à-dire à détecter quelles sont les pages 1, les pages 2... Si le logiciel ne parvient pas à associer un modèle à une page, les étapes ultérieures ne pourront être exécutées ; c'est pourquoi cette étape est importante et mérite d'être bien anticipée. Il est possible d'associer une image à un modèle manuellement, mais cela n'aurait pu être envisageable pour l'ensemble des 16 400 images.

Reconnaissance des différents blocs de l'image et vérification groupée (cases à cocher, nombres)

La reconnaissance consiste, dans un premier temps, à vérifier que le remplissage des cases à cocher a bien été interprété par le logiciel. Pour cela, un groupe d'une centaine de cases à cocher est remonté dans la partie supérieure de l'écran, afin de permettre au contrôleur la vérification rapide d'un ensemble groupé de cases identiques. Le logiciel procède tout d'abord avec les cases qu'il détecte vides, puis avec les cases qu'il détecte cochées.

Dans un second temps, et sur le même principe, le contrôleur vérifie les chiffres écrits dans le cadre des questions concernant l'âge, le mois de naissance, le nombre de frères, l'argent de poche... Le logiciel remonte, dans la partie supérieure de l'écran, une vingtaine de chiffres qu'il détecte être identiques (tous les 6 par exemple). Le contrôleur n'a plus qu'à vérifier que ces

chiffres correspondent bien au chiffre interprété par le logiciel.

Cette étape est très rapide et permet de contrôler la saisie optique des questionnaires de plusieurs classes en seulement quelques minutes.

Contrôle des règles de cohérence

Deux types de règles de cohérence ont été définies afin d'éviter les plus grosses erreurs.

L'alerte rouge informe qu'une variable est « hors norme » ; le transfert des données dans la base ne sera possible qu'après correction de la valeur de la variable. Cette règle a été définie pour le numéro de classe, dont la valeur lue ne devait pas différer des numéros affectés.

L'alerte orange informe qu'une variable est « hors norme » et qu'elle doit être contrôlée ; le transfert des données dans la base n'est cependant pas bloqué, même si la variable ne rentre toujours pas dans la norme. Cette règle a été définie pour l'année de naissance, qui devait être comprise entre 1989 et 1999, pour le mois de naissance, qui devait être compris entre 1 et 12 et pour le nombre de personnes dans le foyer qui devait être inférieur à 21.

Ce contrôle permet de corriger directement des erreurs qui n'ont pas été détectées lors de l'étape de reconnaissance ou de constater, au contraire, que la saisie était bonne (avec des valeurs extrêmes, un nombre de personnes dans le foyer supérieur à 21...). Il permet également d'amorcer le nettoyage des variables erronées (par exemple, mois de naissance : 27, recodé en valeur manquante).

Troisième étape : la reprise des libellés

Relativement aux cases à cocher et aux chiffres, l'écriture courante est plus difficile à reconnaître pour le logiciel. Les libellés doivent donc être retapés. Afin d'accélérer le contrôle de saisie, la reprise des libellés a été

réalisée dans un second temps, une fois que tous les questionnaires étaient numérisés et contrôlés, au travers d'une application Access [figure 3].

L'application Access récupère les zones de l'image sur lesquelles se trouvent des libellés. Le contrôleur visualise ainsi directement, sur le même écran, la zone du questionnaire avec le libellé et l'encadré sur lequel il recopie le libellé, directement dans la base. Cette méthode permet de créer autant de formulaires de codification et de contrôle que nécessaire.

L'application Access a également été utilisée pour les montants d'argent, pour lesquels de nombreuses erreurs avaient été détectées.

Au final, le temps gagné en saisie permet de faire davantage de contrôles de qualité, d'autant que le retour aux questionnaires est facilité.

La base de données avant nettoyage contenait 4 092 questionnaires remplis. Son nettoyage a été réalisé à l'Inpes, par Jean-Baptiste Richard et François Beck, en collaboration avec Laurence Renou (Observatoire de la santé de Polynésie française). Tous les scans des questionnaires ont également été fournis. Cela nous a permis d'accéder à l'original des réponses lorsque certaines incohérences ou données manquantes ont été relevées. Les différents choix effectués lors du nettoyage sont décrits en Annexe 4 (voir page 179).

FIGURE 3

Reprise des libellés dans l'application Access

The screenshot shows a Microsoft Access application window displaying a questionnaire form. The form is titled '14-15' and contains two main sections:

- Section 14:** '14. Qu'est-ce qui t'apporte le plus de JOIE dans ta vie de tous les jours? (coche UNE SEULE CASE)'. It lists various options such as 'Ta famille', 'Tes relations avec les autres', 'L'école', 'Le travail', 'Les loisirs', 'La religion', 'La sexualité', 'L'État', 'Tes amis', 'Le père', 'Une autre drogue', 'Autre', and 'Rien du tout'. Each option has a checkbox.
- Section 15:** '15. Dans ta vie de tous les jours, qu'est-ce qui te pose le plus de PROBLÈMES? (coche UNE SEULE CASE)'. It lists various options such as 'Ta famille', 'Tes relations avec les autres jeunes', 'L'école', 'Tes relations avec les adultes', 'Des accidents de la route', 'La religion', 'La sexualité', 'Le travail', 'L'école', 'Les loisirs', 'Le père', 'Une autre drogue', 'Le choix de tes études, de ton orientation', 'Le choix d'un métier', 'Les déplacements quotidiens', 'Autre', and 'Rien du tout'. Each option has a checkbox.

Two red annotations are present:

- A red box highlights the text 'Prévoir mon petit copain' in the '14' section. A red arrow points from a label 'Libellé à contrôler' to this box.
- A red box highlights a text input field below the '15' section. A red arrow points from a label 'Encadré pour la saisie manuelle des libellés' to this box.

Méthodes statistiques mises en œuvre pour l'analyse

FRANÇOIS BECK

LA NOTION DE SIGNIFICATIVITÉ EN STATISTIQUE

Dans ce rapport, il est parfois question de « significativité » (par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau). Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux grandeurs statistiques, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse que l'expérimentation de cannabis est indépendante du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion d'expérimentateurs devrait être la même parmi les filles et les garçons de 17-18 ans. Or il apparaît qu'à cet âge, 56,8 % des garçons interrogés ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre 40,0 % des filles. Cet écart est élevé, il est donc très peu vraisemblable que le sexe et l'expérimenta-

tion du cannabis soient indépendants pour l'ensemble des adolescents âgés de 17 ans. Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs milliards. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à considérer que l'hypothèse d'indépendance est fautive, et donc *a contrario* que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de significativité » (ou « risque de première espèce ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées.

On dira donc d'une relation statistique qu'elle est significative au seuil p si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p . Les seuils les plus usités sont 5 %, 1 %, 0,1 %. Lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser à quel seuil, il s'agit généralement de 5 % : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance.

LA RÉGRESSION LOGISTIQUE

Prenons l'exemple des relations entre redoublement et usage de cannabis. Un tri croisé montre que les adolescents qui ont déjà redoublé ont plus souvent déjà consommé du cannabis. Or, ces deux variables sont toutes les deux liées à l'âge et au sexe : mécaniquement, plus un adolescent avance en âge, plus il a de chances d'avoir déjà pris du cannabis, plus il a de chances aussi d'avoir déjà redoublé. En outre, on sait que les garçons sont plus consommateurs de cannabis, et redoublent plus souvent que les filles. Dès lors, la relation observée en croisant usage de cannabis et redoublement traduit largement les influences de l'âge et du sexe, plutôt que celles du redoublement lui-même. Pour pouvoir apprécier l'effet propre du redoublement, il faut pouvoir contrôler les effets de l'âge et du sexe. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans la régression. Elles font ainsi disparaître les « effets de structure ». Plus généralement, les méthodes de régression permettent de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure. Pour interpréter les résultats de nos régressions, on aura recours à la notion anglo-saxonne d'*odds ratio*.

Une régression vise à analyser une variable expliquée en fonction de variables explicatives (ou covariables). Si la variable expliquée est qualitative, et en particulier dichotomique (deux modalités), le modèle linéaire doit être aménagé. Ici, on modélise plus précisément la probabilité P qu'un individu ait consommé un produit donné,

en supposant qu'elle dépend d'une combinaison linéaire de ses caractéristiques individuelles (les covariables). Dans une régression logistique, pour évaluer l'impact d'une covariable sur la probabilité de se déclarer favorable au rétablissement de la peine de mort, on compare les *odds* de deux individus identiques, sauf pour cette covariable. Si i et j sont du même sexe, ont la même situation professionnelle et le même âge, mais différent par leur niveau d'études (aucun diplôme pour i , et un diplôme de l'enseignement supérieur pour j), l'*odds ratio* de i par rapport à j mesure l'impact du diplôme sur l'opinion relative à la peine de mort. Si la covariable est qualitative, on choisit une modalité de référence à laquelle les autres modalités sont comparées (pour le diplôme, la modalité de référence est ici « diplômé du supérieur »). Si l'*odds ratio* est proche de 1, les modalités comparées ont le même impact sur la probabilité expliquée. Ainsi, entre hommes et femmes, l'*odds ratio* vaut 0,9. Le sexe n'influence donc pas l'opinion modélisée. Pour voir si un *odds ratio* est significativement différent de 1, on construit un « intervalle de confiance » à 95 % : si la valeur 1 est dans l'intervalle, l'*odds ratio* n'est pas significativement différent de 1 au seuil de 5 %. Sinon, on dira au contraire que l'*odds ratio* est significativement différent de 1 à 5 %.

Au sein de ce rapport, dans les tableaux présentant les résultats des régressions logistiques figurent également les croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Le seuil de significativité correspondant à ce test est exprimé par l'absence (non significatif) ou la présence d'une étoile (si $p < 5\%$), de deux étoiles (si $p < 1\%$) ou de trois étoiles (si $p < 0,1\%$) juste au-dessus des pourcentages présentés [tableau I].

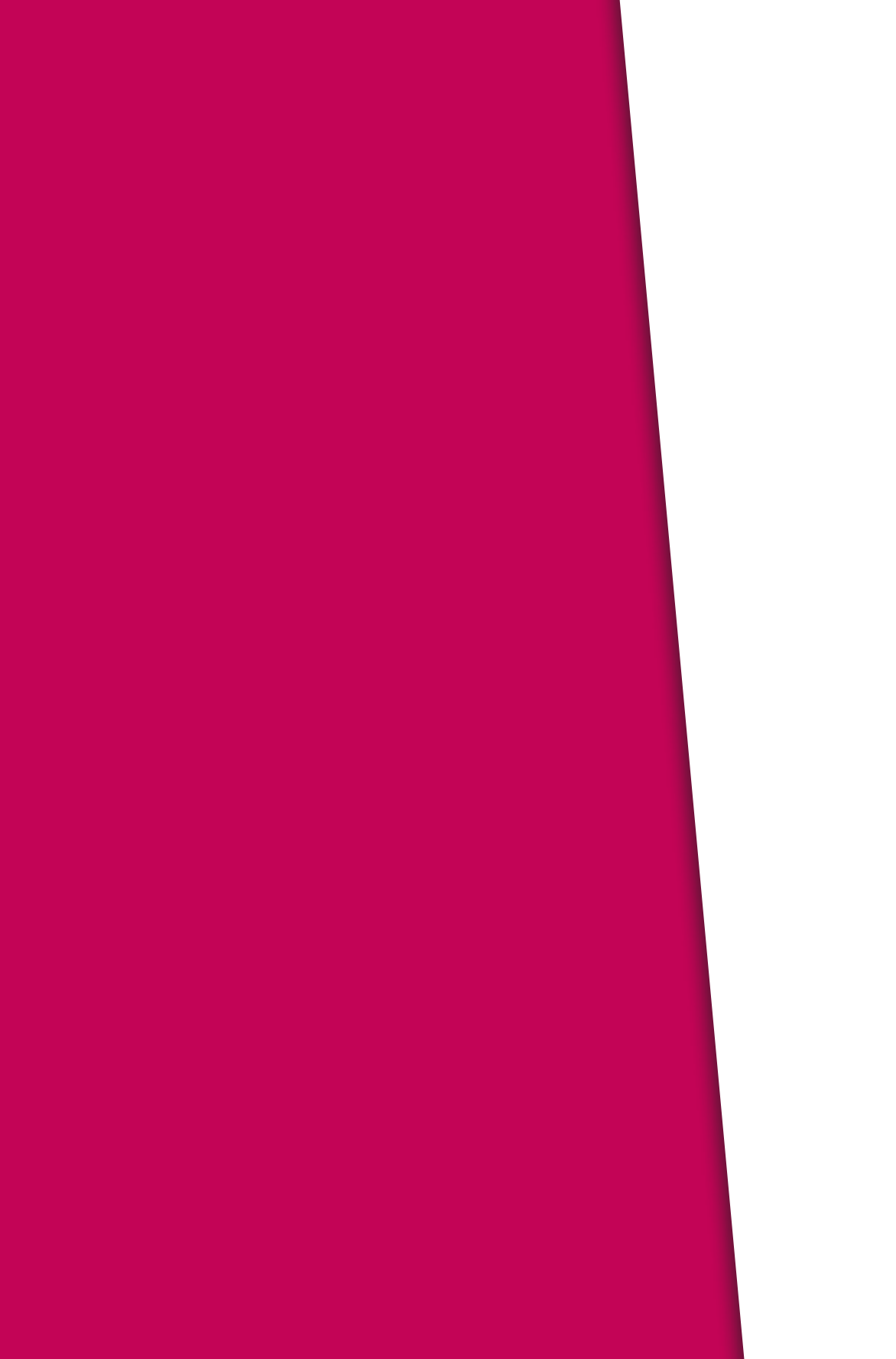
TABLEAU I

Facteurs associés à l'expérimentation de paka (cannabis) à 17-18 ans

	Effectifs bruts	%	Odds ratio ajustés (ORa)	Intervalle de confiance (IC)
Sexe			***	
Garçons	375	58,2	1,8***	1,3 ; 2,5
Filles (réf.)	449	40,5	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Lecture : à 17-18 ans, les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à avoir déjà expérimenté le paka (58,2 % contre 40,5 %, écart significatif à p<0,1 %). Cet écart est confirmé après contrôle de certains effets de structure, les garçons ayant 1,8 fois plus de chances d'avoir déjà expérimenté le paka que les filles (p<0,1 %).



**VIE QUOTIDIENNE, CONTEXTE
SOCIAL ET PROFIL PSYCHOLOGIQUE
DES JEUNES SCOLARISÉS**

Caractéristiques démographiques

LAURENCE RENOU
JEAN-BAPTISTE RICHARD

ÂGE ET SEXE

La population scolarisée dans le secondaire en Polynésie française est composée à parts égales de garçons (50,1 %) et de filles (49,9 %) et est en majorité (54,4 %) âgée de 13 à 16 ans. L'enquête en milieu scolaire apparaît particulièrement représentative de cette classe d'âge, dans la mesure où les taux de scolarisation avant 16 ans sont élevés : 95,1 % des 13-16 ans sont scolarisés dans le secondaire. Au-delà de 17 ans, la part de jeunes sortis du système scolaire devient de plus en plus importante au fur et à mesure de l'avancée en âge, tandis qu'une grande partie des 10-11 ans sont encore scolarisés en primaire. Ainsi, en termes de représentativité, parmi les jeunes scolarisés dans le secondaire, ce sont les 12-16 ans qui donnent l'image la plus fidèle de l'ensemble de la population de leur âge, les plus jeunes et les plus âgés ayant pour leur part des profils particuliers par rapport aux autres jeunes de leur génération non scolarisés dans le secondaire [tableau I].

TABLEAU I

Estimation des taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire général et professionnel par âge de la population âgée de 10 à 25 ans (en pourcentage)

Âge	Garçons	Filles	Ensemble
10 ans	3	3	3
11 ans	63	77	70
12 ans	93	96	94
13 ans	100	100	100
14 ans	100	98	99
15 ans	92	99	95
16 ans	83	87	85
17 ans	66	75	70
18 ans	39	41	40
19 ans	21	21	21
20 ans	8	8	8
21 ans	2	2	2
22 ans	0,6	0,9	0,7
23 ans	0,4	0,3	0,4
24 ans	0,3	0,2	0,2
25 ans	0,2	0,3	0,2

Sources : ministère chargé de l'Éducation (nombre d'élèves, selon le sexe et par âge en août 2009) et ISPF (estimations de la population au 31 décembre 2008).

Les **tableaux II et III** rendent compte de la répartition par âges et par classe d'âge des élèves interrogés.

Du point de vue de la répartition par sexe selon les différentes classes d'âge, il faut noter que si garçons et filles se trouvent en proportion équivalente parmi les 10-12 ans, les élèves âgés de 13 à 16 ans sont en assez nette majorité des garçons (53,6 %), et ceux âgés de plus de 17 ans sont en majorité des filles (55,7 %) [figure 1]. Dans la mesure où nos données ont été redressées sur le sexe et l'âge, ces proportions reflètent parfaitement la réalité polynésienne.

Au-delà du fait que les comportements et les normes évoluent de manière radicale au cours de l'adolescence, incitant à distinguer les différentes classes d'âge dans les analyses, le genre doit également être pris en compte assez systématiquement, ne serait-ce que pour contrôler ce déséquilibre en termes d'âge.

NIVEAU DE FORMATION ET FILIÈRE D'ENSEIGNEMENT

Un peu plus de la moitié (55,1 %) de l'échantillon est en collège [tableau IV]. Les trois

TABLEAU II

Répartition par âge des élèves interrogés

Âge	%
10 ans	0,2
11 ans	2,2
12 ans	11,7
13 ans	12,7
14 ans	13,9
15 ans	14,4
16 ans	14,3
17 ans	12,3
18 ans	9,2
19 ans	5,1
20 ans et plus	3,9

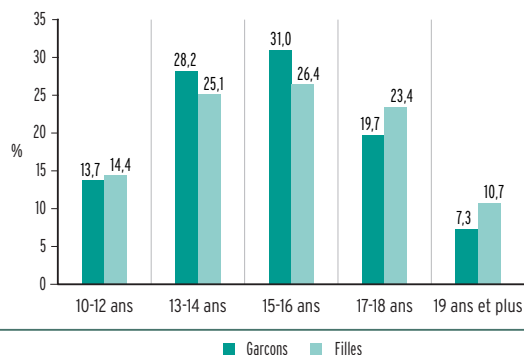
TABLEAU III

Répartition par tranches d'âge des élèves interrogés

Tranches d'âge	%
10-12 ans	14,1
13-14 ans	26,6
15-16 ans	28,7
17-18 ans	21,6
19 ans et plus	9,0

FIGURE 1

Répartition des élèves, selon le sexe et l'âge



quarts des jeunes sont scolarisés en filière générale, tandis que le dernier quart se répartit entre filière professionnelle et établissements d'apprentissage et d'enseignement spécialisé (MFR, CJA, CMA) [tableau V].

Les MFR sont des écoles rattachées au ministère de l'Agriculture et gérées par des associations familiales, qui dispensent un enseignement de cycle court, à rythmes appropriés, par alternance. Elles proposent un cycle de formation de trois années, à partir de la 5^e, préparant au Certificat d'aptitude professionnelle agricole (CAPA) Employé d'entreprise agricole en polyculture et élevage ou Employé d'entreprise agricole et para-agricole, option Employé familial, Vente au détail de produits agricoles, ou Accueil en milieu rural. Au nombre de six, elles sont implantées dans trois archipels de Polynésie française.

Le CMA prépare sur trois ans les jeunes aux métiers de l'artisanat (sculpture sur bois et pierre, gravure sur nacre et os, vannerie, couture, impression sur tissu...). Outre la formation pratique, ils y reçoivent un enseignement général (français, mathématiques appliqués...) et un enseignement théorique sur les arts du Pacifique et la création artistique. Ils sont initiés à la création d'entreprise et à la gestion d'un atelier. Des stages en entreprise complètent la formation. Les élèves entrent au CMA à partir de l'âge de seize ans, avec un niveau brevet des collèges, ou après présentation de leurs motivations devant un jury.

Le centre des métiers de la nacre et de la perliculture, sur l'atoll de Rangiroa, propose deux formations, de perliculteur et de greffeur, comportant des cours théoriques et pratiques, pour des adultes de 18 à 25 ans, de niveau brevet des collèges, hébergés en internat et recevant une indemnisation. La formation de perliculteur dure quatre mois et demi ; celle de greffeur se fait après celle de perliculteur.

TABLEAU IV

Niveau de formation des jeunes Polynésiens scolarisés

Niveau de formation	%
6 ^e et 5 ^e	29,8
4 ^e et 3 ^e	25,3
2 ^{nde} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	19,4
Premier cycle et second cycle court professionnels	12,9
Second cycle long professionnel	4,7
MFR, CMA, CJA	7,8

TABLEAU V

Filière d'enseignement des jeunes Polynésiens scolarisés

Filière d'enseignement	%
Générale	74,6
Professionnelle	17,6
MFR, CMA, CJA	7,8

Les CJA sont des structures scolaires qui dispensent en alternance et sur une période de quatre ans un enseignement général (français, mathématiques, sciences et technologies, langues et cultures polynésiennes, éducation physique et sportive) et une formation pratique ou professionnelle dans cinq domaines d'activités et de production (bâtiment et industrie, bois, mer, terre, tourisme et artisanat). Ils ont pour mission :

- de permettre à des élèves en difficulté scolaire de poursuivre des études au moins jusqu'au terme de la scolarité obligatoire ;
- de doter chacun d'eux d'une formation polyvalente alliant théorie et pratique, et favorisant une meilleure insertion dans la vie active ;
- de favoriser la socialisation des adolescents et leur éducation à la citoyenneté, notamment à travers un fonctionnement coopératif des centres.

Ce cursus est sanctionné par le certificat de formation des jeunes adolescents (CFJA), diplôme de formation professionnelle de niveau 5. Les 22 CJA de Polynésie française sont répartis dans trois archipels et comptent 125 enseignants et 1 012 élèves.

ENTOURAGE FAMILIAL

Situation matrimoniale des parents

Pour 71,7 % des jeunes Polynésiens, les parents vivent ensemble, pour 22,5 %, ils sont séparés et pour 5,5 %, l'un des deux est décédé. Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 1999, même si la proportion de parents séparés apparaît en augmentation (14 % en 1999). Du point de vue de la structure de leur foyer, 63,0 % des adolescents vivent avec leurs deux parents, 18,7 % avec leur père ou leur mère, 5,2 % avec des parents adoptifs, 12,0 % avec leurs grands-parents, tandis que 5,8 % vivent avec une ou plusieurs personnes

autres que les personnes citées ci-dessus (ex : conjoints, tuteurs, amis...) et que 5,6 % vivent dans un foyer, un pensionnat... Ces résultats sont eux aussi comparables à ceux observés en 1999 : 63 % des élèves vivaient alors avec leurs deux parents, 15 % avec l'un des deux, 5 % avec des parents adoptifs, et 6 % vivaient dans un foyer ou un pensionnat.

Par ailleurs, 22,4 % vivent avec moins de trois personnes à la maison, 37,2 % avec quatre à cinq personnes et 40,4 % avec plus de cinq personnes. En termes de fratrie, seuls 10,3 % n'ont ni frère ni sœur, 26,8 % en ont un ou une, 40,4 % en ont deux ou trois, 14,6 % en ont quatre ou cinq et 7,9 % en ont au moins six.

Activité professionnelle des parents

Pour la grande majorité des élèves (85,1 %), au moins un des parents a une activité professionnelle régulière, tandis que pour 5,0 %, aucun ne travaille [tableau VI].

TABLEAU VI

Activité professionnelle des parents (en pourcentage)

	Oui, régulièrement	Oui, de temps en temps	Non	Retraité	Pas de père/mère
Père actif	73,1	9,3	6,2	8,4	3,0
Mère active	56,2	12,4	25,8	4,3	1,2
Au moins un parent actif	85,1	7,1	5,0	2,5	0,3

La vie scolaire

JEAN-BAPTISTE RICHARD
LAURENCE RENOU
STANISLAS SPILKA

ABSENTÉISME

L'absentéisme scolaire des élèves polynésiens apparaît relativement important. En effet, sur les trente derniers jours précédant l'enquête, plus d'un élève sur deux (57,1 %) déclarent avoir connu au moins une absence pour maladie (53,9 % des garçons contre 60,4 % des filles ; $p < 0,001$), 30,1 % ont volontairement manqué des cours, 32,5 % ont été absents pour d'autres raisons [tableau I]. L'absentéisme volontaire semble assez indépendant du sexe, augmente fortement avec l'âge et devient de plus en plus

souvent d'une durée supérieure à une journée [figure 1].

Sur l'ensemble de la population interrogée sur le mois précédent, plus d'un élève sur cinq (21,4 %) déclarent à la fois avoir été amenés à manquer l'école pour un motif de maladie et avoir manqué volontairement l'école.

La durée des absences pour arrêt de maladie est en moyenne de deux jours ; pour les autres absences elle est majoritairement d'une journée. Toutefois, avec l'âge, les habitudes de sécher les cours augmentent fortement et deviennent de plus en plus souvent d'une durée supérieure à une journée.

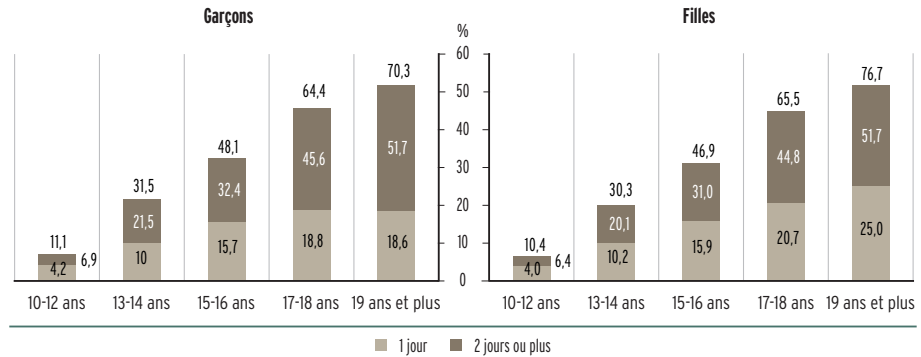
TABLEAU I

Fréquence des absences des élèves au cours des trente derniers jours par motif d'absence (en pourcentage)

	Aucune absence	1 jour	2 jours	3-4 jours	5-6 jours	7 jours ou plus
« Parce que tu as été malade »	42,9	19,3	17,2	13,4	3,6	3,6
« Parce que tu as séché »	69,9	14,1	6,6	4,7	1,4	3,2
« Pour d'autres raisons »	67,5	15,0	8,2	4,5	1,6	3,2

FIGURE 1

Fréquence des absences volontaires des jeunes Polynésiens au cours des trente derniers jours



NIVEAU

La moyenne générale déclarée par les jeunes Polynésiens (sur le deuxième trimestre de l'année) apparaît très liée à l'âge, les très bonnes notes étant courantes avant 13 ans et beaucoup plus rares au-delà de 17 ans. Les

notes très basses, c'est-à-dire inférieures à 6, sont marginales (moins de 2 % de l'échantillon quel que soit l'âge).

À l'âge de 10-12 ans, 19,4 % des élèves ont une moyenne supérieure à 16 et seuls 5,1 % n'ont pas la moyenne [tableau II]. Au fil des années, assez naturellement et comme en

TABLEAU II

Moyenne scolaire des élèves, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus
Ensemble					
16-20	19,4	9,9	5,0	3,5	1,3
14-15,9	27,5	18,9	14,4	7,1	3,6
12-13,9	31,1	30,8	25,6	25,6	26,7
10-11,9	16,8	26,2	33,3	33,0	36,8
Moins de 10	5,1	14,0	21,8	30,8	31,6
Garçons					
16-20	15,9	8,0	5,6	6,0	2,6
14-15,9	26,1	17,7	16,4	7,5	4,4
12-13,9	30,3	28,3	26,5	27,7	21,7
10-11,9	20,7	28,1	30,2	29,3	36,7
Moins de 10	6,9	17,9	21,3	29,6	34,6
Filles					
16-20	22,7	12,1	4,3	1,4	0,3
14-15,9	28,9	20,3	12,0	6,8	3,1
12-13,9	31,9	33,5	24,6	23,9	30,1
10-11,9	13,1	24,1	37,0	36,2	36,9
Moins de 10	3,4	10,0	22,1	31,8	29,6

France métropolitaine, la moyenne scolaire déclarée baisse et la proportion d'élèves en difficulté (en deçà de la moyenne) augmente fortement (de 5,1 % à 10-12 ans à 31,6 % à 19 ans et plus).

Les filles sont, en proportion, plus nombreuses que les garçons à avoir des notes élevées (supérieures à 12) entre 10 et 14 ans ; en revanche, avec l'avance en âge, la tendance s'inverse, et la proportion d'élèves en difficulté devient comparable entre les deux sexes.

REDOUBLEMENT

Sur l'ensemble des élèves polynésiens interrogés, 42,2 % ont connu au moins un redoublement (39,0 % des filles vs 45,6 % des garçons, $p < 0,001$) [tableau III].

La proportion des élèves ayant connu un redoublement évolue très sensiblement avec l'avancée en âge ($p < 0,001$). Entre 17 et 18 ans, elle est de plus d'un élève sur deux (63,7 % des garçons vs 53,4 % des filles, $p < 0,001$) et au-delà de 19 ans, de plus de huit élèves sur dix [tableau IV].

Le redoublement est, par ailleurs, fortement associé aux conditions de vie en

famille : 67,8 % des élèves qui vivent la plupart du temps avec leurs deux parents n'ont jamais connu de redoublement vs 50,3 % des autres ($p < 0,001$).

La proportion d'élèves de 15-16 ans déclarant avoir connu au moins une fois le redoublement au cours de leur scolarité apparaît supérieure à celle observée en France métropolitaine dans l'enquête Espad 2007 sur la même classe d'âge (40,3 % des garçons et 32,1 % des filles).

SATISFACTION PAR RAPPORT À L'ÉCOLE

Dans l'ensemble, les jeunes Polynésiens manifestent un degré de satisfaction élevé par rapport à l'école. Plus de six élèves de l'échantillon sur dix (60,5 %) disent actuellement aimer l'école, les filles un peu plus souvent que les garçons, ceux-ci étant plus nombreux à ne pas l'apprécier [tableau V]. Seul un élève sur dix (11,2 %) ne l'apprécie guère.

Si à 10-12 ans les filles manifestent un satisfecit plus important que les garçons (86,1 % vs 70,6 %), en revanche, au-delà, cette différence s'estompe [figure 2].

TABLEAU III

Nombre de redoublements des élèves, selon le sexe (en pourcentage)

	Ensemble	Garçons	Filles
Aucun redoublement	57,7	54,5	61,0
Un redoublement	33,3	35,9	30,8
Deux redoublements ou plus	8,9	9,7	8,2

TABLEAU IV

Part des élèves ayant redoublé au moins une fois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Garçons	7,6	39,4	46,3	63,7	88,5	45,6
Filles	8,8	28,4	35,0	53,4	82,5	39,0
Ensemble	8,2	34,2	41,1	58,1	84,9	42,3

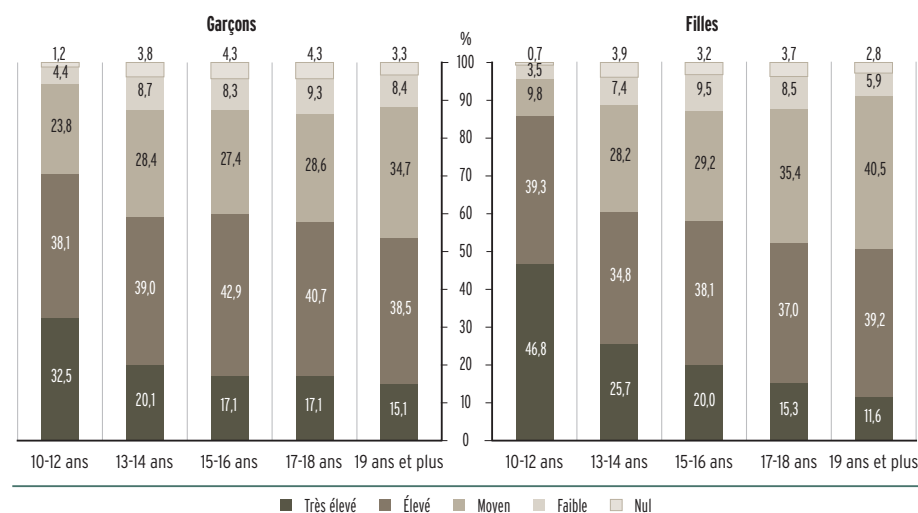
TABLEAU V

Satisfaction ressentie par rapport à l'école, selon le sexe (en pourcentage)

Réponse à la question : « Cette année, aimes-tu l'école ? »	Ensemble	Garçons	Filles
Beaucoup	21,6	19,9	23,3
Bien	38,9	40,4	37,3
Moyennement	28,4	28,0	28,8
Peu	7,8	8,1	7,5
Pas du tout	3,4	3,7	3,1

FIGURE 2

Degré de satisfaction par rapport à l'école, selon le sexe et l'âge



Si la satisfaction déclarée par rapport à l'école apparaît indépendante de la situation familiale et notamment du fait de vivre avec ses parents biologiques ou avec des parents séparés, indépendante du fait d'avoir ou non déjà redoublé, en revanche, ce sentiment d'appréciation de l'école s'avère fortement associé aux notes de l'année ($p < 0,001$). Les élèves qui déclarent « peu » ou « pas du tout » aimer l'école ont davantage une moyenne générale inférieure à la moyenne que les autres (37,0 % vs 18,7 %, $p < 0,001$) ; de même, au cours des trente derniers jours,

ils ont plus souvent volontairement manqué des cours que les autres (46,5 % vs 27,9 % ; $p < 0,001$).

COMPARAISON AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS (ENQUÊTE ESPAD 2007)

Les absences volontaires apparaissent bien plus fréquentes en Polynésie qu'en France métropolitaine [tableau VII]. Ce sont près d'un tiers des jeunes Polynésiens (31,8 %) qui déclarent avoir manqué volontaire-

ment au moins un jour au cours des trente derniers jours, contre à peine un jeune sur cinq en France métropolitaine (19,3 %). Le fait d'avoir connu un redoublement semble également plus fréquent en Polynésie (41,1 % vs 36,3 %), ceci un peu plus pour les garçons (46,3 % vs 40,0 %) que pour les filles (35,0 % vs 32,0 %). Cependant, les jeunes en Polynésie semblent plus satis-

faits de l'école qu'en France métropolitaine. Ils sont en effet près de six sur dix à déclarer « bien » ou « beaucoup » aimer l'école, contre moins de la moitié (44,3 %) en France métropolitaine. Les moyennes générales déclarées apparaissent en revanche très similaires entre Polynésie et France métropolitaine, pour les garçons comme pour les filles.

TABLEAU VI

La vie scolaire en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Absences volontaires au cours des trente derniers jours			
Un jour	8,5	10,9	9,7
Deux jours ou plus	10,0	9,2	9,6
Moyenne générale			
16-20	3,9	3,3	3,6
14-15,9	13,9	14,3	14,1
12-13,9	31,5	28,3	30,0
10-11,9	30,8	33,4	32,1
Moins de 10	19,9	20,6	20,3
Redoublement			
Au moins un	40,0	32,0	36,3
Réponse à la question : « Cette année, aimes-tu l'école ? »			
Beaucoup	7,4	11,0	9,2
Bien	33,1	37,2	35,1
Moyennement	29,9	27,3	28,6
Peu	11,9	13,5	12,7
Pas du tout	17,7	11,0	14,4

Source : Espad 2007, OFDT.

La vie en dehors de l'école

JEAN-BAPTISTE RICHARD

LAURENCE RENOU

COLETTE MÉNARD

ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Dans leur vie en dehors de l'école, le sport se distingue comme l'activité favorite des jeunes Polynésiens : 48,8 % déclarent en faire quotidiennement [tableau I]. Tandis que les garçons augmentent avec l'âge leur pratique quotidienne, les filles, elles, s'y adonnent de moins en moins fréquemment, les relations entre amis prenant le dessus pour ces dernières.

Les jeux vidéo occupent également une place importante dans la vie des Polynésiens : activité fréquente chez les jeunes de 10-12 ans (36,1 % des garçons et 18,9 % des filles en font un usage quotidien), celle-ci devient néanmoins de moins en moins régulière avec l'avancée en âge. Les soirées (au moins hebdomadaires) prennent quant à elles de l'importance à partir de 17 ans.

TABLEAU I

Fréquence des activités extrascolaires pratiquées par les jeunes Polynésiens

	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une à deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
Jouer à des jeux vidéo	10,2	23,8	15,4	28,6	21,9
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	5,4	8,0	8,0	29,7	48,8
Lire	21,7	27,1	20,2	18,2	12,8
Sortir pour la soirée	21,3	26,6	24,0	21,2	7,0
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	9,4	14,9	22,4	33,5	19,8
Surfer sur Internet	20,7	14,2	13,5	25,7	25,9
Se rendre à l'église/au temple	22,8	19,4	9,4	33,4	15,0
Autres	14,2	7,3	9,2	20,9	48,5

Il convient de noter que si à 10-12 ans, 57,1 % des garçons et 72,1 % des filles consacrent du temps à la lecture (au moins une à deux fois par mois), cette activité devient de plus en plus sporadique dans le temps : dès 13 ans, près de 30 % des garçons et 15 % des filles déclarent ne jamais lire.

Au total, 2 500 élèves (61,2 %) ont cité d'autres activités que celles proposées par le questionnaire. Celles qui sont revenues le plus fréquemment sont les suivantes : jouer d'un instrument de musique, dessiner, chanter et écrire¹ [tableau II].

Le tableau III présente la fréquence de

pratiques d'activités extrascolaires chez les jeunes Polynésiens.

COMPARAISON AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS (ENQUÊTE ESPAD 2007)

Comme pour les jeunes Polynésiens, les loisirs des métropolitains apparaissent fortement sexués, même si « surfer sur

1. La proportion d'élèves déclarant spontanément écrire apparaît importante. Dans la mesure où les modalités citées en « Autres » étaient suggérées entre parenthèses, il est possible que le terme « écrire » ait été pris dans un sens assez large (écrire des chansons par exemple).

TABLEAU III

Fréquence de pratique d'activités extrascolaires chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

	Garçons				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
10-12 ans					
Jouer à des jeux vidéo	6,2	13,8	12,7	31,2	36,1
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	9,1	6,3	6,3	26,8	51,4
Lire	18,0	24,9	19,5	19,6	17,9
Sortir pour la soirée	43,4	25,5	18,3	10,7	2,0
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	26,7	17,3	17,0	24,2	14,8
Surfer sur Internet	30,2	12,7	13,6	25,1	18,4
Se rendre à l'église/au temple	25,3	18,3	9,4	31,2	15,8
Autres	12,6	5,8	11,6	20,1	50,0
13-14 ans					
Jouer à des jeux vidéo	5,3	13,3	11,4	34,4	35,5
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	7,3	6,2	7,5	24,6	54,3
Lire	30,6	26,9	14,8	18,2	9,5
Sortir pour la soirée	32,1	25,7	19,6	13,5	9,2
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	11,9	15,6	20,5	28,5	23,6
Surfer sur Internet	22,6	13,5	12,8	26,6	24,5
Se rendre à l'église/au temple	21,9	14,0	11,0	34,9	18,2
Autres	13,3	7,1	9,3	17,9	52,4
15-16 ans					
Jouer à des jeux vidéo	6,3	18,9	14,4	32,3	28,1
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	3,6	4,6	4,4	23,7	63,7
Lire	30,7	27,1	19,7	17,3	5,2
Sortir pour la soirée	15,9	23,7	26,2	24,5	9,7
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	5,0	13,7	20,2	38,5	22,6
Surfer sur Internet	21,5	13,7	10,7	27,0	27,1
Se rendre à l'église/au temple	26,2	21,1	9,3	32,6	10,9
Autres	17,1	6,6	8,3	20,9	47,1

TABLEAU II

Fréquence de citation d'autres activités que celles proposées

	Nombre d'élèves déclarant pratiquer l'activité	%
Jouer d'un instrument	798	19,9
Dessiner	669	16,9
Chanter	569	13,7
Écrire	303	7,5

Internet» se révèle une exception en étant la seule activité pratiquée par les filles comme par les garçons [tableau IV]. Il s'agit d'ailleurs d'une des activités qui opposent le plus la Polynésie et la métropole, puisque

seul un quart des personnes interrogées déclarent surfer tous les jours sur Internet en Polynésie, contre plus de la moitié en France métropolitaine (57,4 %). La pratique quotidienne d'un sport apparaît particuliè-

	Filles				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
	8,2	19,9	18,4	34,7	18,9
	9,1	11,3	5,8	31,3	42,6
	8,0	20,0	19,9	22,2	30,0
	42,7	34,2	13,6	6,8	2,6
	24,5	20,2	20,3	18,4	16,6
	28,8	15,2	17,1	19,3	19,7
	20,7	15,7	4,1	34,7	24,9
	8,9	7,5	6,4	23,2	54,0
	13,6	19,7	14,6	29,8	22,3
	6,2	12,3	8,8	35,6	37,1
	16,8	21,7	21,7	22,4	17,4
	31,3	29,0	20,4	14,0	5,4
	12,1	18,9	22,5	27,9	18,6
	24,1	12,1	11,2	23,0	29,6
	18,3	19,5	8,9	33,9	19,3
	11,1	6,4	8,2	22,4	52,0
	14,5	32,3	16,2	23,5	13,5
	5,2	9,9	12,3	36,8	35,8
	18,1	29,5	21,0	15,1	16,4
	14,5	29,4	25,3	24,4	6,3
	5,2	12,8	24,7	37,0	20,3
	16,1	16,5	14,6	25,8	26,9
	19,7	18,9	10,9	37,0	13,5
	15,7	9,3	8,9	21,5	44,5

TABLEAU III SUITE

	Garçons				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
17-18 ans					
Jouer à des jeux vidéo	7,2	22,8	19,4	29,4	21,1
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	3,1	3,6	4,4	21,6	67,3
Lire	28,0	29,5	18,7	16,3	7,5
Sortir pour la soirée	8,3	22,6	26,0	33,7	9,3
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	5,5	11,4	23,4	40,8	18,9
Surfer sur Internet	20,2	13,7	11,0	25,9	29,2
Se rendre à l'église/au temple	27,9	25,1	11,1	26,7	9,2
Autres	15,9	8,3	7,8	20,5	47,6
19 ans et plus					
Jouer à des jeux vidéo	7,0	36,6	15,3	27,7	13,4
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	0,5	2,3	5,0	18,9	73,3
Lire	26,4	25,1	20,3	21,5	6,7
Sortir pour la soirée	4,4	18,1	32,0	38,5	7,0
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	4,1	12,7	23,7	44,4	15,2
Surfer sur Internet	23,3	14,2	22,8	23,6	16,0
Se rendre à l'église/au temple	31,3	26,4	7,2	27,4	7,6
Autres	15,3	6,6	13,8	23,9	40,5

TABLEAU IV

Activités extrascolaires en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)

	Garçons				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
Jouer à des jeux vidéo	7,6	11,2	14,2	36,0	31,1
Pratiquer un sport/Faire de l'exercice	3,8	4,3	5,8	40,9	45,1
Lire	30,2	29,5	20,7	10,1	9,5
Sortir pour la soirée	12,4	25,2	30,2	26,1	6,0
Aller avec des amis dans des magasins, en ville...	6,0	8,7	23,5	42,1	19,8
Surfer sur Internet	7,3	3,6	7,7	24,6	56,9
Autres	31,4	18,0	14,5	19,9	16,2

rement élevée en Polynésie, tant chez les garçons (67,3 % en Polynésie vs 45,1 % en France métropolitaine) que chez les filles (35,8 % vs 19,1 %). Finalement, métropolitains et polynésiens ne s'accordent que sur la lecture, qui, dans les deux cas, est pratiquée quotidiennement par moins d'un garçon sur dix (5,2 % en Polynésie et 9,5 % en France métropolitaine) et par une fille sur

six (16,4 % en Polynésie et 16,7 % en France métropolitaine).

ARGENT DE POCHE

Près de huit Polynésiens sur dix (79,1 %) ont reçu de l'argent de poche régulièrement au cours des trente derniers jours ayant précédé l'enquête. Parmi eux, 45,0 % ont

	Filles				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
	16,2	35,4	18,3	19,6	10,4
	5,1	10,6	11,2	36,0	37,1
	15,2	32,1	23,5	18,6	10,6
	10,1	29,1	29,8	24,1	6,9
	2,9	13,9	27,3	36,2	19,6
	13,1	15,4	14,3	29,0	28,1
	22,2	19,2	9,9	33,5	15,3
	14,7	6,3	11,5	19,8	47,7
	18,7	40,2	13,8	20,5	6,8
	3,6	11,8	14,9	40,5	29,2
	14,5	32,6	27,5	12,5	12,9
	5,8	24,3	32,4	31,2	6,3
	3,2	12,0	23,7	42,3	18,8
	10,3	16,5	17,5	28,1	27,6
	18,4	21,3	7,3	38,8	14,2
	15,7	9,2	10,5	22,8	41,8

	Filles				
	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois par mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
	23,1	32,7	20,1	16,8	7,3
	6,9	9,7	11,8	52,5	19,1
	17,1	31,1	22,9	12,3	16,7
	9,0	28,7	35,0	24,1	3,1
	2,3	7,2	23,4	44,4	22,8
	5,5	4,5	7,2	24,9	57,9
	17,5	14,4	16,7	24,9	26,5

déclaré un montant par jour d'une moyenne de 1 445 francs Pacifique² (soit environ 12 euros) et 63,5 % un montant par semaine, d'une moyenne de 3 424 francs Pacifique (soit environ 29 euros)³.

Un tiers des Polynésiens (30,9 %) déclarent avoir gagné de l'argent en exerçant des petits jobs ou en rendant des services, pour des sommes moyennes de 5 248 francs

Pacifique par jour (soit environ 44 euros) ou de 6 802 francs Pacifique par semaine (soit environ 57 euros).

2. La monnaie utilisée en Polynésie française est le franc Pacifique ou franc CFP (Confédération française du Pacifique).

3. Certains ont pu répondre à la fois par jour ou par semaine.

JOIES ET PROBLÈMES

Les deux tableaux suivants [tableau V et VI] évoquent les sujets apportant le plus de joies et le plus de problèmes parmi les jeunes Polynésiens.

La famille (citée par 58,1 % des élèves interrogés) apparaît comme le socle principal des relations qui apportent le plus de joies aux jeunes Polynésiens. Toutefois, pour 8,7 % des élèves, elle est l'élément qui apporte le plus de problèmes dans la vie de tous les jours, en particulier chez les filles (10,9 % vs 6,6 % des garçons, $p < 0,001$).

Les amis sont pour près d'un jeune Polynésien sur quatre (24,1 % ; 21,6 % des garçons et 26,6 % des filles ; $p < 0,001$) la relation qui contribue principalement à leur joie quotidienne ; tandis que 12,6 % évoquent leurs relations aux autres jeunes⁴ comme leur principale difficulté.

Si un jeune Polynésien sur quatre déclare ne rencontrer aucun problème dans sa vie quotidienne, en revanche, pour 15,8 % des élèves, l'orientation scolaire est un sujet de grande préoccupation. De même, ils sont 8,5 % à se déclarer principalement préoccupés par le choix d'un métier.

Parmi les sujets de santé publique, les accidents de la route demeurent la principale inquiétude pour 5,8 % des adolescents polynésiens interrogés et le paka le sujet le plus préoccupant pour 4,7 % d'entre eux (6,9 % des garçons, 2,5 % des filles ; $p < 0,001$).

4. Contrairement à la question sur les joies, celle sur les problèmes distinguait les relations avec les autres jeunes de celles avec les adultes.

TABLEAU V

Sujets apportant le plus de joies parmi les jeunes Polynésiens (en pourcentage)

	Ensemble	Garçons	Filles	Significativité (p-value)
Famille	58,1	58,6	57,6	ns
Amis	24,1	21,6	26,6	***
Loisirs	12,4	16,5	8,3	***
Relations avec les autres	9,4	10,9	7,9	***
École	5,3	6,4	4,1	**
Religion	3,1	3,1	3,1	ns
Petit(e) ami(e) ^a	3,1	2,2	4,0	***
Sexualité	2,6	3,8	1,5	***
Paka	1,0	1,3	0,7	*
Alcool	0,8	0,9	0,7	ns
Tabac	0,8	0,6	1,1	ns
Une autre drogue	< 0,1	< 0,1	0,1	ns
Autre chose	0,8	1,0	0,6	ns

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif ; résultats obtenus par le test du χ^2 de Pearson.

a. Item non suggéré.

Lecture : 58,6 % des garçons vs 57,6 % des filles déclarent que la famille est leur principale source de joie ; la différence n'est pas significative.

TABLEAU VI

Sujets apportant le plus de problèmes parmi les jeunes Polynésiens (en pourcentage)

	Ensemble	Garçons	Filles	Significativité (p-value)
Absence de problème	25,7	26,9	24,4	ns
Choix des études et de l'orientation	15,8	12,8	18,7	***
Relations avec les autres jeunes	12,6	13,2	12,0	ns
Choix d'un métier	8,5	8,5	8,6	ns
Famille	8,7	6,6	10,9	***
École	8,3	10,4	6,2	***
Accidents de la route	5,8	6,4	5,1	ns
Paka	4,7	6,9	2,5	***
Tabac	3,3	3,5	3,1	ns
Alcool	2,9	3,9	2,0	**
Déplacements quotidiens	3,0	3,0	2,9	ns
Relations avec les adultes	2,8	2,7	2,9	ns
Autres	1,9	1,5	2,3	ns
Sexualité	1,5	1,8	1,2	ns
Autres drogues	1,1	1,7	0,5	***
Loisirs	0,8	0,9	0,7	ns
Religion	0,6	1,0	0,3	**
Petit(e) ami(e) ^a	0,5	0,1	0,9	***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

a. Item non suggéré.

Désir d'information en éducation pour la santé

LAURENCE RENOU
COLETTE MÉNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD

Une question sur le désir d'information a été posée, proposant deux réponses possibles pour isoler les thèmes sur lesquels les jeunes souhaitaient en priorité recevoir de l'information. Sur l'ensemble des jeunes Polynésiens

interrogés, les sujets d'éducation à la santé qui suscitent la plus forte demande d'information sont la sexualité (29,3 %), l'estime de soi (28,4 %), l'alimentation (26,0 %) et la gestion du stress (21,2 %) [tableau I].

TABLEAU I

Sujets de santé sur lesquels les jeunes Polynésiens souhaiteraient le plus être informés, selon le sexe (en pourcentage)

	Ensemble	Garçons	Filles	p-value
Sexualité	29,3	25,7	32,9	***
Estime de soi	28,4	22,0	34,7	***
Alimentation	26,0	26,0	26,0	ns
Gestion du stress	21,2	16,9	25,4	***
Hygiène	13,4	14,2	12,6	ns
Comment faire face à l'influence des autres	11,4	10,7	12,0	ns
Paka	11,2	15,4	7,0	***
Alcool	10,4	11,9	8,9	**
Autres drogues	8,6	10,7	6,6	***
Tabac	5,1	4,8	5,4	ns
Autres	1,9	2,2	1,7	ns
Aucun	9,4	12,4	6,3	***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Toutefois, cette demande d'information varie très sensiblement suivant l'âge des élèves et donc aussi suivant leur classe [tableau II].

La demande d'information sur l'alimentation est une demande très forte des élèves de 10-12 ans (33,8 %), qui diminue légèrement avec l'âge, alors que la sexualité devient le thème le plus fortement demandé au-delà de 16 ans (36,0 % des 15-18 ans), plus encore par les élèves en cycle d'enseignement professionnel (41,0 %).

Les demandes relatives à une information sur l'amélioration de l'estime de soi ou sur la gestion du stress augmentent significativement avec l'âge ($p < 0,001$) et sont donc davantage marquées parmi les lycéens. Ce dernier résultat confirme la nécessité de mettre en place le programme basé sur le développement des compétences personnelles et sociales pour une prévention plus large des déviations, action inscrite dans le programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie 2009-2013.

Les demandes concernant l'usage du tabac ou de l'alcool concernent près d'un élève polynésien sur dix et sont peu différenciées suivant l'âge. Elles concernent toutefois très peu les lycéens, dont la plupart ont probablement déjà eu l'occasion de recevoir une information sur ces thèmes, et en revanche principalement les élèves suivant un enseignement spécialisé type MFR, CMA, CJA, qui sont également plus consommateurs. Les demandes d'information sur l'usage du paka sont davantage le fait des collégiens de 13-14 ans.

QUI DOIT DISPENSER CETTE INFORMATION ?

Les parents (cités par 28,8 %), puis le médecin (19,2 %) et les pairs (11,6 %) apparaissent comme les interlocuteurs les plus attendus pour divulguer l'information [tableau III]. Les élèves les plus jeunes semblent de loin les plus en demande par rapport à leurs parents (50,3 % parmi les 10-12 ans, 23,6 % parmi les 15-16 ans, 12,2 %

TABLEAU II

Sujets de santé sur lesquels les jeunes Polynésiens souhaiteraient le plus être informés, selon l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Total	p-value
Sexualité	10,6	25,7	36,1	36,2	30,3	29,3	***
Estime de soi	21,3	24,7	28,0	33,2	39,9	28,4	***
Alimentation	33,8	29,3	21,3	23,5	25,4	26,0	***
Gestion du stress	17,0	17,7	21,1	24,2	30,9	21,2	***
Hygiène	19,6	15,1	11,2	10,7	12,0	13,4	***
Comment faire face à l'influence des autres	11,9	9,6	11,4	13,5	10,7	11,4	ns
Paka	9,3	14,6	12,2	9,1	6,0	11,2	***
Alcool	8,5	11,4	11,5	10,1	7,5	10,4	ns
Autres drogues	5,1	8,4	8,8	10,7	9,5	8,6	**
Tabac	4,7	6,1	5,1	4,4	4,6	5,1	ns
Autres ^a	2,5	2,8	1,7	1,0	1,3	1,9	*
Aucun	16,4	9,2	9,3	6,8	5,0	9,4	***

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

a. Les demandes concernant d'autres thèmes que ceux proposés font référence en partie à une demande d'information sur les maladies, le choix d'un métier...

TABLEAU III

Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations en matière de santé, selon l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Tes parents, ta famille	50,3	37,4	23,6	17,9	12,2	28,8
Un médecin, une infirmière, un psychologue	14,1	14,6	19,1	24,5	28,3	19,2
Des jeunes de ton âge	5,5	10,3	13,2	14,6	12,9	11,6
L'infirmière ou l'assistante sociale scolaire	3,4	5,2	7,0	6,5	6,6	5,9
Un professeur	2,5	4,9	3,7	6,0	5,6	4,5
Un animateur, un éducateur	1,2	2,2	4,7	4,6	4,7	3,5
Un membre de l'Église	9,8	1,9	1,5	1,2	1,7	1,4
Ne sait pas	22,0	23,5	27,3	24,6	27,9	25,0

chez les plus de 19 ans, $p < 0,001$) tandis qu'avec l'avancée en âge, le médecin devient l'acteur relais le plus attendu, notamment après 15 ans (plus d'un quart des élèves polynésiens de plus de 17 ans le citent).

Il convient de noter que, quel que soit l'âge, les enseignants, l'infirmière ou l'assistante sociale scolaires sont très peu

cités (moins de 6 % dans l'ensemble) ; un quart des jeunes ne savent par ailleurs pas répondre à cette question.

Le tiercé des interlocuteurs attendus reste le même, quels que soient les thèmes, hormis pour la sexualité où le médecin prend le pas (25,8 %) sur les parents (19,9 %) [tableaux IV, V et VI].

TABLEAU IV

Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations sur le tabac, l'alcool, le paka ou les autres drogues, selon l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Tes parents, ta famille	37,2	32,9	24,9	19,9	15,4	26,8
Un médecin, une infirmière, un psychologue	22,7	19,8	18,8	24,1	29,3	21,4
Des jeunes de ton âge	9,4	13,2	14,6	13,5	16,4	13,5
L'infirmière ou l'assistante sociale scolaire	7,0	6,6	10,3	10,5	9,1	8,8
Un professeur	6,0	7,7	3,9	9,1	8,2	6,7
Un animateur, un éducateur	1,0	4,0	4,8	4,4	6,3	4,2
Un membre de l'Église	2,0	2,4	1,4	0,9	1,9	1,7
Ne sait pas	14,7	13,4	21,3	17,5	13,4	16,9

TABLEAU V

**Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations
sur la sexualité, selon l'âge (en pourcentage)**

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Tes parents, ta famille	42,8	24,8	17,0	17,9	11,7	19,9
Un médecin, une infirmière, un psychologue	26,4	16,1	26,3	32,7	30,0	25,9
Des jeunes de ton âge	5,3	14,9	15,7	11,7	13,3	13,7
L'infirmière ou l'assistante sociale scolaire	5,5	8,0	9,6	6,7	15,1	8,8
Un professeur	0,0	8,2	2,9	6,9	2,0	5,0
Un animateur, un éducateur	1,7	3,6	4,9	3,5	4,7	4,1
Un membre de l'Église	2,0	2,5	1,1	0,3	0,8	1,2
Ne sait pas	16,3	21,9	22,5	20,4	22,4	21,5

TABLEAU VI

**Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations
sur l'alimentation, selon l'âge (en pourcentage)**

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Tes parents, ta famille	56,8	47,3	28,5	18,2	10,3	35,9
Un médecin, une infirmière, un psychologue	18,1	14,7	20,4	29,7	31,5	21,0
Des jeunes de ton âge	2,3	6,2	9,5	13,0	10,9	7,9
L'infirmière ou l'assistante sociale scolaire	2,1	4,7	8,3	5,0	6,8	5,3
Un professeur	2,8	5,1	3,0	8,5	5,9	4,9
Un animateur, un éducateur	0,6	2,3	6,0	5,3	7,4	3,9
Un membre de l'Église	0,6	1,4	1,5	1,1	1,8	1,3
Ne sait pas	16,8	18,3	22,8	19,2	25,4	19,9

Intensité dépressive

FRANÇOIS BECK
 ROMAIN GUIGNARD
 ANNE REVAH-LÉVY
 JEAN-BAPTISTE RICHARD

PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION

Les données épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes sont parcellaires [1]. L'utilisation d'outils standardisés dans le cadre des enquêtes déclaratives permet d'approcher certains problèmes de santé mentale et d'en étudier les facteurs associés, même si les limites de ces outils sont nombreuses [2]. Au niveau mondial, en dépit d'importantes variations dans les résultats liées notamment à la méthodologie employée dans les études, les données obtenues montrent qu'environ un quart des jeunes ont souffert d'un trouble mental au cours des douze derniers mois. Les variations observées sont parfois dues à de réelles différences culturelles. Les troubles anxio-dépressifs, tels que mesurés par des outils standardisés en dehors d'une situation clinique, sont les affections les plus fréquentes chez l'adolescent [3]. Le développement récent d'outils simples, efficaces et

validés, spécifiques aux adolescents, permet d'améliorer l'observation de tels troubles. Une échelle de mesure de l'intensité dépressive, l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS) a ainsi récemment été validée en français [4] et a été introduite dans l'enquête Ecaap, au même titre que dans l'enquête Espad menée en France en 2007.

L'échelle ADRS consiste en un score reposant sur les dix propositions binaires suivantes.

- Je suis vite « fiu » de l'école, du travail¹.
- J'ai du mal à rester concentré sur mon travail à l'école.
- Je sens que la tristesse, la peine m'envahissent souvent en ce moment.
- Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse.
- Ce que je fais est inutile.

1. En accord avec le docteur Anne Revah-Levy, la formulation a ici été adaptée à la situation polynésienne : le terme « manque d'énergie » pour l'école, pour le travail a été remplacé par le terme « fiu » qui renvoie à une forme typiquement polynésienne de lassitude.

- Quand je me sens comme cela, j'ai envie d'en finir, de mourir.
- Je ne supporte pas grand-chose, je m'énerve vite.
- Je me sens découragé, abattu.
- Je dors très mal (difficultés à m'endormir, réveils fréquents, cauchemars...).
- À l'école, au lycée, je n'arrive à rien, je ne m'en sors pas.

Une réponse positive à une des propositions augmente le score d'un point. Selon le score obtenu, trois groupes sont alors établis : un groupe « Pas de dépression » de 0 à 3, un groupe « Dépression modérée » de 4 à 6, un groupe « Dépression patente » au-delà de 6.

SCORES À L'ÉCHELLE ADRS, SELON LE SEXE ET L'ÂGE

Sur l'ensemble de la population polynésienne scolarisée, 21,5 % des garçons et 32,7 % des filles sont positifs au score d'intensité dépressive [tableau 1]. Cette dépression peut être patente (4,1 % des garçons et 6,9 % des filles) mais elle s'avère dans une forte majorité des cas modérée (17,4 % des garçons et 25,8 % des filles). Ceci est vérifié à tous les âges de l'adolescence [figure 1].

Au-delà de 13 ans, les filles présentent plus souvent des signes de mal-être, puisqu'en-

TABLEAU 1

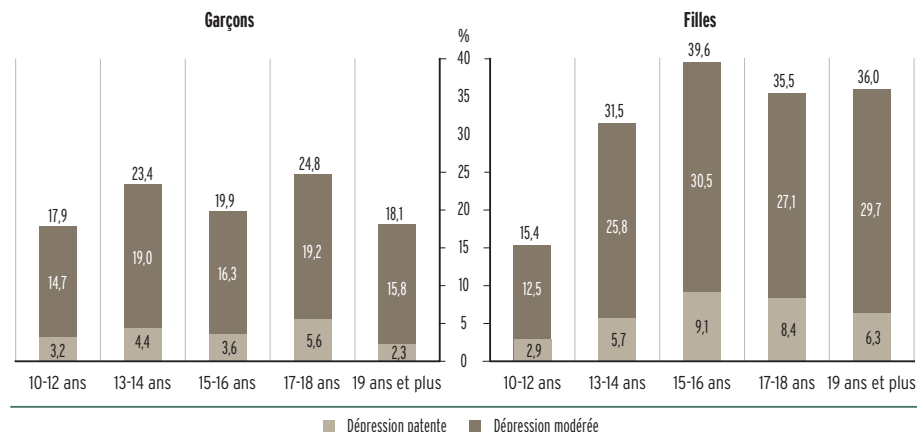
Prévalence de la dépression mesurée par l'ADRS chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	p-value	Ensemble %
Dépression modérée	17,4	25,8	0,7	***	21,6
Dépression patente	4,1	6,9	0,6	***	5,5
Dépression modérée ou patente	21,5	32,7	0,7	***	27,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

FIGURE 1

Prévalence de la dépression modérée ou patente au sens de l'ADRS, selon le sexe et l'âge



viron un tiers d'entre elles révèlent des signes de dépression patente ou modérée.

La même série de propositions a été posée en France métropolitaine aux 15-16 ans dans l'enquête Espad 2007. Les niveaux sont assez proches en métropole et en Polynésie, légèrement inférieurs parmi les garçons de Polynésie, avec une proportion moins élevée d'individus présentant des signes importants de dépression. Ainsi, 6,4 % des garçons et 12,0 % des filles présentent une intensité dépressive élevée en France métropolitaine (contre respectivement 3,6 % et 9,1 % en Polynésie française). Les signes modérés concernent pour leur part 15,9 % des garçons et 26,1 % des filles de France métropolitaine contre 16,3 % des garçons 30,5 % des filles en Polynésie.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION

Les niveaux de dépression étant très liés à l'âge, nous avons décomposé le modèle en

analysant d'une part la situation des plus jeunes, et d'autre part la situation des plus de 12 ans. À 10-12 ans, garçons et filles affichent des niveaux similaires d'intensité dépressive au sens de l'ADRS. À cet âge, il n'est pas possible, pour des raisons d'effectif, de distinguer la dépression patente de la dépression modérée. Les signes s'avèrent nettement plus fréquents parmi les jeunes affichant un niveau scolaire inférieur à la moyenne de leur classe d'âge (en l'occurrence 14/20). Ils apparaissent également un peu plus fréquents dans les archipels autres que les Îles du Vent et les Îles Sous-le-Vent **[tableau II]**.

Parmi les jeunes de plus de 12 ans, l'écart entre garçons et filles apparaît en revanche très fort ($ORa = 0,5$; $p < 0,001$). Les facteurs scolaires associés aux signes dépressifs sont l'absentéisme volontaire, une moins bonne moyenne scolaire, tandis que le redoublement apparaît sans lien après contrôle des effets de structure. Le fait d'avoir un parent inconnu ou décédé apparaît fortement lié aux

TABLEAU II

Facteurs associés à la dépression (modérée ou patente) parmi les élèves de 10-12 ans

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe				
Garçons	257	17,3	1,0	0,6; 1,7
Filles (réf.)	276	15,5	1	
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	282	17,5	1	
Îles du Vent zone rurale	113	16,2	0,9	0,5; 1,6
Îles Sous-le-Vent	90	10,2	0,5	0,2; 1,1
Archipels éloignés	48	23,5	1,4	0,7; 3,0
Situation des parents				
Ensemble (réf.)	415	16,0	1	
Séparés/un parent inconnu/décédé	118	17,8	1,1	0,6; 1,8
Moyenne scolaire				

14-20 (réf.)	255	10,3	1	
< 14	278	21,9	2,4***	1,4; 3,9
Redoublement				
Jamais (réf.)	492	16,2	1	
Au moins une fois	41	18,5	0,8	0,3; 2,1

signes de dépression ($ORa = 1,6$; $p < 0,001$), mais la séparation des parents n'y est pas associée ($ORa = 1,1$; ns). Enfin, le fait d'être scolarisé dans les archipels autres que les Îles du Vent et les Îles Sous-le-Vent semble lié à certains signes de mal-être, comme cela est apparu de manière non significative chez les 10-12 ans [tableau III].

En ce qui concerne les liens avec les usages de substances psychoactives, ils semblent très forts en analyse bivariée, que ce soit pour le tabac (41 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépression contre seulement 25 % des non-fumeurs), le paka (42 % des usagers à problème de paka présentent des signes de dépression contre 27 % des non usagers ou des usagers sans risque) ou encore les boissons alcoolisées (44 % des buveurs réguliers présentent des signes de dépression contre 26 % des jeunes n'ayant pas bu au cours du mois). Notons que l'introduction des variables d'usage de substances psychoactives au sein du modèle ne modifie quasiment en rien les ORa observés dans le modèle initial.

Par ailleurs, après ajustement sur les variables liées à la scolarité et aux consommations de substances psychoactives, les jeunes de 19 ans ou plus semblent nettement moins à risque de dépression.

Une analyse distinguant les élèves en trois classes d'âge plus fines montre que les facteurs associés sont les mêmes à 13-14, 15-16 ou 17-18 ans. La seule singularité observée est la prévalence significativement supérieure dans la filière d'apprentissage et d'enseignement spécialisé parmi les 17-18 ans ($ORa = 2,8$; $p < 0,001$) qu'on ne retrouve pas chez les plus jeunes. Une autre analyse distinguant filles et garçons a permis de vérifier que les facteurs associés sont très proches, la seule différence étant que le lien avec l'usage régulier d'alcool n'est pas significatif pour les filles, mais de justesse.

Une analyse distinguant le fait d'avoir un parent inconnu ou un parent décédé pour les

plus de 12 ans montre que le lien est plus fort lorsqu'un parent est décédé ($ORa = 1,9$) que lorsqu'un parent est inconnu ($ORa = 1,3$). Nous avons toutefois choisi de regrouper ces deux situations pour disposer d'effectifs suffisants quelle que soit la classe d'âge.

Concernant spécifiquement le lien avec des signes de dépression patente au sens de l'ADRS, les facteurs associés sont globalement les mêmes que pour la dépression quelle qu'en soit l'intensité, à ceci près que le fait d'avoir un parent inconnu ou décédé apparaît plus fortement lié ($ORa = 2,5$; $p < 0,001$) et les autres facteurs un peu moins fortement, l'usage régulier d'alcool et la consommation de tabac devenant notamment non significatifs [tableau IV]. En revanche, la filière professionnelle s'avère associée à la dépression patente. Une analyse distinguant parent inconnu et parent décédé montre que les liens sont équivalents dans ces deux situations (respectivement $ORa = 2,3$ et $ORa = 2,5$).

DISCUSSION

La propension des femmes à déclarer des souffrances psychiques plus spontanément que les hommes est une constante dans la littérature scientifique. Elle rejoint un résultat classique observé en France à l'adolescence [5] comme à l'âge adulte [6-10] mais aussi dans de nombreux autres pays [11-15]. Pour certains auteurs, la dépression présenterait pour les hommes une symptomatologie impliquant moins la tristesse et l'anhédonie, mais ceci est sans doute surtout vrai à l'âge adulte [16]. Il faut souligner le poids des représentations sexuellement différenciées pour expliquer l'écart entre hommes et femmes : il est souvent plus admissible pour les femmes que pour les hommes de reconnaître un malaise d'ordre psychologique. Les médecins ont plus volontiers tendance à diagnostiquer chez elles une origine psychologique à certains désordres physiques, de

TABLEAU III

Facteurs associés à la dépression (modérée ou patente) parmi les élèves de 13 ans et plus

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe		***		
Garçons	1 559	21,9	0,5***	0,4; 0,6
Filles (réf.)	1 597	35,5	1	
Âge				
13-14 ans	887	27,2	1,2	1,0; 1,5
15-16 ans	1 084	28,9	1	
17-18 ans	816	30,6	0,8	0,7; 1,0
19 ans et plus	374	28,8	0,6**	0,5; 0,9
Filière				
Générale (réf.)	2 193	27,9	1	
MFR, CMA, CJA	303	29,8	1,3	1,0; 1,8
Professionnelle	660	31,2	1,2	0,9; 1,5
Strate géographique		*		
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	1 678	28,7	1	
Îles du Vent zone rurale	759	26,6	0,7**	0,6; 0,9
Îles Sous-le-Vent	352	27,7	0,9	0,7; 1,2
Archipels éloignés	367	36,2	1,4*	1,1; 1,8
Situation des parents		***		
Ensemble (réf.)	2 198	26,8	1	
Séparés	659	30,9	1,1	0,9; 1,4
Un parent inconnu/décédé	299	38,1	1,6***	1,3; 2,1
Absentéisme		***		
Aucun (réf.)	2 074	24,9	1	
Un jour	501	32,1	1,2	0,9; 1,5
Deux jours ou plus	581	40,1	1,5***	1,2; 1,9
Moyenne scolaire		***		
14-20 (réf.)	584	18,3	1	
10-14	1 852	28,3	1,6***	1,3; 2,1
Moins de 10	720	38,5	2,6***	2,0; 3,5
Redoublement		*		
Jamais (réf.)	1 579	26,9	1	
Au moins une fois	1 577	30,8	1,1	0,9; 1,3
Tabac		***		
Quotidien	534	41,0	1,3*	1,0; 1,7
Occasionnel	300	37,6	1,3	1,0; 1,7
Non (réf.)	2 322	25,0	1	
Paka		***		
À problème	139	42,1	1,4	0,9; 2,0
À risque	300	39,5	1,3	0,9; 1,7
Expérimentateur (réf.)	2 717	27,0	1	
Alcool		***		
Régulier	253	43,8	1,7**	1,2; 2,3
Récent	1 214	30,0	1,1	0,9; 1,3
N'a pas bu d'alcool au cours du mois (réf.)	1 689	25,7	1	

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

TABLEAU IV

Facteurs associés aux signes d'une dépression patente parmi les élèves de 13 ans et plus

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe		***		
Garçons	1 559	3,9	0,5***	0,3; 0,7
Filles (réf.)	1 597	7,6	1	
Âge				
13-14 ans	887	5,0	1,1	0,8; 1,8
15-16 ans	1 084	6,1	1	
17-18 ans	816	7,1	0,8	0,5; 1,2
19 ans et plus	374	4,7	0,5*	0,3; 0,8
Filière				
Générale (réf.)	2 193	5,3	1	
MFR, CMA, CJA	303	5,8	1,2	0,7; 2,1
Professionnelle	660	7,6	1,6*	1,0; 2,4
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	1 678	6,0	1	
Îles du Vent zone rurale	759	5,1	0,7	0,5; 1,1
Îles Sous-le-Vent	352	5,2	0,9	0,5; 1,5
Archipels éloignés	367	7,2	1,1	0,7; 1,9
Situation des parents		***		
Ensemble (réf.)	2 198	4,8	1	
Séparés	659	6,3	1,2	0,8; 1,7
Un parent inconnu/décédé	299	12,0	2,5***	1,7; 3,8
Absentéisme		***		
Aucun (réf.)	2 074	4,5	1	
Un jour	501	7,5	1,3	0,9; 2,0
Deux jours ou plus	581	9,2	1,6*	1,1; 2,4
Moyenne scolaire		***		
14-20 (réf.)	584	4,0	1	
10-14	1 852	5,0	1,1	0,7; 1,7
Moins de 10	720	9,5	2,0**	1,2; 3,4
Redoublement		*		
Jamais (réf.)	1 579	5,0	1	
Au moins une fois	1 577	6,7	1,1	0,8; 1,6
Tabac		***		
Quotidien	534	9,1	1,0	0,7; 1,6
Occasionnel	300	8,7	1,4	0,9; 2,2
Non (réf.)	2 322	4,7	1	
Paka		***		
À problème	139	12,9	2,1*	1,1; 3,8
À risque	300	10,2	1,7*	1,1; 2,7
Expérimentateur (réf.)	2 717	5,0	1	
Alcool		*		
Régulier	253	11,5	1,4	0,8; 2,3
Récent	1 214	5,4	0,8	0,6; 1,2
N'a pas bu d'alcool au cours du mois (réf.)	1 689	5,3	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

même qu'elles investissent plus fréquemment le rôle de patient là où les hommes tenteraient volontiers de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, hors cadre, souvent en ayant recours à des substances psychoactives [17].

Certaines des souffrances déclarées apparaissent particulièrement féminines, comme la plainte de mauvais sommeil et le sentiment de découragement (en particulier après 14 ans), les idéations suicidaires, le sentiment d'irritation ou encore de tristesse

[tableau V]. D'autres montrent des écarts moins importants entre garçons et filles (une certaine difficulté à se concentrer) voire nuls (la lassitude de l'école, le sentiment d'être en échec scolaire, la perte d'intérêt et le sentiment d'inutilité). Ainsi, à l'instar de ce qui est observé dans la littérature [18-21] et notamment dans les enquêtes françaises récentes [22], les pensées suicidaires concernent nettement plus de filles que de garçons, environ 2,5 fois plus dans le cas des adolescents polynésiens.

TABLEAU V

Proportion de jeunes Polynésiens ayant répondu de manière affirmative aux items de l'ADRS, selon le sexe

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	p-value	Ensemble %
Je suis vite « flu » de l'école, du travail	34,8	37,3	0,9	ns	36,1
J'ai du mal à rester concentré sur mon travail à l'école	30,6	37,4	0,8	***	34,0
Je sens que la tristesse, la peine m'envahissent souvent en ce moment	23,5	41,4	0,6	***	32,5
Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse	12,1	10,9	1,1	ns	11,5
Ce que je fais est inutile	15,0	14,5	1,0	ns	14,8
Quand je me sens comme cela, j'ai envie d'en finir, de mourir	8,7	20,3	0,4	***	14,5
Je ne supporte pas grand-chose, je m'énerve vite	29,0	38,5	0,7	***	33,8
Je me sens découragé, abattu	16,7	23,8	0,7	***	20,2
Je dors très mal	21,5	31,7	0,7	***	26,6
À l'école, au lycée, je n'arrive à rien, je ne m'en sors pas	16,8	15,1	1,1	ns	15,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Belfer M. L. A Global Perspective on Child and Adolescent Mental Health : Editorial. *International Review of Psychiatry*, 2008, vol. 20, n° 3 : p. 215-216.
- [2] Sapinho D., Chan-Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, septembre 2008, n° 35-36 : p. 314-317.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf
- [3] Merikangas K. R., Nakamura E. F., Kessler R. C. Epidemiology of Mental Disorders in Children and Adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2009, vol. 11, n° 1 : p. 7-20.
En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/pdf/nihms160541.pdf>

- [4] Revah-Levy A., Birmaher B., Gasquet I., Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a Validation Study. *BMC Psychiatry*, 2007, vol. 7, n° 2 : 10 p.
En ligne : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-7-2.pdf>
- [5] Verger P., Combes J.-B., Kovess-Masfety V., Choquet M., Guagliardo V., Rouillon F., *et al.* Psychological Distress in First Year University Students: Socioeconomic and Academic Stressors, Mastery and Social Support in Young Men and Women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009, vol. 44, n° 8 : p. 643-650.
- [6] Le Pape A., Lecomte T. *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression : France 1996-1997*. Paris : CREDES, 1999 : 121 p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1277.pdf>
- [7] Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *Insee Première*, octobre 2002, n° 869 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf
- [8] Lépine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G., *et al.* Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*, 2005, vol. 31, n° 2 : p. 182-194.
- [9] Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. dir. *La dépression en France : enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : 208 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- [10] Sapinho D., Chan-Chee C., Beck F. Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités. In : Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. *La dépression en France : enquête Anadep 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : p. 35-57.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- [11] Kessler R. C., McGonagle K. A., Swartz M., Blazer D. G., Nelson C. B. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime Prevalence, Chronicity and Recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 1993, vol. 29, n° 2-3 : p. 85-96.
- [12] Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B. *et al.* The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - Initial Findings From the Household Survey. *Psychological Medicine*, 1997, vol. 27, n° 4 : p. 775-789.
En ligne : http://epicasus.homestead.com/files/article_jenkins.pdf
- [13] Plant, M. *Women and Alcohol: Contemporary and Historical Perspectives*. London: Free Association Books, 1997 : 388 p.
- [14] Bijl R. V., Ravelli A., van Zessen G. Prevalence of Psychiatric Disorder in the General Population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, vol. 33, n° 12 : p. 587-595.
- [15] Directorate-General Health and Consumer Protection. *Report on the State of Young People's Health in the European Union*. Belgium : European Commission, 2000 : 56p.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf
- [16] Kessler R. C. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, mars 2003, vol. 74, n° 1 : p. 5-13.
- [17] Le Moigne P. Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation. *Documents de synthèse du Groupement de Recherche « Psychotropes, politique et société »*, 1999, n°1 : p. 1-50.
- [18] Pommereau X. *L'adolescent suicidaire* (3^e éd.). Paris : Dunod, coll. Enfances, 2005 : 288 p.
- [19] Pommereau X. L'acte suicidaire à l'adolescence. *Annales de pédiatrie*, 1998, n° 45 : p. 354-362.
- [20] Marcelli D. Les comportements déviants des adolescents : définition, causes, manifestations. *Sauvegarde de l'enfance*, 2003, vol. 58, n° 4-5 : p. 112-116.
- [21] Sekero P. *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Depressive Disorder*. [academic dissertation]. Helsinki: National Public Health Institute, 2006 : 95 p.
En ligne : http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a13.pdf
- [22] Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : 593 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>

Le sommeil des adolescents polynésiens

FRANÇOIS BECK
JEAN-BAPTISTE RICHARD
DAMIEN LÉGER

Le sommeil occupe plus d'un tiers de l'existence et joue un rôle fondamental sur la santé, le bien-être et l'équilibre psychologique et émotionnel, notamment des jeunes. Les troubles du sommeil peuvent ainsi affecter le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, et de ce fait l'ensemble de la vie sociale, avec des conséquences telles que les difficultés à suivre le rythme scolaire et parfois les accidents liés à la somnolence [1]. Des études récentes ont établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie. Un temps de sommeil quotidien inférieur à 6 heures et supérieur à 9 heures serait associé à un sur-risque de morbidité (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, dépression) et de mortalité [2]. De plus, la qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Or, cette synchronisation se trouve parfois perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher

et qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end). Les adolescents plus jeunes peuvent aussi, par leur mode de vie, accumuler une dette de sommeil (manque chronique de sommeil) préjudiciable. Si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, un manque chronique est susceptible de favoriser, entre autres, l'hypertension artérielle, l'obésité ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement.

Si elle repose depuis quelques années sur des outils standardisés, la connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles n'en demeure pas moins complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier nettement d'un individu à l'autre, ce qui rend difficile la fixation d'un seuil de référence. La diversité des situations les rend délicates à évaluer sur le plan épidémiologique [3]. L'enquête Ecaap permet d'approcher la notion de trouble du sommeil en interrogeant à la fois sur le mauvais

sommeil ressenti (difficulté à s'endormir, réveils fréquents, cauchemars) et sur la prise de médicaments psychotropes à cause d'un mauvais sommeil.

L'objet de cette étude est d'apporter des éléments quantitatifs sur la qualité du sommeil des adolescents polynésiens à partir de questions issues de l'ADRS [4] et portant sur le recours récent à des médicaments psychotropes pour des problèmes de sommeil. Il s'agit de mettre en évidence les principaux facteurs associés, en termes sociodémographiques ou de comportement, en étudiant en particulier la pratique des jeux vidéo, la structure familiale, les résultats scolaires, l'absentéisme ou encore le redoublement. Au-delà de l'intérêt d'étudier ces liens peu documentés dans la littérature internationale, l'analyse de la situation polynésienne permettra d'évaluer pour la première fois à partir d'une enquête représentative la qualité du sommeil des jeunes Polynésiens et la nature de ses déterminants. Le lien avec les différentes formes d'usages de substances psychoactives, que ce soit en tant que déterminant d'un mauvais sommeil ou comme conséquence

de celui-ci, fera également l'objet d'une attention particulière.

RÉSULTATS

Toutes classes d'âges confondues, 26,6 % des jeunes Polynésiens déclarent avoir des problèmes de sommeil. Ces difficultés à dormir concernent plus souvent les filles (31,7 %) que les garçons (21,5 %).

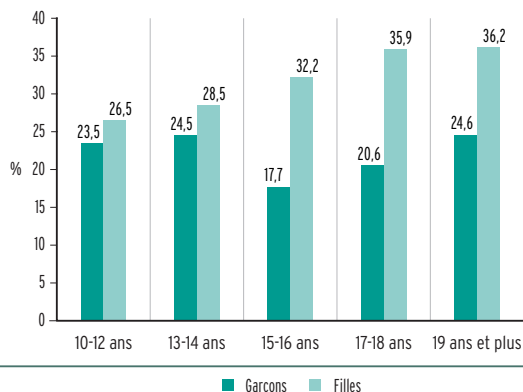
Quel que soit l'âge, les filles déclarent plus souvent que les garçons dormir très mal [figure 1]. Cette différence s'accroît nettement à partir de 15-16 ans, âge auquel près d'un tiers des filles déclarent des problèmes de sommeil, contre à peine un garçon sur cinq.

Relativement à la France métropolitaine, où une question identique a été posée aux 15-16 ans dans l'enquête Espad 2007, les jeunes Polynésiens déclarent moins de troubles du sommeil (24,4 % vs 30,7 % en métropole), aussi bien pour les garçons (17,7 % vs 22,4 % en métropole) que pour les filles (32,2 % vs 39,2 % en métropole).

Par ailleurs, 11,7 % des jeunes Polynésiens déclarent avoir pris des médicaments pour

FIGURE 1

Proportion de jeunes Polynésiens déclarant dormir très mal, selon le sexe et l'âge



se calmer ou pour dormir au cours des douze derniers mois (9,5 % des garçons vs 13,8 % des filles), et 3,7 % (3,5 % des garçons vs 3,9 % des filles) affirment en avoir pris pour des problèmes de sommeil. Parmi ces derniers, 54,5 % déclarent par ailleurs très mal dormir.

Pour prendre en considération les élèves recourant à des médicaments pour des problèmes de sommeil, une variable « Troubles du sommeil » a été créée, incluant l'ensemble des jeunes ayant déclaré qu'ils dormaient très mal ou qu'ils prenaient des médicaments en lien avec des problèmes de sommeil.

Avec la prise en compte de ces deux dimensions, ce sont 27,9 % des adolescents Polynésiens qui déclarent des problèmes de sommeil (22,9 % des garçons contre 32,8 % des filles). L'évolution des troubles du sommeil avec l'âge suit une tendance similaire à celle du mauvais sommeil ressenti [figure 2].

Toutes choses égales par ailleurs, il apparaît que les troubles du sommeil se révèlent indépendants de l'âge mais restent fortement liés au sexe (ORa = 0,7 ;

$p < 0,001$), les filles étant bien plus concernées [tableau 1]. Une telle déclaration est également corrélée à la moyenne scolaire (ORa = 1,4 pour une moyenne < 10 ; $p < 0,01$) et surtout aux idées suicidaires (ORa = 2,5; $p < 0,001$). Enfin, en ce qui concerne les consommations de produits, les problèmes de sommeil sont associés à une consommation régulière d'alcool (ORa = 1,4; $p < 0,05$) mais ni au tabagisme (même si une tendance non significative est relevée pour le tabagisme quotidien ORa = 1,2; $p = 0,07$) ni à la consommation de cannabis. Par ailleurs, nos données ne montrent pas de lien avec la pratique de jeux vidéo.

Les écarts entre garçons et filles dans les troubles du sommeil déclarés étant importants à partir de 15 ans, nous avons décomposé le modèle en analysant d'une part la situation des plus jeunes, et d'autre part, la situation des plus de 14 ans en séparant garçons et filles dans deux modèles différents, au regard des différences de niveaux observées. Cette précaution s'est avérée au final peu utile, dans la mesure où les facteurs associés aux troubles du sommeil, à savoir les pensées suicidaires et la

FIGURE 2

Proportion de jeunes Polynésiens déclarant dormir très mal ou ayant pris des médicaments en lien avec des problèmes de sommeil, selon le sexe et l'âge

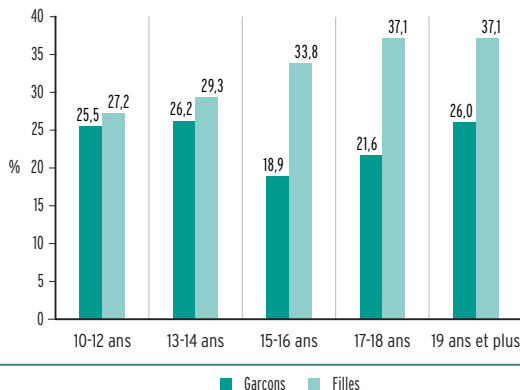


TABLEAU I

Facteurs associés aux troubles du sommeil sur l'ensemble des élèves

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe		***		
Garçons	1 736	21,7	0,7***	0,6; 0,8
Filles (réf.)	1 817	31,3	1	
Âge				
En continu			1,0	
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	1 900	26,2	1	
Îles du Vent zone rurale	836	25,9	0,9	0,8; 1,1
Îles Sous-le-Vent	421	27,7	1,0	0,8; 1,3
Archipels éloignés	396	29,5	1,1	0,9; 1,4
Situation des parents		**		
Ensemble (réf.)	2 508	25,1	1	
Séparés	728	28,7	1,1	0,9; 1,4
Un parent inconnu/décédé	317	33,7	1,3	1,0; 1,7
Absentéisme		*		
Aucun (réf.)	2 472	25,5	1	
Un jour	508	31,4	1,2	1,0; 1,5
Deux jours ou plus	573	27,0	0,9	0,7; 1,1
Moyenne scolaire		***		
14-20 (réf.)	803	22,6	1	
10-14	2023	26,3	1,2	1,0; 1,4
Moins de 10	727	31,6	1,4**	1,1; 1,8
Redoublement				
Jamais (réf.)	1 982	25,9	1	
Au moins une fois	1 571	27,5	1,0	0,9; 1,2
Tabac		***		
Quotidien	525	33,8	1,2	0,9; 1,5
Occasionnel	310	29,7	1,0	0,8; 1,4
Non (réf.)	2 718	24,9	1	
Paka				
À problème	136	31,5	1,0	0,7; 1,5
À risque	298	26,5	0,8	0,6; 1,1
Expérimentateur (réf.)	3 119	26,4	1	
Alcool		**		
Régulier	248	35,9	1,4*	1,0; 1,9
Récent	1 239	26,6	1,0	0,8; 1,2
Autre (réf.)	2 066	25,5	1	
Pratique de jeux vidéo				
Moins souvent (réf.)	2 799	26,6	1	
Quotidien	754	26,5	1,1	0,9; 1,3
Idées suicidaires		***		
Non (réf.)	3 022	23,2	1	
Oui	531	46,2	2,5***	2,0; 3,0

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

consommation régulière de boissons alcoolisées, sont les mêmes pour les jeunes de 10-14 ans et pour les garçons et les filles de plus de 14 ans. Seuls les mauvais résultats scolaires n'apparaissent plus significatifs chez les plus âgés après contrôle des effets de structure, alors qu'ils le sont chez les plus jeunes, mais la tendance est similaire au-delà de 14 ans (23,4 % des élèves ayant une moyenne supérieure à 14 déclarent dormir très mal, contre 31,3 % de ceux qui n'ont pas la moyenne, $p < 0,05$). Enfin, les troubles du sommeil ne diffèrent pas significativement selon la strate géographique ou selon la filière d'enseignement. Nous avons par ailleurs testé la robustesse du modèle en enlevant les pensées suicidaires qui s'avèrent très corrélées avec les troubles du sommeil.

DISCUSSION

Les données épidémiologiques internationales sur les troubles du sommeil des adolescents sont plus rares que celles recueillies auprès des adultes. Une étude réalisée en 2005 chez 1 056 adolescents chinois de 12 à 18 ans montre que 19 % rapportaient une mauvaise qualité de sommeil, que 26 % étaient non satisfaits de leur sommeil et que 16 % avaient eu une insomnie [5]. Dans une étude récente réalisée chez 4 175 adolescents de 11 à 17 ans dans la région de Houston (États-Unis), l'incidence de l'insomnie est de 14 %, mais ces troubles du sommeil sont chroniques pour environ la moitié d'entre eux [6]. Une analyse secondaire réalisée à partir des données *Baromètre santé 2005* avait montré en France une hausse particulièrement forte, parmi les 15-19 ans, de la prévalence des troubles du sommeil par rapport à 1995 [7]. Les études concernant la prévalence de ces troubles chez les adolescents fournissent des résultats assez variables, certaines montrant que ces troubles sont chroniques (dans un délai

de un à deux ans) pour 48 à 52 % de l'échantillon [8-9], une autre montrant que seuls 15 % des adolescents souffrant d'insomnies avaient toujours ces troubles onze ans plus tard [10].

Les troubles du sommeil apparaissent souvent associés à des signes de souffrance physique, psychique et sociale et à des difficultés scolaires [11]. Des liens entre absentéisme scolaire, addictions et tentatives de suicide ont également été mis en évidence [12]. Nos résultats apparaissent moins tranchés que ceux observés en France, dans la mesure où l'absentéisme semble sans lien avec le mauvais sommeil chez les élèves polynésiens. En revanche, on retrouve un lien très fort avec les pensées suicidaires¹, ainsi qu'avec les addictions et en particulier l'alcoolisation régulière et de mauvais résultats scolaires.

Nos résultats confirment une prévalence de troubles nettement plus élevée parmi les filles au-delà de 14 ans. Des examens cliniques réalisés par les médecins du service de santé scolaire en France suggèrent l'intervention du développement pubertaire dans les modifications du sommeil à l'adolescence et dans ses troubles : différences dans les rythmes du sommeil entre garçons et filles, troubles du sommeil plus fréquents chez les filles, statut pubertaire plus avancé chez les adolescents présentant des troubles du sommeil [11].

L'évolution du mode de vie des adolescents permet en partie d'expliquer la prévalence de ces troubles. Si aucun lien entre la durée passée à regarder la télévision et la durée de sommeil n'avait été trouvé dans une étude américaine menée au début des années 1980 [13], il est indéniable que le rythme d'usage des médias par les jeunes générations est désormais nettement supérieur. Selon une étude réalisée

1. La question de la tentative de suicide n'a pas été posée dans l'enquête Ecaap.

en Suisse chez 493 adolescents et enfants de la région de Zurich, le temps passé au lit diminue et donc également la qualité du sommeil [14]. Une étude portant sur 1 656 enfants et adolescents belges de 13,7 ans en moyenne montre que 32 % d'entre eux utilisaient leur téléphone mobile après l'extinction des lampes le soir [15]. Une autre étude finlandaise a montré que l'usage intensif des nouvelles technologies (téléphonie mobile, ordinateur pour jouer ou surfer sur Internet) était associé à une dégradation de l'état de santé perçu lorsque cette pratique se répercutait sur les habitudes de sommeil [16]. D'autres travaux corroborent le lien entre usage excessif des médias et mauvais sommeil dans des contextes culturels variés tels que le Japon [17] ou encore l'Allemagne [18]. Les adolescents se couchent de plus en plus tard le week-end sans forcément récupérer leur dette de sommeil de la

semaine selon une étude menée auprès de 112 enfants et adolescents québécois [19].

Nos résultats ne montrent pas de lien entre un mauvais sommeil et une pratique quotidienne des jeux vidéo, signe que ces jeux n'occupent peut-être pas la même place dans le contexte polynésien que dans les pays occidentaux. Il semblerait que la pratique des jeux vidéo concerne avant tout les enfants des familles plutôt aisées. Néanmoins, il est aussi possible que l'indicateur utilisé ne soit pas assez sensible et inclue beaucoup de jeunes pour lesquels cette pratique est raisonnable et sans conséquence sur le sommeil. Pour explorer cette piste, il aurait fallu poser une question sur le temps quotidien moyen de jeu pour isoler les gros joueurs, mais nous étions contraints par l'utilisation d'un indicateur standard européen de l'enquête Espad [20].


Bibliographie

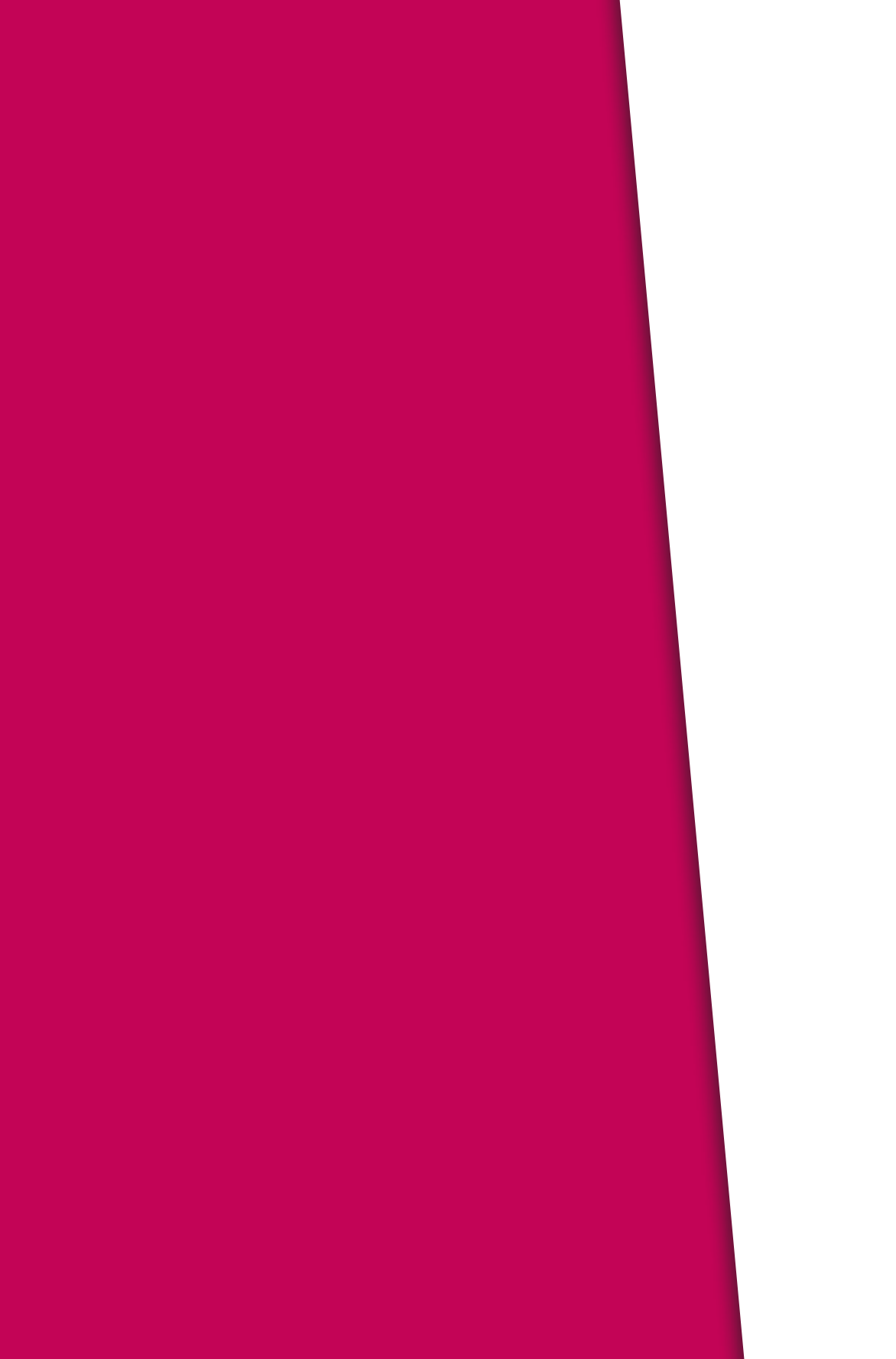
Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Mantz J., Muzet A., Winter A. S. Le rythme veille-sommeil chez l'adolescent de 15 à 20 ans : enquête réalisée dans un lycée pendant dix jours consécutifs. *Archives de pédiatrie*, 2000, vol. 7, n° 3 : p. 256-262.
- [2] Gallichio L., Kalesan B. Sleep Duration and Mortality: a Systemic Review and Meta Analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 145-152.
- [3] Léger D. *Conduites à tenir devant un trouble du sommeil*. Paris : Doïn, 2000 : 187 p.
- [4] Revah-Levy A., Birmaher B., Gasquet I., Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a Validation Study. *BMC Psychiatry*, n° 7 : p. 2.
- [5] Liu X., Zhao Z., Jia C., Buysse D. J. Sleep Patterns and Problems Among Chinese Adolescents. *Pediatrics*, 2008, vol. 121, n° 6 : p. 1165-1173.
En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/121/6/1165>
- [6] Roberts R. E., Roberts C. R., Duong H. T. Chronic Insomnia and Its Negative Consequences for Health and Functioning of Adolescents: a 12-Month Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 2008, vol. 42, n° 3 : p. 294-302.
- [7] Beck F., Léon C., Léger D. Les troubles du sommeil en population générale : évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *Médecine/science*, 2009, vol. 25, n° 2 : p. 201-206.
- [8] Morrison D. N., McGee R., Stanton W. R. Sleep Problems in Adolescence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1992, n° 31 : p. 94-99.
- [9] Patten C. A., Choi W. S., Gillin J.-C., Pierce J. P. Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Predict Development and Persistence of Sleep Problems in US Adolescents. *Pediatrics*, 2000, vol. 106, n° 2 : p. e23.
En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/106/2/e23>
- [10] Strauch I., Meier B. Sleep Need in Adolescents: a Longitudinal Approach. *Sleep*, 1998, n° 11 : p. 378-389.
- [11] Bailly D., Bailly-Lambin I., Querleu D., Beuscart R., Collinet C. Le sommeil des adolescents et ses troubles. Une enquête en milieu scolaire. *L'Encéphale*, 2004, vol. 30, n° 4 : p. 352-359.
- [12] Vignau J., Bailly D., Duhamel A., Vervaecke P., Beuscart R., Collinet C. Epidemiologic Study of Sleep Quality and Troubles in French Secondary School Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, novembre, 1997, vol. 21, n° 5 : p. 343-350.
- [13] Weissbluth M., Poncher J., Given G., Schwab J., Mervis R., Rosenberg M. Sleep Duration and Television Viewing. *Journal of Pediatrics*, 1981, vol. 99, n° 3 : p. 486-494.
- [14] Iglowstein I., Jenni O. G., Molinari L., Largo R. H. Sleep Duration from Infancy to Adolescence: Reference Values

and Generational Trends. *Pediatrics*, 2003, vol. 111, n° 2, février 2003 : p. 302-309.

En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/2/302.pdf>

- [15] Van den Bulck J. Adolescent Use of Mobile Phones for Calling and for Sending Text Messages After Lights Out: Results From a Prospective Cohort Study with a One-Year Follow-Up. *Sleep*, 2007, vol. 30, n° 9 : p. 1220-3.
- [16] Punamäki R. L., Wallenius M., Nygård C. H., Saarni L., Rimpelä A. Use of Information and Communication Technology (ICT) and Perceived Health in Adolescence: the Role of Sleeping Habits and Waking-Time Tiredness. *Journal of Adolescence*, août 2007, vol. 30, n° 4 : p. 569-585.
- [17] Suganuma N., Kikuchi T., Yanagi K., Yamamura S., Morishima H., Adachi H., *et al.* Media Use Before Sleep Can Curtail Sleep Time and Result in Self-Perceived Insufficient Sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 2007, vol. 5, n° 3 : p. 204-214.
- [18] Kappos A. D. The Impact of Electronic Media on Mental and Somatic Children's Health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, octobre 2007, vol. 210, n° 5 : p. 555-562.
- [19] Touchette E., Mongrain V., Petit D., Tremblay R. E., Montplaisir J. Y. Development of Sleep-Wake Schedules During Childhood and Relationship With Sleep Duration. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2008, vol. 162, n° 4 : p. 343-349.
- [20] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 : 408 p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- 



ANALYSE DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Consommation de tabac

ROMAIN GUIGNARD
 JEAN-BAPTISTE RICHARD
 NICOLE CERF
 STANISLAS SPILKA
 FRANÇOIS BECK

Le tabagisme constitue un enjeu majeur en termes de santé publique par la morbidité ou la mortalité qui peuvent lui être attribuées [1]. Des études de cohorte britanniques ont montré par exemple qu'environ la moitié des fumeurs réguliers sont amenés à mourir d'une pathologie directement attribuable au tabac, de type cancer des voies aérodigestives ou maladie respiratoire [2], ou encore que la probabilité de dépasser l'âge de 70 ans est moitié moins

forte parmi les fumeurs réguliers que parmi les non-fumeurs [3]. Le très fort pouvoir addictif du tabac fait que cet enjeu sanitaire apparaît dès la période de l'initiation, c'est-à-dire le plus souvent au moment de l'adolescence.

NIVEAUX DE CONSOMMATION

Sur l'ensemble des élèves interrogés, 52,9 % n'ont jamais fumé de cigarette, 24,6 % ont

INDICATEURS UTILISÉS POUR LE TABAC

Les indicateurs utilisés pour le tabac sont les suivants :

- expérimentation : consommation au moins une fois au cours de la vie ;
- usage occasionnel : moins d'une cigarette par jour au cours du dernier mois ;
- usage quotidien : au moins une cigarette par jour au cours du dernier mois ;

■ usage intensif : usage quotidien de plus de dix cigarettes par jour au cours du dernier mois.

Ces seuils, classiquement utilisés dans les enquêtes françaises Espad, Escapad et Baromètre santé, nous permettent de comparer les résultats avec ceux de la France métropolitaine.

déjà essayé mais n'en ont pas fumé dans le dernier mois, 8,3 % sont fumeurs occasionnels et enfin 14,1 % sont fumeurs quotidiens [tableau 1].

La consommation de tabac évolue nettement avec l'âge pour atteindre de très fortes proportions, puisqu'au-delà de 17 ans, environ les deux tiers des garçons et les trois quarts des filles ont déjà essayé de fumer [figure 1]. À partir de 13-14 ans, les filles sont plus nombreuses à déclarer fumer que les garçons, la différence étant particulièrement importante sur l'usage quotidien. Alors que cet usage quotidien de tabac semble se stabiliser chez les garçons scolarisés dans

le secondaire après 17-18 ans, celui des filles continue d'augmenter pour atteindre 40,5 % après 18 ans. En comptant les 10,0 % de fumeuses occasionnelles, la moitié des filles scolarisées de plus de 18 ans se déclarent fumeuses actuelles, contre 29,8 % des garçons.

ÂGE À LA PREMIÈRE CIGARETTE ET ÂGE D'ENTRÉE DANS LE TABAGISME QUOTIDIEN

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour l'âge à la première cigarette ni pour l'âge d'entrée dans une consommation

TABLEAU 1

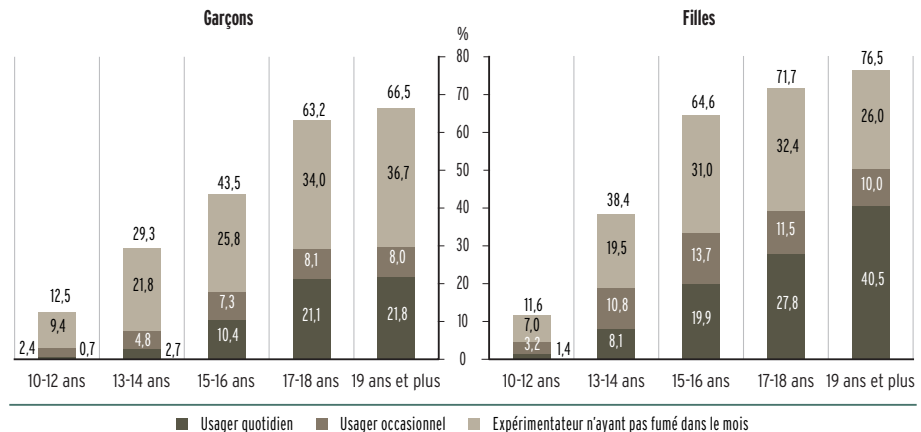
Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon le sexe

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	Ensemble %
Non fumeur	59,2	46,7	1,3***	52,9
Expérimentateur n'ayant pas fumé dans le mois	24,8	24,4	1,0	24,6
Usager occasionnel	6,1	10,6	0,6***	8,3
Usager quotidien	9,8	18,3	0,5***	14,1

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001; ns : non significatif.

FIGURE 1

Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge



quotidienne. Si l'expérimentation de tabac a principalement lieu entre 10 et 14 ans, l'entrée en consommation quotidienne se déroule entre 13 et 16 ans pour les deux tiers des fumeurs [figures 2 et 3].

Par rapport à 1999, l'expérimentation de tabac semble commencer plus tôt. En effet, près d'un tiers des élèves ayant déjà consommé du tabac déclaraient avoir fumé leur première cigarette avant 13 ans en 1999, contre la moitié en 2009.

USAGE DES PAIRS

La consommation de tabac parmi les amis, telle que perçue et déclarée par l'élève, s'avère extrêmement corrélée à sa propre consommation. La part d'usagers quotidiens de tabac passe en effet de 1 % lorsqu'aucun des amis de l'usager ne fume à un tiers quand plus de la moitié de ses amis fument [figure 4]. Ce résultat est particulièrement intéressant car, mis à part

FIGURE 2

Âge à la première cigarette parmi les jeunes Polynésiens ayant déjà fumé

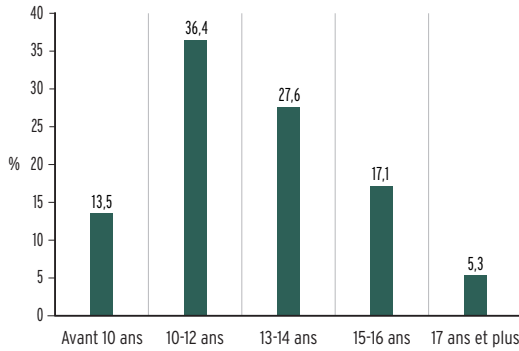
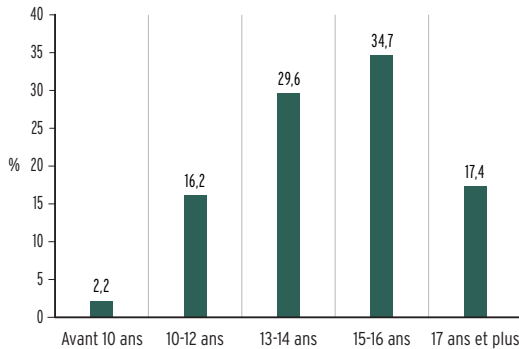


FIGURE 3

Âge d'entrée dans le tabagisme quotidien parmi les jeunes Polynésiens fumant quotidiennement



à 10-12 ans, la proportion d'élèves déclarant que plus de la moitié de leurs amis fument apparaît stable selon l'âge des élèves (entre 15,6 % et 19,9 %).

Une tendance similaire, mais moins discriminante, qualifie l'usage de tabac au sein de la famille, la proportion de fumeurs quotidiens passant de 9,0 % lorsqu'aucun membre de la famille ne fume à 21,8 % lorsque plus de la moitié de la famille fume [figure 5].

USAGE DES PARENTS

Par rapport à 1999, la consommation de tabac des parents telle que déclarée par les enfants semble assez proche, puisqu'environ la moitié des jeunes Polynésiens a un de ses parents qui fume au moins occasionnellement [tableau II]. La différence, à l'instar de ce qui est observé sur le propre usage des adolescents, est une augmentation du tabagisme quotidien.

FIGURE 4

Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon la part d'usagers parmi les amis

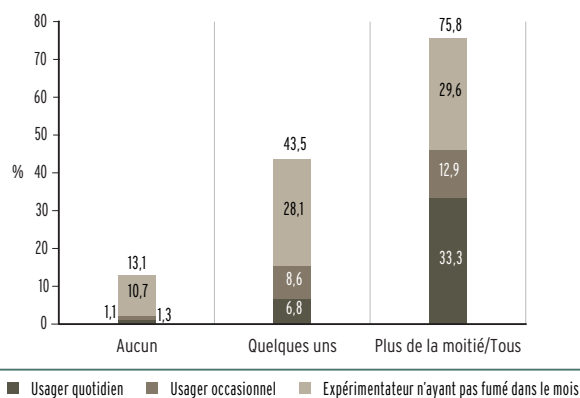
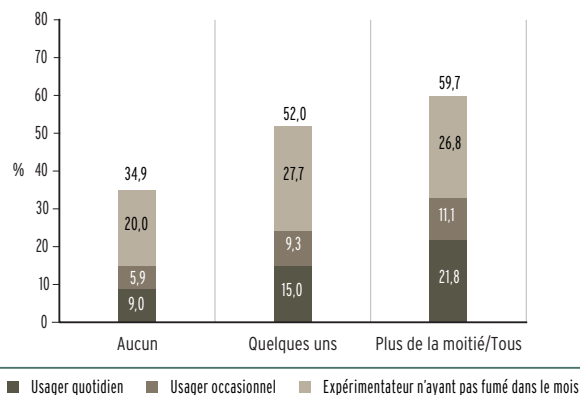


FIGURE 5

Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon la part d'usagers au sein de la famille



Assez logiquement, les résultats sur l'influence de l'usage des parents sont concordants avec ceux sur l'influence de l'usage portant plus généralement sur l'ensemble de la famille. La part des jeunes Polynésiens fumant quotidiennement passe de 10,0 % lorsqu'aucun des parents ne fume à 20,5 % lorsqu'au moins un des parents fume tous les jours [figure 6].

Le tabac à rouler apparaît plus utilisé par les garçons (46,4 % contre 31,3 % chez les filles). Il est également plus souvent fumé lorsque la fréquence de consommation augmente : 25,0 % des expérimentateurs n'ayant pas fumé récemment en fument, contre 32,1 % des fumeurs occasionnels et 43,6 % des fumeurs quotidiens.

TYPE DE TABAC CONSOMMÉ

Parmi les personnes ayant répondu à la question sur le type de tabac consommé le plus souvent, 63,1 % des élèves déclarent fumer des cigarettes en paquet (53,6 % chez les garçons contre 68,7 % chez les filles).

REPRÉSENTATION ET PERCEPTION DU RISQUE

La grande majorité (72,0 %) des jeunes scolarisés considèrent que le tabac est une drogue. Malgré une prévalence tabagique supérieure à celle des garçons, les filles sont plus nombreuses à considérer que le tabac

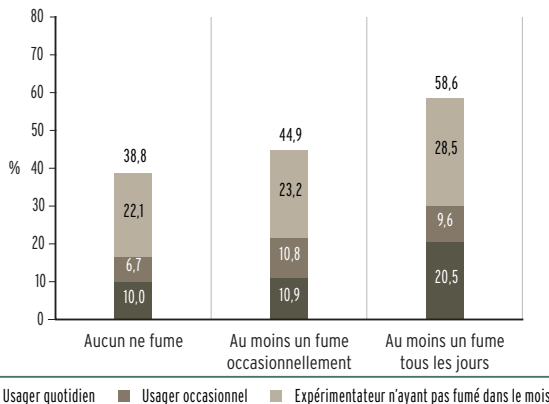
TABLEAU II

Usage de tabac des parents en 1999 et en 2009 (en pourcentage)

	1999	2009
Ne fument pas (1999) /N'ont jamais fumé (2009)	41,0	31,7
Au moins l'un des deux fumait mais a arrêté	-	17,2
Exceptionnellement	6,0	-
Oui, au moins l'un des deux fume occasionnellement	21,0	13,4
Oui, au moins l'un des deux fume tous les jours	32,0	37,8

FIGURE 6

Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon l'usage de tabac d'au moins un des parents



est une drogue (74,2 % contre 69,9 % pour les garçons). Les fumeurs occasionnels ou quotidiens déclarent pour leur part plus souvent que les non-fumeurs que le tabac n'est pas une drogue (14,6 % contre 6,0 %).

Les jeunes Polynésiens sont également très nombreux à penser que le tabac est dangereux pour la santé (92,1 %), et les résultats ne sont pas différents selon le type de consommation. Selon 24,5 % d'entre eux, le tabac est dangereux si on en fume « tous les jours, à partir d'un certain nombre de cigarettes », 40,1 % pensent que ce produit est dangereux si on en fume « tous les jours, quel que soit le nombre de cigarettes », et 35,4 % considèrent son usage dangereux « même si ce n'est qu'une fois de temps en temps ».

De la même façon, ces résultats ne diffèrent pas selon le niveau de consommation.

ÉVOLUTION DU TABAGISME DEPUIS 1999

Sur l'ensemble des élèves, la part de jeunes ayant expérimenté la cigarette a beaucoup augmenté depuis 1999, passant de 32 % à 47,1 %¹. De même, alors que l'usage quotidien concernait 5 % des élèves en 1999, ils sont aujourd'hui 14 % à fumer quotidiennement. Plus précisément, en 1999, le pourcentage de fumeurs quotidiens passait de 2,7 % à 14-15 ans à 7,2 % à 16-17 ans, alors que dans notre étude ils représentent déjà 10,4 % des 14-15 ans et 19,5 % des 16-17 ans.

Par rapport à l'âge à la première cigarette, les jeunes Polynésiens déclarent consommer plus tôt qu'en 1999. En effet, en 1999, 11 % avaient consommé avant 10 ans et 21,5 % entre 10 et 12 ans contre 13,5 % et 36,4 % en 2009, ce qui signifie que la part des élèves ayant fumé leur première cigarette avant 12 ans est passée d'un tiers en 1999 à la moitié en 2009.

La représentation du tabac en tant que drogue (70 % en 1999, 72 % en 2009) ainsi que la perception du danger du tabac (91 %

en 1999, 92,1 % en 2009) sont restées identiques entre les deux enquêtes.

Enfin, sur l'île de Tahiti, la part de fumeurs quotidiens apparaît nettement supérieure à ce qu'elle était en 1988 (14,7 % vs 8 %).

COMPARAISON AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS (ENQUÊTE ESPAD 2007)

Sur l'ensemble des indicateurs, la consommation de tabac des jeunes de 15-16 ans semble légèrement inférieure en Polynésie française à ce qu'elle est en France métropolitaine [tableau III]. Ainsi, à 15-16 ans, 53 % des jeunes Polynésiens déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie contre 60 % en France en 2007. Cependant, de fortes différences apparaissent selon le sexe. En effet, les garçons polynésiens déclarent consommer moins de tabac que les garçons de métropole (43,5 % vs 58 % d'expérimentateurs, 10 % vs 18 % d'usagers quotidiens), alors que l'usage quotidien de tabac est plus répandu pour les filles en Polynésie française qu'en France métropolitaine (20 % vs 16 %). Ainsi, alors qu'en France métropolitaine les garçons et les filles ont un usage quotidien du tabac assez proche à 15-16 ans, les filles déclarent un usage quotidien près de deux fois supérieur à celui des garçons en Polynésie (19,9 % vs 10,4 %). Elles constituent de ce fait une cible à privilégier en matière de prévention primaire du tabagisme.

COMPARAISON AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 17 ANS (ENQUÊTE ESCAPAD 2008)

Des tendances similaires sont observées en comparant les consommations de tabac

1. En 1999, la question concernant l'usage de tabac portait sur l'année précédant l'enquête. Cependant, la hausse est telle qu'il est très probable qu'il y ait eu une réelle augmentation de l'expérimentation de tabac.

à 17 ans entre la Polynésie et la métropole, les jeunes filles polynésiennes déclarant des consommations de tabac identiques à celles des jeunes filles de métropole, et les garçons polynésiens un usage plus faible [tableau IV].

**COMPARAISONS
AVEC L'AUSTRALIE
ET LA NOUVELLE-ZÉLANDE**

La prévalence du tabagisme s'avère extrêmement variable dans les îles du Pacifique [4].

TABLEAU III

Comparaison des indicateurs de consommation de tabac en Polynésie française et en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	***	ns	***
Polynésie 2009	44	65	53
France métropolitaine 2007	58	61	60
Usage occasionnel	*	ns	*
Polynésie 2009	7	14	10
France métropolitaine 2007	11	15	13
Usage quotidien	***	*	ns
Polynésie 2009	10	20	15
France métropolitaine 2007	18	16	17
Usage quotidien supérieur à dix cigarettes par jour	**	ns	**
Polynésie 2009	2,2	3,4	2,8
France métropolitaine 2007	5,0	4,6	4,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

TABLEAU IV

Comparaison des indicateurs de consommation de tabac en Polynésie française et en France métropolitaine à 17 ans (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	***	ns	*
Polynésie 2009	58,6	71,7	65,6
France métropolitaine 2008	70,5	71,0	70,7
Usage occasionnel	*	ns	ns
Polynésie 2009	7,6	11,5	9,7
France métropolitaine 2008	11,6	11,5	11,5
Usage quotidien	***	ns	**
Polynésie 2009	17,6	27,0	22,6
France métropolitaine 2008	29,9	27,9	28,9
Usage quotidien supérieur à dix cigarettes par jour	**	ns	*
Polynésie 2009	4,4	5,2	4,8
France métropolitaine 2008	9,1	6,2	7,7
Âge moyen à la première cigarette			
Polynésie 2009	12,8	13,1	12,9
France métropolitaine 2008	13,4	13,7	13,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Cependant, l'usage de tabac, occasionnel ou quotidien, est nettement plus fréquent chez les jeunes Polynésiens que chez leurs homologues australiens ou néo-zélandais. En 2005, il concernait environ 10 % des jeunes de 12-17 ans en Australie (9 % des garçons et 10 % des filles) et de ceux de 14-15 ans en Nouvelle-Zélande (7 % des garçons et 11 % des filles). Par ailleurs, les données disponibles, même si elles sont parfois anciennes, montrent des prévalences relativement similaires entre filles et garçons dans le Pacifique.

COMPARAISONS AVEC LES TERRITOIRES AMÉRICAINS DU PACIFIQUE À 14-18 ANS

En début d'année 2007, l'enquête américaine *Youth Risk Behavior Surveillance Survey* (YRBSS) a été menée dans les territoires américains du Pacifique [5]. Ces territoires comprennent les Samoa occidentales, l'île de Guam, les îles Mariannes du nord, la république des îles Marshall et la république de Palau. Cette enquête, couvrant les grades 9 à 12, soit globalement les 14-18 ans, s'appuie sur une méthodologie très proche de l'enquête Ecaap [6].

Trois indicateurs de consommation de tabac peuvent être comparés. L'expérimenta-

tion de tabac, de même que l'usage récent, se situent à des niveaux intermédiaires relativement aux consommations de tabac des territoires américains du Pacifique [tableau V]. En revanche, l'usage intensif de tabac, de plus de dix cigarettes par jour, est le plus faible en Polynésie française, et ce quel que soit le sexe. Enfin, ces comparaisons semblent indiquer que, relativement aux territoires américains, la très forte différenciation de consommation de tabac selon le sexe soit une spécificité de la Polynésie française.

COMPARAISONS AVEC LA NOUVELLE-CALÉDONIE À 17 ANS

Selon les données Escapad 2008, à 17 ans, le tabagisme quotidien apparaît moins fréquent qu'en Nouvelle-Calédonie (23 % contre 33 %), mais la différence est nettement plus importante pour les garçons (18 % vs 32 %) que pour les filles (27 % vs 34 %).

FACTEURS ASSOCIÉS AU TABAGISME

Les résultats des régressions logistiques menées sur l'expérimentation de tabac confirment, toutes choses égales par

TABLEAU V

Comparaison des indicateurs de consommation de tabac chez les 14-18 ans en Polynésie française et dans les territoires américains du Pacifique (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage au cours des trente derniers jours			Usage intensif (supérieur à dix cigarettes/jour)		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Polynésie française	47,5	64,7	55,9	19,5	34,7	26,8	2,9	4,5	3,7
Samoa	57,1	56,3	56,8	22,9	25,4	24,2	18,1	6,5	11,8
Mariannes du nord	77,6	78,7	78,1	31,2	31,1	31,1	6,5	5,3	5,9
Guam	71,6	67,6	69,7	25,4	20,4	23,1	11,5	8,2	10,0
Marshall	71,2	53,1	62,2	40,9	24,4	32,4	7,5	6,1	6,9
Palau	76,8	76,3	76,5	44,4	30,6	37,6	7,8		4,7

Source : Lippe et al. 2007 [5]

ailleurs, un usage plus fréquent du tabac chez les filles à partir de 13-14 ans (ORa variant de 0,5 à 0,7; $p < 0,01$). À tous les âges, le fait de résider dans les Îles Sous-le-Vent apparaît comme associé négativement au tabagisme, ce résultat ayant déjà été montré en 1999 [tableau VI].

Pour les plus jeunes (10-12 ans), un redoublement précoce, la perte d'un parent et la dépression apparaissent comme des facteurs favorisant l'expérimentation du tabac.

À partir de 13-14 ans, l'expérimentation de tabac est également fortement corrélée à l'absentéisme, mais n'apparaît plus liée au redoublement. À 15-16 ans, classe d'âge à laquelle la différence entre les sexes est particulièrement forte, la dépression (ORa = 2,5 pour une dépression patente) ainsi que la moyenne scolaire (ORa = 2,1 pour une moyenne < 10) apparaissent également très liés à l'expérimentation de tabac. Ces facteurs sont proches de ceux observés en France [7, 8].

L'usage quotidien, assez rare avant 15 ans, n'est étudié ici qu'à partir de cet âge. Il apparaît toujours fortement lié au sexe et à l'absentéisme et s'avère beaucoup moins fréquent dans la filière générale (ORa > 2 pour les filières spécialisées type MFR, CJA, ORa ~2 pour la filière professionnelle). À 15-16 ans, l'usage quotidien apparaît également associé au fait d'avoir redoublé au moins une fois (ORa = 2,1; $p < 0,001$), mais ce n'est plus le cas à 17-18 ans [tableau VII].

Enfin, à 15-16 ans, le lien entre tabagisme quotidien et dépression qui est observable en univarié disparaît une fois contrôlés les effets de structure. Ce résultat inattendu est probablement lié à une influence très forte du sexe, les filles étant beaucoup plus fumeuses et présentant beaucoup plus de signes de dépression spécifiquement à cet âge. Ce lien réapparaît toutefois à 17-18 ans.

Comme pour la consommation d'alcool et de paka, il est notable que la pratique d'un

sport au moins une fois par semaine n'apparaît pas comme un élément protecteur vis à vis de l'expérimentation du tabac et assez peu en ce qui concerne l'usage occasionnel et quotidien. Ce résultat renvoie à la complexité des liens entre activité sportive et usage de substances psychoactives, qui a déjà été évoqué sur des données françaises [9].

Le fait de vivre à l'internat semble augmenter le risque de fumer quotidiennement (26 % contre 19 % pour l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans). Par ailleurs, le tabagisme des parents est associé à l'expérimentation de tabac dans chaque classe d'âge et à l'usage quotidien à partir de 15 ans (ORa > 2 quand au moins un des deux parents fume tous les jours)².

DISCUSSION

Les différentes études réalisées aussi bien chez les jeunes scolarisés [10, 11] que chez les adultes [12] montrent que la Polynésie française n'est pas épargnée par les méfaits du tabac. Le tabagisme y touche plus de 70 000 personnes qu'elles soient jeunes ou adultes. Le tabac est également responsable d'une centaine de décès par an soit 10 % de l'ensemble des décès enregistrés en Polynésie française. Selon l'Observatoire polynésien de la santé, les cancers du poumon représentent la première cause de mortalité par cancer chez l'homme et la deuxième chez la femme. En comparaison avec la France métropolitaine, la mortalité par cancer du poumon en Polynésie française apparaît 3,5 fois plus élevée. Par ailleurs, l'asthme et les maladies respiratoires chroniques sont également très fréquents chez les enfants et les adolescents, avec une prévalence de 20 % de l'asthme.

2. Résultats non montrés. L'introduction de cette variable dans les modèles logistiques ne modifie pas les OR associés aux autres variables.

TABLEAU VI

Facteurs associés à l'expérimentation de tabac, selon l'âge

	10-12 ans				13-14 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe	**							
Garçons	252	12,8	1,2	0,7; 2,1	462	29,9	0,7**	0,5; 0,9
Filles (réf.)	273	11,5	1		419	39,4	1	
Filière								
Générale (réf.)								
MFR, CMA, CJA								
Professionnelle								
Strate géographique	**				***			
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	277	12,1	1		471	32,9	1	
Îles du Vent zone rurale	111	17,4	1,6	0,8; 3,0	194	39,4	1,3	0,9; 2,0
Îles Sous-le-Vent	89	3,6	0,3*	0,1; 1,0	92	21,5	0,5*	0,3; 0,9
Archipels éloignés	48	16,9	1,2	0,5; 2,9	124	45,2	1,8**	1,2; 2,7
Situation des parents	*							
Ensemble (réf.)	410	10,2	1		658	32,2	1	
Séparés	89	17,6	1,6	0,8; 3,2	157	37,4	1,2	0,8; 1,8
Un parent inconnu/décédé	26	23,8	3,2*	1,1; 9,2	66	48,5	1,7	1,0; 2,9
Intensité dépressive	**				***			
Pas de dépression (réf.)	438	9,7	1		637	30,6	1	
Dépression modérée	87	24,4	2,9***	1,5; 5,4	244	44,5	1,4*	1,0; 2,0
Dépression patente								
Absentéisme	***							
Aucun (réf.)					700	29,7	1	
Un jour					87	53,3	2,5***	1,6; 4,0
Deux jours ou plus					94	51,8	2,4***	1,5; 3,9
Moyenne scolaire	*				**			
14-20 (réf.)	252	9,2	1		256	27,1	1	
Entre 10 et 14	273	14,8	1,3	0,7; 2,3	500	36,1	1,3	0,9; 1,8
Moins de 10								
Redoublement								
Jamais (réf.)	487	11,1	1		576	35,0	1	
Au moins une fois	38	24,6	2,7*	1,2; 6,2	305	33,1	0,8	0,6; 1,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

La consommation de tabac en Polynésie française a baissé de moitié en l'espace de vingt ans pour atteindre 1,37 kg par habitant de plus de 15 ans en 2009, soit l'équivalent d'un peu plus de quatre cigarettes par jour par habitant. Cette baisse est due aux campagnes menées très régulièrement par les autorités sanitaires

mais aussi à l'augmentation régulière du prix du tabac et plus particulièrement du tabac à rouler. Ce niveau de consommation s'avère légèrement inférieur à celui observé en Nouvelle-Calédonie (6 cigarettes par jour par habitant de 15 ans et plus en 2006) mais plus élevé que celui de la France métropolitaine (3,3 cigarettes

	15-16 ans				17-18 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC
	***				*			
	587	44,5	0,5***	0,3; 0,6	375	64,7	0,6**	0,4; 0,8
	497	64,5	1		449	72,3	1	
		*				**		
	798	51,7	1		398	64,3	1	
	174	58,3	1,7**	1,2; 2,6	92	65,3	1,1	0,6; 1,9
	112	62,2	1,5	1,0; 2,4	334	74,6	1,7**	1,2; 2,4
		*						
	509	54,4	1		467	68,9	1	
	287	54,0	0,7*	0,5; 1,0	197	69,0	0,8	0,5; 1,2
	132	43,2	0,5**	0,3; 0,8	87	61,7	0,6*	0,3; 1,0
	156	61,6	1,1	0,8; 1,7	73	80,3	1,9	1,0; 3,8
		*						
	757	51,2	1		534	67,1	1	
	238	60,5	1,3	1,0; 1,8	191	70,6	1,1	0,8; 1,6
	89	57,4	1,2	0,7; 1,9	99	74,6	1,3	0,8; 2,1

	769	48,7	1		563	67,9	1	
	250	63,1	1,4*	1,0; 1,9	201	69,2	0,9	0,6; 1,3
	65	79,0	2,5**	1,3; 4,7	60	75,9	1,1	0,6; 2,2
		***				***		
	741	48,8	1		452	60,9	1	
	168	65,1	1,8**	1,2; 2,6	166	71,8	1,6*	1,1; 2,3
	175	64,7	1,6*	1,1; 2,3	206	83,5	3,1***	2,0; 4,7

	212	42,3	1		98	63,3	1	
	643	53,9	1,6**	1,1; 2,2	472	68,5	1,3	0,8; 2,1
	229	63,7	2,1***	1,4; 3,3	254	71,3	1,5	0,8; 2,7

	607	51,8	1		336	65,6	1	
	477	56,5	1,1	0,9; 1,5	488	71,2	1,2	0,9; 1,7

par jour par habitant de 15 ans et plus en 2006).

La prévalence tabagique a fortement augmenté depuis dix ans chez les jeunes Polynésiens. Alors que la consommation de tabac des garçons s'avère bien inférieure à celle observée en métropole, les filles ont un niveau de consommation du même

ordre et très supérieur à celui des garçons. Ceci pourrait en partie s'expliquer par une plus grande fréquence de troubles dépressifs chez ces dernières. Elles doivent donc constituer une cible à privilégier en termes de prévention.

La lutte contre le tabagisme en Polynésie française est inscrite dans un programme

TABLEAU VII

Facteurs associés à l'usage quotidien de tabac, selon l'âge

	15-16 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe		***		
Garçons	587	9,7	0,3***	0,2 ; 0,4
Filles (réf.)	497	20,2	1	
Filière		***		
Générale (réf.)	798	12,0	1	
MFR, CMA, CJA	174	26,1	3,3***	2,0 ; 5,5
Professionnelle	112	19,0	1,9*	1,1 ; 3,4
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	509	14,9	1	
Îles du Vent zone rurale	287	16,4	0,6*	0,4 ; 1,0
Îles Sous-le-Vent	132	8,9	0,4**	0,2 ; 0,7
Archipels éloignés	156	15,2	0,7	0,4 ; 1,2
Situation des parents		*		
Ensemble (réf.)	757	12,7	1	
Séparés	238	20,0	1,6*	1,1 ; 2,4
Un parent inconnu/décédé	89	16,2	1,2	0,7 ; 2,4
Intensité dépressive		**		
Pas de dépression (réf.)	769	12,3	1	
Dépression modérée	250	19,6	1,1	0,7 ; 1,7
Dépression patente	65	23,4	1,0	0,5 ; 2,0
Absentéisme		***		
Aucun (réf.)	741	10,2	1	
Un jour	168	20,9	2,1**	1,3 ; 3,4
Deux jours ou plus	175	28,0	3,0***	1,9 ; 4,7
Moyenne scolaire		**		
14-20 (réf.)	212	10,3	1	
Entre 10 et 14	643	13,0	1,4	0,8 ; 2,4
Moins de 10	229	23,0	2,2*	1,2 ; 4,0
Redoublement		***		
Jamais (réf.)	607	10,4	1	
Au moins une fois	477	20,8	2,1***	1,4 ; 3,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

territorial reprenant les recommandations de la convention cadre de l'organisation mondiale de la Santé. Ces dernières années, l'accent a été mis sur la protection des non-fumeurs et l'accès pour tous les fumeurs à des consultations de tabacologie gratuites dans les structures de la direction de la Santé.

La Polynésie fait partie des premiers pays du Pacifique à s'être doté d'une réglementation qui lui est propre, avec la délibération n° 82-11 du 18 février 1982 portant notamment sur l'organisation de la lutte contre la publicité et la promotion des produits du tabac, contre le parrainage de manifestations par les marques de tabac, et la délibé-

		17-18 ans		
	Effectifs bruts	%	ORa	IC
		*		
	375	20,6	0,6**	0,4; 0,8
	449	27,7	1	

	398	16,8	1	
	92	34,4	2,5**	1,3; 4,8
	334	31,5	2,3***	1,6; 3,4

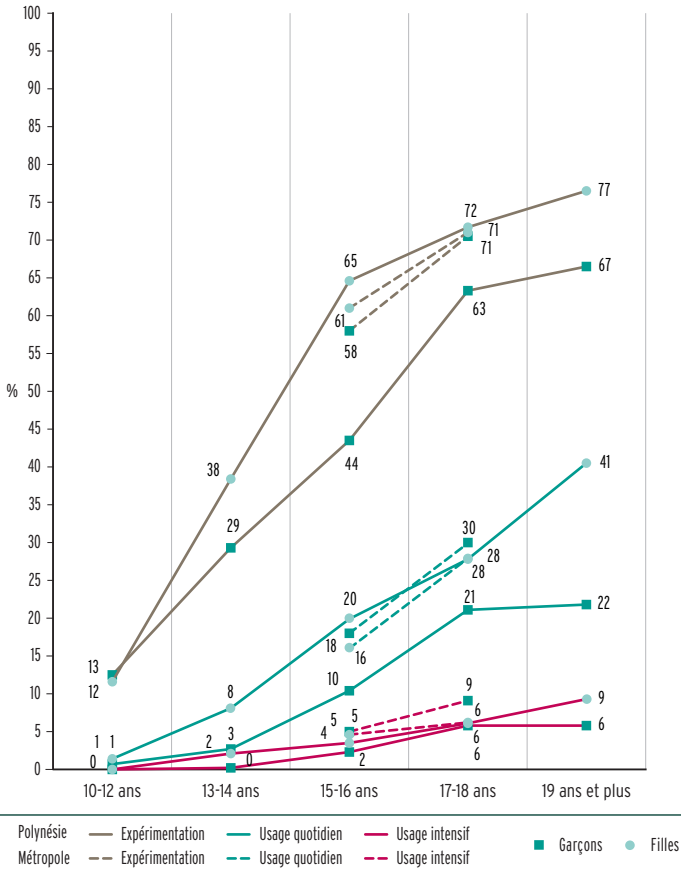
	467	22,6	1	
	197	28,7	1,0	0,7; 1,5
	87	14,9	0,5*	0,2; 0,9
	73	44,6	2,5**	1,4; 4,4
	534	23,7	1	
	191	23,7	1,0	0,7; 1,5
	99	30,5	1,2	0,7; 1,9
		**		
	563	20,8	1	
	201	31,1	1,4	1,0; 2,1
	60	37,6	1,9*	1,0; 3,4

	452	18,0	1	
	166	30,6	2,0**	1,3; 3,1
	206	33,7	2,2***	1,5; 3,3
	98	21,5	1	
	472	24,1	1,3	0,7; 2,4
	254	26,2	1,6	0,8; 3,1
		**		
	336	19,7	1	
	488	28,0	1,2	0,8; 1,8

ration n° 88-97 du 27 juin 1988 interdisant de fumer dans certains lieux à usage collectif et/ou recevant du public. La vente de tabac est interdite aux moins de 18 ans depuis 1988, mais cette règle reste difficile à faire respecter. Afin de protéger davantage les non-fumeurs du tabagisme passif, l'année 2010 a vu l'Assemblée de Polynésie adopter

une loi de pays interdisant de fumer dans les lieux publics, à l'image de celle en vigueur en métropole.

Indicateurs de consommation de tabac chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



Facteurs associés à l'usage intensif de tabac (plus de dix cigarettes par jour), selon l'âge

	15-16 ans				17-18 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe								
Garçons	587	2,2	0,4*	0,2 ; 1,0	375	5,9	0,8	0,4 ; 1,6
Filles (réf.)	497	3,5	1		449	6,0	1	
Filière *								
Générale (réf.)	798	1,9	1		398	3,9	1	
MFR, CMA, CJA	174	6,6	5,4***	2,0 ; 14,7	92	10,5	3,4*	1,1 ; 10,4
Professionnelle	112	4,6	3,3*	1,1 ; 9,9	334	7,5	2,6*	1,2 ; 5,5
Strate géographique *								
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	509	3,5	1		467	6,3	1	
Îles du Vent zone rurale	287	2,9	0,4*	0,2 ; 1,0	197	5,7	0,8	0,4 ; 1,6
Îles Sous-le-Vent	132	1,4	0,3	0,1 ; 1,5	87	3,5	0,6	0,2 ; 2,1
Archipels éloignés	156	0,7	0,1*	0,0 ; 0,6	73	7,9	1,0	0,3 ; 3,1
Situation des parents *								
Ensemble (réf.)	757	2,4	1		534	4,0	1	
Séparés	238	3,2	1,1	0,4 ; 2,6	191	8,7	2,5**	1,3 ; 5,0
Un parent inconnu/décédé	89	5,2	2,1	0,7 ; 6,2	99	11,3	2,7*	1,2 ; 6,0
Intensité dépressive								
Pas de dépression (réf.)	769	2,4	1		563	4,7	1	
Dépression modérée	250	3,7	1,2	0,5 ; 2,8	201	7,2	1,3	0,6 ; 2,6
Dépression patente	65	4,1	1,2	0,3 ; 4,6	60	13,9	2,8*	1,1 ; 6,9
Absentéisme **								
Aucun (réf.)	741	2,3	1		452	3,4	1	
Un jour	168	2,4	0,9	0,3 ; 2,9	166	9,7	3,4**	1,6 ; 7,3
Deux jours ou plus	175	5,4	1,9	0,8 ; 4,6	206	8,6	2,4*	1,1 ; 4,9
Moyenne scolaire								
14-20 (réf.)	212	1,8	1		98	8,4	1	
Entre 10 et 14	643	3,3	2,5	0,8 ; 7,9	472	4,5	0,5	0,2 ; 1,2
Moins de 10	229	2,2	1,3	0,3 ; 5,4	254	7,9	1,0	0,4 ; 2,8
Redoublement **								
Jamais (réf.)	607	1,6	1		336	5,3	1	
Au moins une fois	477	4,5	2,7*	1,1 ; 6,5	488	6,5	1,0	0,5 ; 1,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Peto R., Lopez A. D., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr. *Mortality From Smoking in Developed Countries 1950-2000*. (2^e éd.). University of Oxford, 2006 : 517 p.
En ligne : http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/SMK_All_PAGES.pdf
- [2] Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 40 Years' Observations on Male British Doctors. *BMJ*, 1994, vol. 309, n° 6959 : p. 901-911.
- [3] Phillips A. N., Wannamethee S. G., Walker M., Thomson A., Smith G. D. Life Expectancy in Men Who Have Never Smoked and Those Who Have Smoked Continuously: 15 Year Follow Up of Large Cohort of Middle Aged British Men. *BMJ*, 1996, vol. 313, n° 7062 : p. 907-908.
- [4] Rasanathan K., Tukuitonga C. F. Tobacco Smoking Prevalence in Pacific Island Countries and Territories: a Review. *Journal of the New Zealand Medical Association*, octobre 2007, vol. 120, n° 1263 : p. U2742.
- [5] Lippe J., Brener N., Kann L., Kinchen S., Harris W. A., McManus T., Speicher N. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance-Pacific Island United States Territories, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, novembre 2008, vol. 57, n° 12 : p. 28-56.
En ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5712a2.htm>
- [6] Brener N. D., Kann L., McManus T., Kinchen S. A., Sundberg E. C., Ross J. G. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, octobre 2002, vol. 31, n° 4 : p. 336-342.
- [7] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Spilka S. Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ? *Revue des maladies respiratoires*, 2006, vol. 23, n° 6 : p. 681-693.
- [8] Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. Cigarettes and Social Inequalities in France: is Tobacco Use Increasingly Concentrated Among the Poor? *Addiction*, octobre 2009, vol. 104, n° 10 : p. 1718-1728.
- [9] Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S. Beyond the U-Curve: the Relationship Between Sport and Alcohol, Cigarette and Cannabis Use in Adolescents. *Addiction*, juin 2002, vol. 97, n° 6 : p. 707-716.
- [10] Brugiroux M. F. *Les jeunes et la drogue : enquête CAP chez les jeunes scolarisés de 10 à 20 ans en Polynésie française*. Papeete : ministère de la Santé, direction de la Santé, mars 2000 : 63 p.
- [11] Parrat E. Résultats préliminaires de l'enquête ISAAC Polynésie. *Bulletin médical calédonien & polynésien*, novembre/décembre 2000, n° 18.
En ligne : http://www.bmc.nc/web_18/Bm1816/index.html
- [12] Cerf N., Brugiroux M. F., Mou Y., Margaroli S. Programme de lutte contre le tabac 2004-2008 de Polynésie française. In : *1^{er} congrès national de la société française de tabacologie*, Lyon, 26-27/10/2007, 2008 : p. 42.

Consommation d'alcool

JEAN-BAPTISTE RICHARD
 FRANÇOIS BECK
 MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX
 STÉPHANE LEGLEYE

Grâce aux différentes études menées par la direction de la Santé, les conséquences de l'alcoolisation en Polynésie française sont bien identifiées [1]. Si celle-ci s'inscrit fréquemment dans une convivialité de la fête, elle présente parfois, et ce dès l'adolescence, un caractère compulsif associé à des alcoolisations excessives répétées aux conséquences lourdes (accidents de la route, violences, délinquance, mortalité prématurée...). Plusieurs campagnes sur l'alcoolisation, visibles sur le site <http://www.drogue-polynesie.com/>, ont été lancées ces dernières années, dont certaines ciblant spécifiquement les jeunes. Une campagne nationale ayant pour objectif de rappeler les normes de consommation à risque d'alcool a ainsi été diffusée en 2007 puis en 2008 sur les risques de violence liés à une consommation excessive d'alcool. Différents documents pédagogiques et en particulier des courts-métrages ont été réalisés afin de sensibiliser la population jeune

aux dangers de l'alcool, du cannabis et de leurs consommations conjointes. Il apparaît donc important de faire des points réguliers d'observation de l'alcoolisation des jeunes en Polynésie française afin de mesurer les évolutions des comportements et des représentations.

NIVEAUX DE CONSOMMATION

Toutes classes d'âge confondues, environ les trois quarts (73,4 %) des jeunes Polynésiens scolarisés déclarent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie, 41,8 % durant le dernier mois dont 6,9 % au moins dix fois [tableau 1]. Ils sont 44,2 % à déclarer avoir déjà été ivres au cours de leur vie, dont 30,7 % durant la dernière année et 4,3 % au moins dix fois. Enfin, 27,9 % des jeunes Polynésiens disent avoir bu cinq verres standard ou plus lors d'une même occasion au moins une fois durant les trente derniers jours, et 5,0 % l'ont fait au moins dix fois.

Sur l'ensemble des indicateurs de consommation d'alcool, excepté pour la consommation importante régulière et l'ivresse qui en découle, aucune différence n'apparaît entre garçons et filles. Cette particularité constitue une nouveauté par rapport

TABLEAU I

Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe

	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble
	%	%		%
Expérimentation	72,5	74,4	1,0	73,4
Usage récent	40,7	42,9	0,9	41,8
Usage régulier	6,9	7,1	1,0	6,9
Ivresse au cours de la vie	43,9	44,5	1,0	44,2
Ivresse au cours de l'année	31,4	30,0	1,0	30,7
Ivresse répétée	15,4	12,7	1,2*	14,2
Ivresse régulière	5,5	2,9	1,9***	4,3
<i>Binge drinking</i> récent	28,4	27,4	1,0	27,9
<i>Binge drinking</i> régulier	5,8	4,2	1,4*	5,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

INDICATEURS UTILISÉS POUR L'ALCOOL

Les indicateurs utilisés pour l'alcool sont les suivants :

- expérimentation : consommation au moins une fois au cours de la vie ;
- usage récent : au moins une fois au cours des trente derniers jours ;
- usage régulier : au moins dix fois au cours des trente derniers jours ;
- ivresse au cours de la vie ;
- ivresse au cours de l'année ;
- ivresse répétée : au moins trois fois au cours des douze derniers mois ;
- ivresse régulière : au moins dix fois au cours des douze derniers mois ;
- consommation ponctuelle importante récente : cinq verres standard et plus en une occasion au moins une fois au cours des trente derniers jours ;
- consommation ponctuelle importante régulière : cinq verres standard et plus en une occasion au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Dans certains graphiques, il a toutefois été recouru à des classements exclusifs : les expérimentateurs

désignent dès lors les expérimentateurs non-usagers actuels, les usagers réguliers désignent les usagers réguliers non-usagers récents, etc. C'est notamment le cas dans les graphiques qui ouvrent ce chapitre.

Alors que l'ivresse peut renvoyer à des perceptions individuelles très diverses, la notion de consommation ponctuelle importante correspond à une définition plus factuelle : cinq verres ou plus en une seule occasion. Elle dépasse en cela la stricte notion de *binge drinking*, terme désignant la pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion dans une perspective de « défoncé » [2]. Toutefois, pour des raisons de commodité de lecture, le terme de *binge drinking* sera parfois employé dans ce sens large au sein de ce chapitre.

Ces différents indicateurs, classiquement utilisés dans les enquêtes françaises Espad, Escapad et Baromètre santé, nous permettent de comparer les résultats avec ceux de la France métropolitaine.

aux observations réalisées par le passé en Polynésie française et apparaît assez singulière au niveau mondial, dans la mesure où, dans presque tous les pays à l'exception des pays nordiques, les garçons se révèlent plus concernés par la consommation d'alcool que les filles [3]. Les garçons apparaissent toutefois plus souvent enclins à l'ivresse régulière (5,5 % vs 2,9 %, *sex ratio* = 1,9 ; $p < 0,001$) ainsi qu'à la pratique d'une alcoolisation importante régulière (5,8 % vs 4,2 %, *sex ratio* = 1,4 ; $p < 0,05$).

USAGES PAR ÂGE

L'expérimentation de l'alcool évolue rapidement avec l'âge puisqu'elle concerne un peu plus d'un tiers des 10-12 ans, contre plus de huit jeunes sur dix à 15-16 ans et plus de neuf jeunes sur dix à 17-18 ans [figure 1]. À 10-12 ans, 37 % des élèves interrogés déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie (41,5 % chez les garçons, 32,7 % chez les filles) [figure 2]. Si les niveaux de

consommations sont assez proches entre les sexes, les filles déclarent consommer plus souvent entre 13 et 16 ans.

L'usage régulier d'alcool, quasi inexistant avant 13 ans, concerne 3,9 % des 13-14 ans, 7,2 % des 15-16 ans et plus d'un jeune sur dix parmi les 17-18 ans. Dans cette dernière classe d'âge, l'usage régulier semble être par ailleurs un comportement plutôt masculin (14,4 % vs 9,5 % chez les filles).

LES JEUNES ET L'IVRESSE

L'expérimentation de l'ivresse augmente également avec l'âge, passant de 8,2 % chez les 10-12 ans à 75,9 % chez les 19 ans et plus. L'ivresse, comportement unisexe entre 10 et 14 ans, apparaît relativement plus féminine à 15-16 ans (57,0 % chez les filles vs 49,3 % chez les garçons) pour devenir ensuite plus masculine à partir de 17-18 ans [figure 3]. En revanche, l'ivresse régulière s'avère toujours plus fréquente chez les garçons, et ce quel que soit l'âge.

FIGURE 1

Indicateurs de consommation d'alcool, selon l'âge

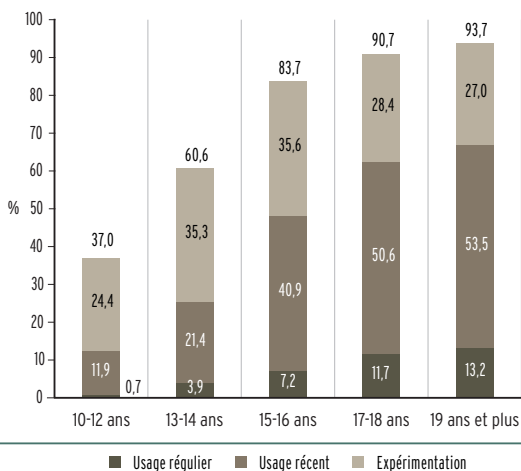


FIGURE 2

Indicateurs de consommation d'alcool, selon le sexe et l'âge

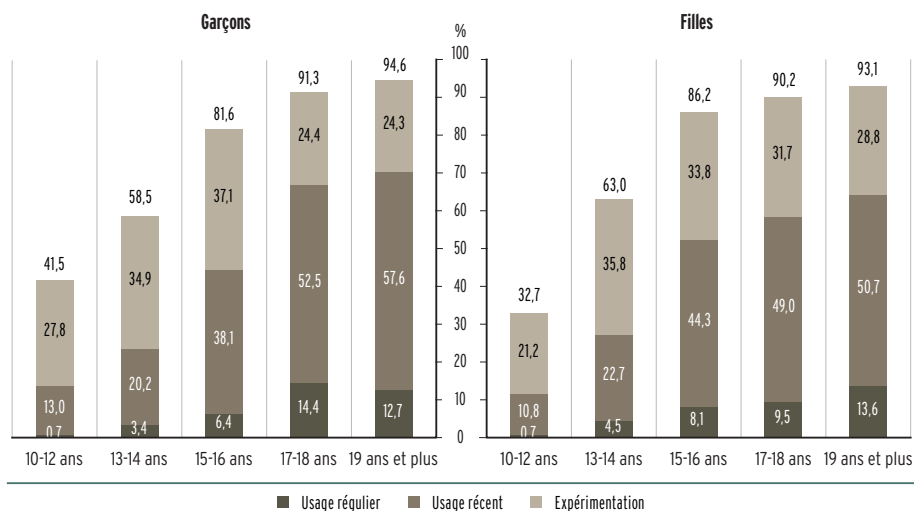
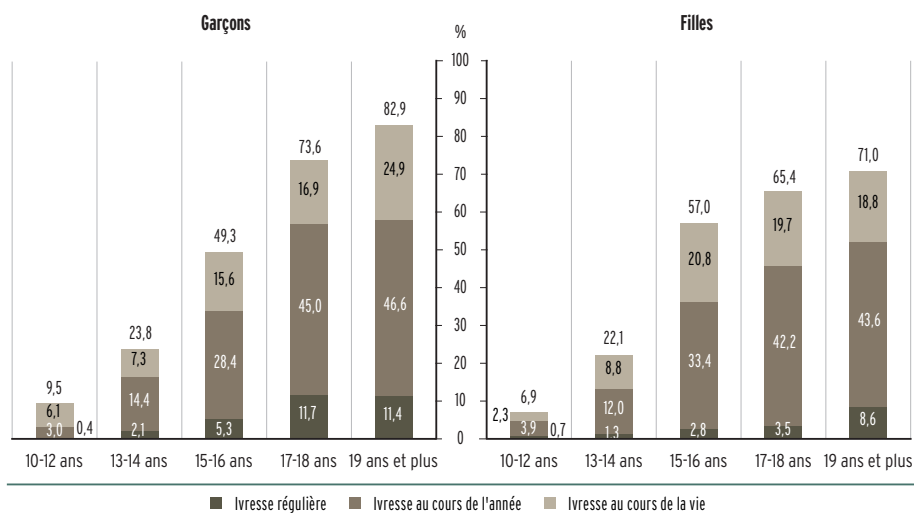


FIGURE 3

Fréquence des ivresses, selon le sexe et l'âge



LES JEUNES ET LE BINGE DRINKING AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS

La pratique du *binge drinking* suit des tendances identiques aux autres indicateurs d'alcoolisation, augmentant rapidement jusqu'à 17-18 ans puis se stabilisant après cet âge. Cette pratique apparaît relativement proche entre les garçons et les filles mais la pratique régulière, correspondant à plus de dix épisodes au cours des trente derniers jours, se révèle plus fréquente chez les garçons, et ce quel que soit l'âge [figure 4].

ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ALCOOLISATION ENTRE 1999 ET 2009

L'expérimentation peut être mise en regard des résultats observés en 1999 en fonction de l'âge.

Par rapport à la situation observée en 1999, le taux d'expérimentation s'avère plus élevé quelle que soit la classe d'âge considérée [tableau II]. On observe en particulier une hausse assez nette de l'expérimentation de boissons alcoolisées parmi les plus jeunes (en particulier les 10-11 ans). D'autre

FIGURE 4

Fréquence de *binge drinking*, selon le sexe et l'âge

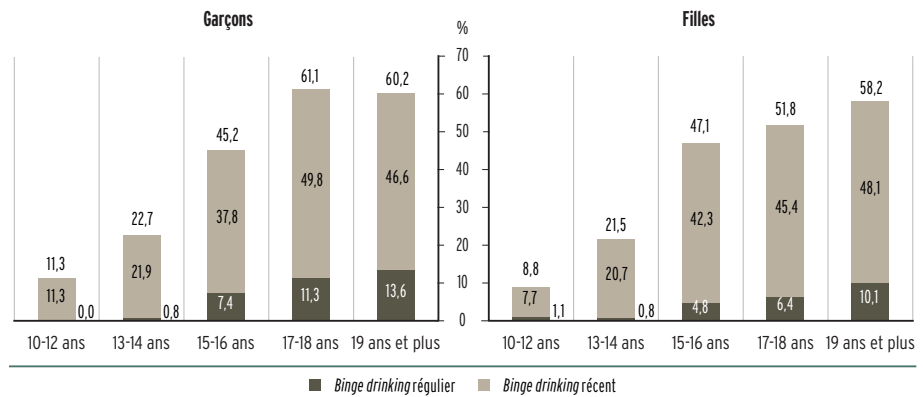


TABLEAU II

Évolution de l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)

	Expérimentation de l'alcool		Expérimentation de l'ivresse	
	1999	2009	1999	2009
10-11 ans	28	37,2	6	10,5
12-13 ans	35	46,2	11	12,0
14-15 ans	63	73,4	30	38,9
16-17 ans	76	87,9	64	61,4
18-19 ans	85	92,2	70	74,0

part, on observe un pic d'augmentation de l'expérimentation à 14-15 ans, et ce pour les deux enquêtes. L'expérimentation de l'alcool apparaît donc plus fréquente et plus précoce en 2009 qu'en 1999. Par ailleurs, la nette différence entre les sexes observée en 1999 (36 % de non-buveurs chez les garçons vs 46 % chez les filles), a disparu en 2009 (27,5 % chez les garçons vs 25,6 % chez les filles).

Tous critères confondus, 32 % des élèves avaient déjà été ivres en 1999 contre 44,2 % en 2009. Les écarts observés pour l'expérimentation de l'ivresse sont particulièrement importants à 10-11 ans (10,5 % en 2009 vs 6 % en 1999) et à 14-15 ans (38,9 % vs 30 %). Enfin, alors qu'en 1999 les garçons avaient été plus souvent ivres que les filles (38 % vs 25 %), l'expérimentation de l'ivresse est aujourd'hui du même ordre entre les deux sexes (43,9 % chez les garçons vs 44,5 % chez les filles).

COMPARAISON DES INDICATEURS D'ALCOOLISATION AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS (ENQUÊTE ESPAD 2007)

La comparaison avec les résultats de l'enquête Espad 2007 pour les 15-16 ans sur les principaux indicateurs de consommation d'alcool semble indiquer que les jeunes Polynésiens ont un niveau d'alcoolisation plus faible que celui des jeunes métropolitains [tableau III]. En particulier l'usage récent est nettement inférieur (48 % en Polynésie vs 64 % en métropole), de même que l'usage régulier (7 % vs 13 %). En revanche, les indicateurs de consommation excessive (ivresse et *binge drinking*) sont plus élevés en Polynésie. L'expérimentation de l'ivresse est plus fréquente en Polynésie, essentiellement chez les filles (57,0 % vs 45 % en métropole). Un résultat identique s'observe pour le *binge drinking* chez les filles (47,0 % en Polynésie vs 34 % en métropole) et pour le *binge drinking* régulier tous sexes confondus

(6,2 % vs 2,8 % en métropole). De manière générale, les consommations d'alcool à 15-16 ans apparaissent moins sexuées en Polynésie qu'en métropole, à l'exception de l'ivresse régulière et du *binge drinking* régulier. À 15-16 ans, les jeunes Polynésiens semblent finalement consommer moins fréquemment de l'alcool qu'en métropole, mais de manière plus excessive et avec peu de distinction entre les sexes. Notons qu'un tel résultat s'observe également sur l'île de la Réunion [4-5].

COMPARAISON DES INDICATEURS D'ALCOOLISATION AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 17 ANS (ENQUÊTE ESCAPAD 2008)

L'enquête Escapad 2008 permet pour sa part, sur les jeunes âgés de 17 ans, de confirmer les tendances observées à 15-16 ans [tableau IV]. La Polynésie française présente un profil relativement proche de la moyenne métropolitaine, ce qui la place dans une position particulière au sein des Dom-Com, avec des niveaux d'usage particulièrement élevés, plus proches de ceux de la Nouvelle-Calédonie que de ceux des Dom [5]. Les niveaux des usages à risque s'avèrent par ailleurs supérieurs à ceux observés en métropole.

COMPARAISON DES INDICATEURS D'ALCOOLISATION AVEC LA NOUVELLE-CALÉDONIE À 17 ANS (ENQUÊTE ESCAPAD 2008)

Les niveaux d'alcoolisation régulière apparaissent légèrement supérieurs à ceux observés en Nouvelle-Calédonie, que ce soit chez les garçons (12 % vs 10 %) ou chez les filles (9 % vs 5 %).

PERCEPTION DE L'ALCOOL

Tous critères confondus, l'alcool est considéré comme une drogue par 49,0 % des

TABLEAU III

Comparaison des indicateurs d'alcoolisation avec la France métropolitaine à 15-16 ans, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	***	ns	***
Polynésie 2009	82	86	84
France métropolitaine 2007	89	88	88
Usage au cours de l'année	***	**	***
Polynésie 2009	65	75	70
France métropolitaine 2007	82	81	81
Usage récent	***	***	***
Polynésie 2009	45	52	48
France métropolitaine 2007	66	62	64
Usage régulier	***	ns	***
Polynésie 2009	6	8	7
France métropolitaine 2007	18	9	13
Ivresse au cours de la vie	ns	***	***
Polynésie 2009	49	57	53
France métropolitaine 2007	47	45	46
Ivresse au cours de l'année	ns	ns	ns
Polynésie 2009	34	37	35
France métropolitaine 2007	37	35	36
Ivresse régulière	ns	ns	ns
Polynésie 2009	5,4	2,9	4,3
France métropolitaine 2007	4,2	2,7	3,5
Binge drinking	ns	***	***
Polynésie 2009	45	47	46
France métropolitaine 2007	44	34	39
Binge drinking régulier (plus de dix fois par mois)	**	***	***
Polynésie 2009	7,4	4,8	6,2
France métropolitaine 2007	4,5	1,2	2,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

TABLEAU IV

Comparaison des indicateurs d'alcoolisation avec la France métropolitaine à 17 ans, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	*	*	**
Polynésie 2009	90,2	88,4	89,3
France métropolitaine 2008	93,5	91,7	92,6
Usage récent	***	***	***
Polynésie 2009	63,5	55,9	59,5
France métropolitaine 2008	80,5	74,2	77,4
Usage régulier	ns	***	ns
Polynésie 2009	11,6	9,5	10,5
France métropolitaine 2008	13,6	4,0	8,9

TABLEAU IV SUITE

	Garçons	Filles	Ensemble
Ivresse au cours de la vie	*	*	**
Polynésie 2009	71,3	60,7	65,7
France métropolitaine 2008	65,1	54,3	59,8
Ivresse au cours de l'année	ns	ns	ns
Polynésie 2009	55,3	44,3	49,6
France métropolitaine 2008	56,6	44,1	50,5
Ivresse régulière	ns	ns	ns
Polynésie 2009	10,3	4,1	7,0
France métropolitaine 2008	12,4	4,6	8,6
Binge drinking	ns	**	*
Polynésie 2009	58,6	48,5	53,3
France métropolitaine 2008	57,1	39,9	48,7
Binge drinking régulier (plus de dix fois par mois)	***	***	***
Polynésie 2009	8,3	4,9	6,5
France métropolitaine 2008	3,8	0,9	2,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

jeunes Polynésiens, tandis que 22,2 % pensent que l'alcool n'est pas une drogue et que 28,8 % ne savent pas. Ces résultats sont assez similaires à ceux observés en 1999 (47,5 % « oui », 27,5 % « non » et 25 % « ne sait pas »). Comme en 1999 (33 % vs 21 %), les garçons sont plus nombreux que les filles à penser que l'alcool n'est pas une drogue en 2009 (26,1 % vs 18,3 %).

USAGE DES PAIRS

La consommation d'alcool dans l'entourage des jeunes Polynésiens est rapportée de manière à peu près identique par les garçons et les filles **[figure 5]**. La consommation d'alcool apparaît généralisée dans la mesure où, à partir de 17 ans, moins de 4 % des jeunes interrogés déclarent ne connaître aucun consommateur parmi leurs amis.

ALCOOL AU SEIN DE L'ENTOURAGE

Tous critères confondus, les deux tiers des jeunes interrogés déclarent qu'au moins une des personnes avec lesquelles ils vivent boit au moins une fois par semaine

des boissons alcoolisées (17 % déclarent que plus de la moitié de leur entourage boit). Le fait que l'entourage boive régulièrement semble favoriser la consommation des jeunes. Ils sont 2,9 % à déclarer consommer de l'alcool régulièrement quand personne ne boit dans leur entourage, 7,0 % lorsque quelques personnes de leur entourage boivent et 15,1 % lorsque plus de la moitié de leur entourage boit **[figure 6]**.

Les résultats ressortent de façon similaire en ce qui concerne l'ivresse au sein de la famille.

Notons toutefois que ce lien entre consommation de l'entourage et consommation personnelle pourrait en partie s'expliquer par un effet de l'âge. En effet, la perception de la consommation d'alcool au sein de la famille apparaît nettement liée à l'âge : l'entourage des 15-16 ans et plus (en particulier parmi les filles) est plus souvent composé de buveurs que celui des plus jeunes élèves, d'après les déclarations des enquêtés. Ceci pourrait traduire la plus rare participation des plus jeunes à la consommation familiale **[figure 7]**.

FIGURE 5

Consommation d'alcool parmi les amis, déclarée par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge

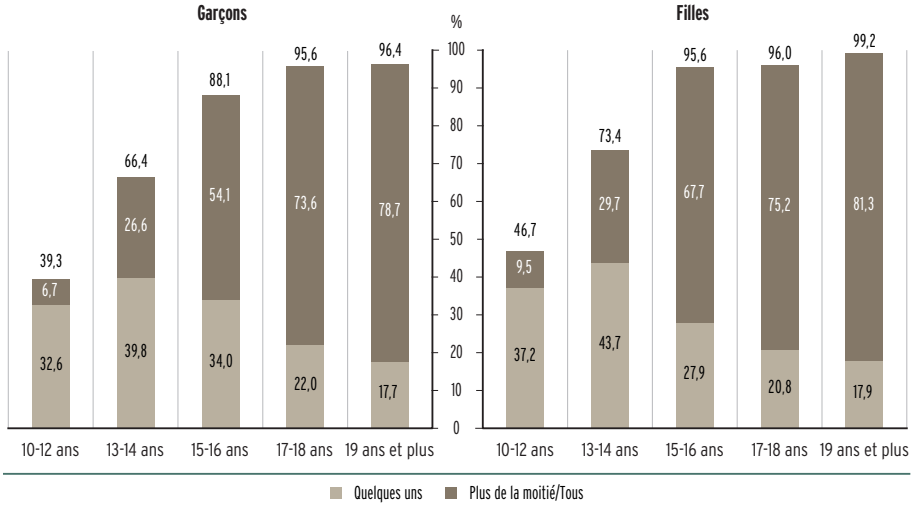


FIGURE 6

Consommation d'alcool des jeunes Polynésiens, selon la proportion de consommateurs d'alcool au sein de la famille

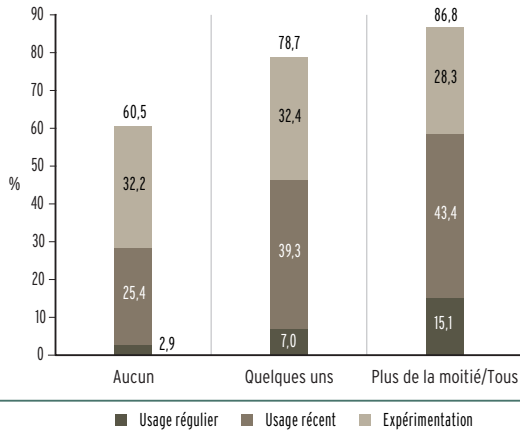
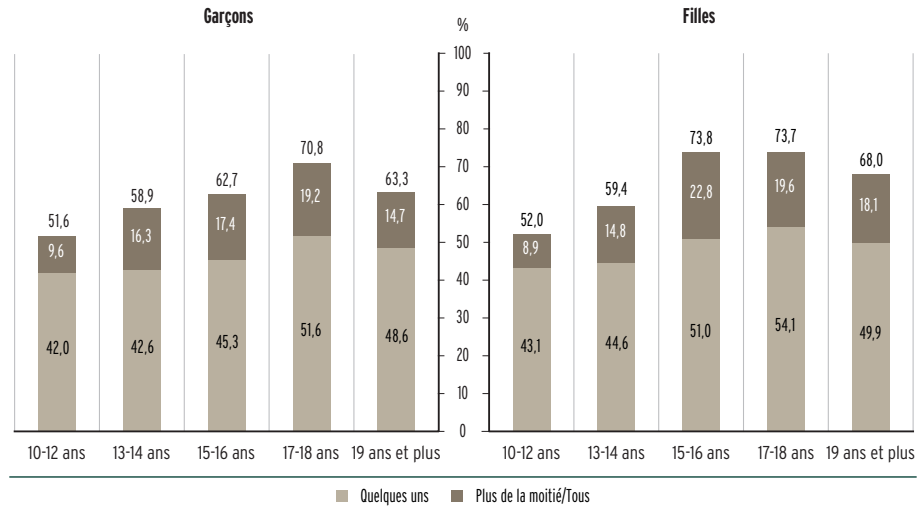


FIGURE 7

Consommation d'alcool parmi l'entourage, déclarée par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge



ÂGE AU PREMIER VERRE

L'âge au premier verre semble avoir fortement diminué depuis 1999, puisque si 12,5 % des buveurs avaient commencé avant dix ans en 1999 ils sont désormais près d'un tiers [figure 8]. Ce résultat est cependant à prendre avec précaution car, en 2009, l'âge de première consommation a été demandé pour sept types d'alcool, ce qui a pu aider les élèves à se remémorer certains événements qui peuvent être occultés lorsque la question porte sur l'alcool en général, comme c'était le cas en 1999.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONSOMMATIONS D'ALCOOL

Des régressions logistiques ont été menées pour essayer de mesurer les facteurs associés aux consommations excessives d'alcool. Compte tenu des faibles effectifs de buveurs parmi les plus jeunes, seul l'usage récent d'alcool a été étudié pour les

10-12 ans. Nous avons aussi étudié, pour les plus de 12 ans, deux types de comportement : l'usage régulier d'alcool et la consommation ponctuelle importante régulière ou « *binge drinking* régulier ».

Parmi les 10-12 ans, l'usage récent d'alcool apparaît réparti de façon assez homogène sur l'ensemble de la population scolarisée. Seul le fait de présenter des signes de dépression se révèle corrélé avec l'usage récent d'alcool ($OR = 2,1$; $p < 0,05$), l'environnement familial et scolaire ne jouant pas de façon significative sur l'alcoolisation des plus jeunes [tableau V]. Notons par ailleurs que l'association entre sexe et usage d'alcool au cours du mois n'est pas significative non plus, tout comme cela était le cas en analyse bivariée. Il est probable que l'indicateur d'usage récent (boire au moins une fois au cours des trente derniers jours) recouvre des situations hétérogènes pour qu'aucun profil particulier ne se dégage si ce n'est le lien avec la dépression.

FIGURE 8

Âge au premier verre des jeunes Polynésiens

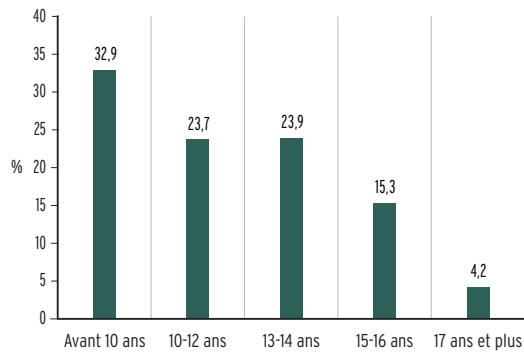


TABLEAU V

Facteurs associés à l'usage récent d'alcool parmi les 10-12 ans

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe				
Garçons	252	14,0	1,3	0,8 ; 2,2
Filles (réf.)	273	11,3	1	
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	277	14,1	1	
Îles du Vent zone rurale	111	12,0	0,8	0,4 ; 1,6
Îles Sous-le-Vent	89	10,8	0,7	0,3 ; 1,6
Archipels éloignés	48	6,3	0,4	0,1 ; 1,3
Situation des parents				
Ensemble (réf.)	410	13,1	1	
Séparés	89	10,3	0,7	0,3 ; 1,6
Un parent inconnu/décédé	26	12,0	1,2	0,3 ; 4,2
Intensité dépressive				
Pas de dépression (réf.)	438	11,1	1	
Dépression modérée ou patente	87	20,4	2,1*	1,1 ; 4,0
Moyenne scolaire				
14-20 (réf.)	252	12,3	1	
< 14	273	12,9	0,9	0,5 ; 1,6
Redoublement				
Jamais (réf.)	487	12,7	1	
Au moins une fois	38	11,2	0,9	0,3 ; 2,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Parmi les 13-14 ans, l'usage régulier d'alcool n'apparaît significativement corrélé qu'avec deux facteurs dans la modélisation : d'une part la dépression (ORa = 2,5 ;

p<0,05), d'autre part la moyenne scolaire (ORa = 4,0 pour une moyenne inférieure à 10 ; p<0,05) [tableau VII]. À partir de 15-16 ans, le lien avec l'intensité dépressive

TABLEAU VI

Facteurs associés à l'usage régulier d'alcool, selon l'âge

	13-14 ans				15-18 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe								
Garçons	462	3,4	0,7	0,4 ; 1,5	962	9,9	1,1	0,8 ; 1,6
Filles (réf.)	419	4,4	1		946	8,7	1	
Âge								
15-16 ans (réf.)					1084	6,9	1	
17-18 ans					824	12,4	1,6**	1,1 ; 2,3
Filière								
*								
Générale (réf.)					1196	7,8	1	
MFR, CMA, CJA					266	13,0	2,1**	1,3 ; 3,5
Professionnelle					446	11,4	1,1	0,7 ; 1,6
Strate géographique								

Îles du Vent zone urbaine (réf.)								
Îles du Vent zone rurale	471	3,9	1		976	10,7	1	
Îles Sous-le-Vent	194	3,5	1,1	0,4 ; 2,7	484	9,8	0,8	0,5 ; 1,2
Archipels éloignés	92	4,2	1,0	0,3 ; 3,2	219	4,6	0,4**	0,2 ; 0,8
Archipels éloignés	124	4,0	1,3	0,4 ; 3,6	229	4,6	0,4**	0,2 ; 0,7
Situation des parents								
Ensemble (réf.)					1 291	8,3	1	
Séparés	658	3,3	1		429	11,4	1,3	0,9 ; 1,9
Un parent inconnu/décédé	157	6,2	1,7	0,7 ; 3,9	188	11,1	1,1	0,7 ; 1,9
Intensité dépressive								
**								
Pas de dépression (réf.)					1 332	7,8	1	
Dépression modérée	637	2,4	1		451	11,6	1,4	1,0 ; 2,0
Dépression patente	244	8,0	2,5*	1,2 ; 5,3	125	16,8	2,1**	1,2 ; 3,6
Absentéisme								

Aucun (réf.)					1 193	6,9	1	
Un jour	700	3,0	1		334	10,5	1,5	1,0 ; 2,3
Deux jours ou plus	87	2,7	0,6	0,1 ; 2,5	381	15,9	2,1***	1,4 ; 3,0
Moyenne scolaire								
*								
14-20 (réf.)					310	6,2	1	
Entre 10 et 14	256	2,0	1		1 115	9,4	1,7	1,0 ; 2,9
Moins de 10	500	3,2	1,4	0,5 ; 4,0	483	10,8	1,5	0,8 ; 2,8
Redoublement								
**								
Jamais (réf.)					943	7,6	1	
Au moins une fois	576	3,6	1		965	11,1	1,2	0,9 ; 1,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

est conservé, mais apparaissent de manière significative l'absentéisme (ORa = 2,1 pour un absentéisme supérieur à deux jours ; p<0,001), le fait d'habiter dans les zones urbaines des Îles du Vent, ainsi que la filière suivie. En effet, la consommation régulière d'alcool semble nettement plus fréquente

dans les filières d'enseignement spécialisé (ORa = 2,1 ; p<0,01). Notons enfin, que pour les seuls 17-18 ans, l'usage régulier d'alcool est lié au redoublement (ORa = 2,0 ; p<0,01 ; résultats issus d'un autre modèle réalisé sur les mêmes variables mais uniquement parmi les 17-18 ans, non présenté).

Compte tenu des effectifs, nous n'avons pas modélisé le *binge drinking* régulier pour les 10-14 ans. Parmi les 15-18 ans, à la différence de l'usage régulier d'alcool, la pratique régulière d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante se révèle peu corrélée aux variables familiales et scolaires (en tout cas pas de manière signi-

ficative), si ce n'est à un absentéisme d'au moins deux jours au cours du mois précédant l'enquête [tableau VII]. En revanche, elle est toujours liée à l'intensité dépressive, même modérée (au sens de l'ADRS). Contrairement à ce qui se passe dans le cas de l'usage régulier d'alcool, les garçons présentent une fréquence de *binge drinking*

TABLEAU VII

Facteurs associés au *binge drinking* régulier parmi les 15-18 ans

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe				
		**		
Garçons	962	8,7	1,7**	1,2 ; 2,5
Filles (réf.)	946	5,6	1	
Âge				
		*		
15-16 ans (réf.)	1 084	6,0	1	
17-18 ans	824	8,7	1,3	0,9 ; 2,0
Filière				
		*		
Générale (réf.)	1 196	5,8	1	
MFR, CMA, CJA	266	10,0	1,6	0,9 ; 2,8
Professionnelle	446	9,3	1,3	0,8 ; 2,0
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	976	7,7	1	
Îles du Vent zone rurale	484	7,9	1,0	0,6 ; 1,5
Îles Sous-le-Vent	219	3,9	0,6	0,3 ; 1,2
Archipels éloignés	229	5,6	0,7	0,3 ; 1,3
Situation des parents				
		*		
Ensemble (réf.)	1 291	6,1	1	
Séparés	429	8,7	1,5	1,0 ; 2,2
Un parent inconnu/décédé	188	11,0	1,6	1,0 ; 2,8
Intensité dépressive				
		*		
Pas de dépression (réf.)	1 332	6,0	1	
Dépression modérée	451	9,5	1,7*	1,1 ; 2,5
Dépression patente	125	11,3	1,9*	1,0 ; 3,6
Absentéisme				
		**		
Aucun (réf.)	1 193	5,7	1	
Un jour	334	8,2	1,4	0,8 ; 2,2
Deux jours ou plus	381	11,0	1,6*	1,1 ; 2,5
Moyenne scolaire				
14-20 (réf.)	310	5,7	1	
10-14	1 115	7,4	1,3	0,7 ; 2,3
Moins de 10	483	7,4	1,1	0,6 ; 2,1
Redoublement				
Jamais (réf.)	943	6,4	1	
Au moins une fois	965	8,0	1,1	0,7 ; 1,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

nettement supérieure à celle des filles (ORa = 1,7; $p < 0,01$).

DÉTAIL PAR TYPE D'ALCOOL

Le détail des consommations au cours des trente derniers jours par type d'alcool met en évidence de fortes différences selon les produits et parfois selon le sexe [tableau VIII]. Les alcools les plus consommés sont les alcools forts, la bière et les punches/cocktails, chacun de ces produits ayant été consommé par presque quatre adolescents sur dix au cours du mois. Toutefois, les punches/cocktails apparaissent particulièrement consommés par les filles (41,2 % vs 33,1 % pour les garçons). Inversement, le vin, consommé par 20,6 % des jeunes Polynésiens, apparaît

plus masculin (23,0 % vs 18,2 % pour les filles). On peut également noter qu'à l'instar de ce qui est observé en France, les prémix (boissons alcoolisées et très sucrées mélangeant soda et alcool fort) occupent une place importante dans le paysage, concernant environ un quart des jeunes, en particulier les filles.

Des tendances similaires s'observent pour la consommation régulière (plus de dix consommations au cours des trente derniers jours) : 7,1 % des jeunes ont un usage régulier d'alcools forts, 5,4 % de bière et 5,3 % de punch ou cocktails.

Que ce soit parmi les garçons ou parmi les filles, le niveau d'usage de boissons alcoolisées apparaît diversement lié à l'âge selon les boissons [figure 9]. Si une boisson comme le cidre s'avère autant consommée

TABLEAU VIII

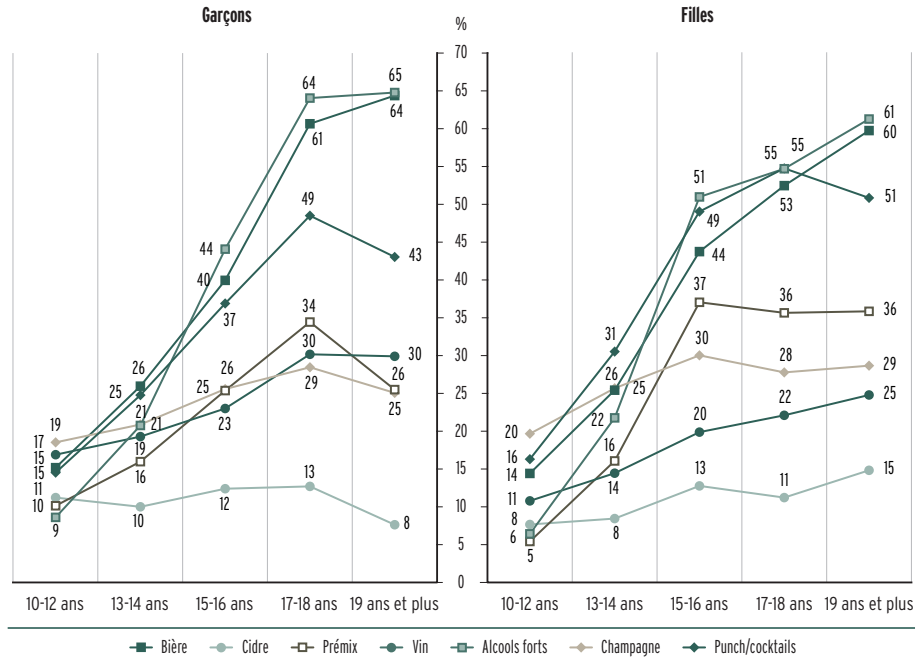
Consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens par type d'alcool, selon le sexe

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	Ensemble %
Bière				
Usage récent	38,5	38,7	1,0	38,6
Usage régulier	6,1	4,7	1,3*	5,4
Cidre				
Usage récent	11,3	10,8	1,0	11,0
Usage régulier	1,8	0,9	2,0*	1,3
Prémix				
Usage récent	22,4	26,8	0,8**	24,6
Usage régulier	2,7	3,3	0,8	3,1
Vin				
Usage récent	23,0	18,2	1,3***	20,6
Usage régulier	1,6	0,8	2,0	1,3
Alcools forts				
Usage récent	38,2	39,2	1,0	38,7
Usage régulier	6,9	7,5	0,9	7,1
Champagne				
Usage récent	23,8	26,8	0,9*	25,3
Usage régulier	1,9	1,6	1,2	1,8
Punch/Cocktails				
Usage récent	33,1	41,2	0,8***	37,2
Usage régulier	4,5	6,0	0,8*	5,3

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

FIGURE 9

Consommation d'alcool au cours des trente derniers jours par type d'alcool, selon le sexe et l'âge



par les plus jeunes que par leur aînés (ceci étant surtout vrai parmi les garçons), des produits comme le champagne, le vin ou les prémix sont de plus en plus consommés au fil de l'adolescence, sans que cet effet âge soit forcément très fort. En revanche, l'effet âge apparaît particulièrement prégnant sur les produits les plus consommés, à savoir les bières, alcools forts et punches ou cocktails, et ce chez les garçons comme chez les filles.

DISCUSSION

Les précédentes études menées sur le territoire avaient permis de montrer que l'alcoolisation n'est pas un sujet tabou en Polynésie française [1]. L'analyse sémantique de la perception de la consommation d'alcool par la population polynésienne avait

pu par exemple illustrer le rapport qu'elle entretient à son égard. En effet, en population adulte, une consommation inférieure à trois litres de bière est couramment assimilée à une absence de consommation (« ne pas boire ») et une consommation de vingt à trente verres standard en une même occasion à une consommation « normale », tandis que l'abus est situé au-delà d'un seuil correspondant grossièrement à une caisse de bières (vingt bouteilles de cinquante centilitres ou vingt-quatre canettes de trente-trois). Face à de telles représentations, les interventions centrées sur l'environnement social des jeunes ont déjà fait la preuve de leur efficacité [6]. Par ailleurs, le repérage précoce des usages à risque d'alcool dans le cadre d'interventions brèves reposant sur des outils standardisés permet d'objectiver

l'alcoolisation et de normaliser les interrogations cliniques et les descriptions de cas qui s'ensuivent [7-8]. La mise en place de telles interventions constitue une piste intéressante pour limiter les usages les plus excessifs à l'adolescence [9].

L'occasion privilégiée de consommation d'alcool est la fête [1], mais pas les repas, à l'inverse de ce qui peut être observé en France métropolitaine [10]. Toutefois, il convient de noter que derrière le terme « fête » se cache un grand nombre de situations assez hétérogènes comme les fêtes traditionnelles mais aussi, par exemple, les situations permettant de légitimer la prise d'alcool, comme par exemple une rencontre fortuite entre amis. L'association parfois systématique de l'alcool avec certains événements constitue de nombreuses opportunités de boire, face auxquelles il peut être difficile de proposer des alternatives.

Concernant l'alcoolisation des filles, elle apparaît particulièrement élevée, similaire à celle des garçons pour la plupart des indicateurs observés. Cela rejoint le résultat obtenu lors de l'enquête Escapad menée en 2005 en métropole et dans les Dom-Com : les *sex ratio* sur les différents indicateurs d'alcoolisation apparaissent plutôt moins marqués qu'en métropole [5].

Nos résultats font aussi écho aux observations des acteurs de terrain qui évoquent unanimement un rajeunissement des conduites d'alcoolisation ces dernières années. Or on sait qu'une initiation précoce à l'alcool et une consommation excessive à l'adolescence sont des facteurs de risque majeurs d'usages problématiques ultérieurs qui ont été abondamment décrits par les épidémiologistes [11-21].

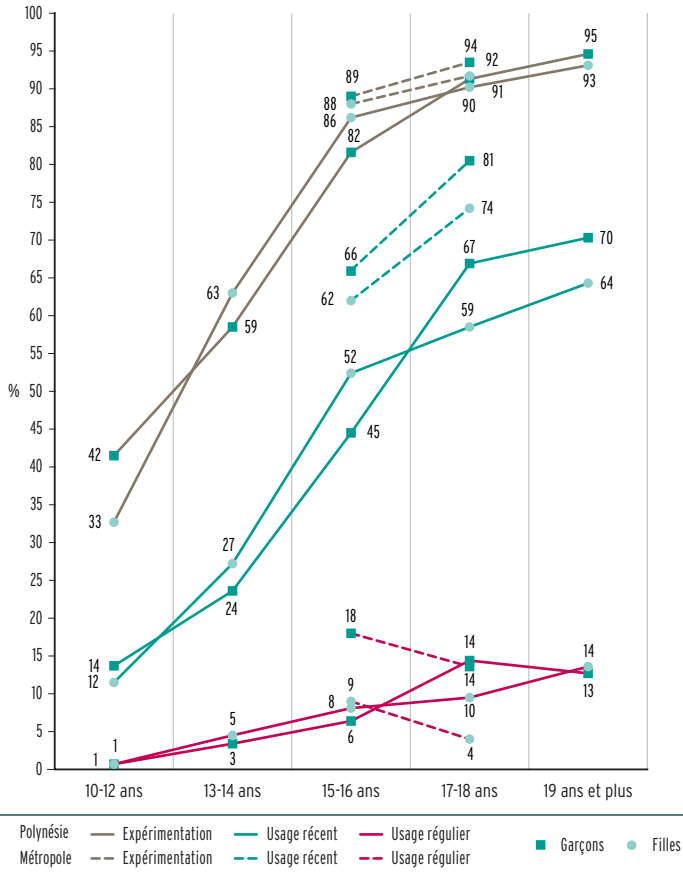
Au vu des niveaux élevés d'alcoolisation observés, en particulier parmi les filles, il apparaît primordial d'adapter d'éventuels messages sanitaires à ces représentations singulières de l'alcoolisation. Les représentations de l'alcool sont telles que les

leviers disponibles pour améliorer la situation de l'alcoolisation en Polynésie française sont rares. Face à ce phénomène qui est à la fois ancré dans les habitudes locales et utilisé parfois dès l'adolescence comme une béquille pour affronter un quotidien au sein duquel le manque de perspectives entraîne un certain mal-être, la religion et la famille se dégagent comme des valeurs sur lesquelles un discours de limitation de la consommation alcoolique peut s'appuyer [1].

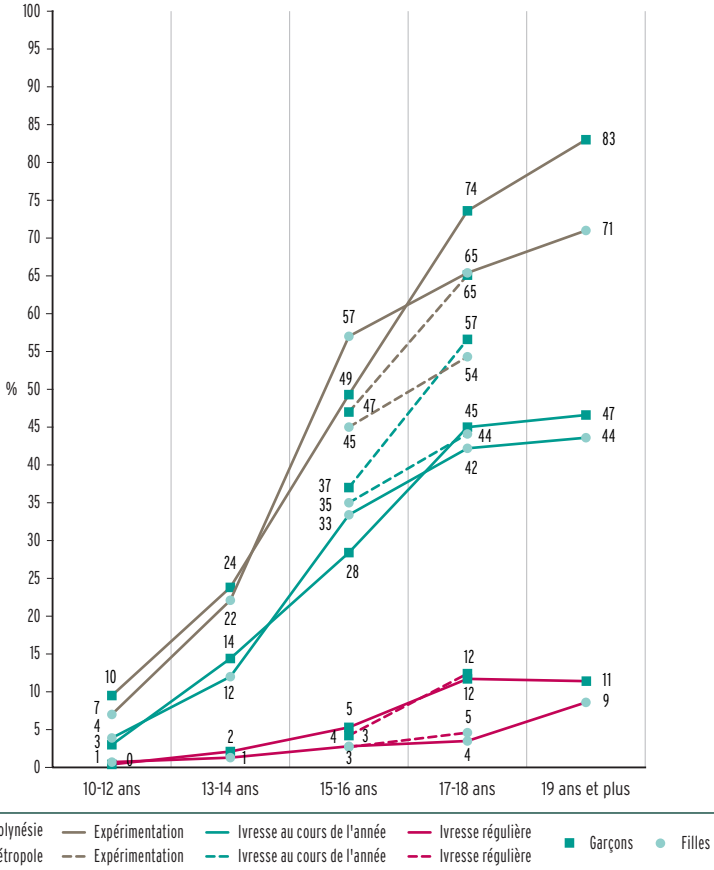
Face aux publicités des producteurs locaux de bière qui associent à leur produit une esthétique corporelle (belle Vahiné) et mettent en regard de la boisson l'idée de performance sportive (sponsoring de compétition de va'a), des messages rappelant que de telles évocations sont des leurres seraient probablement efficaces, ne serait-ce que du point de vue de l'information du jeune public. De même, une réglementation de la publicité sur l'alcool sur tous les supports permettrait certainement de corriger ces représentations erronées qui favorisent la consommation des adolescents.

Un certain nombre d'actions figurent dans le programme polynésien 2009-2013 de lutte contre l'alcool et la toxicomanie [22]. Elles concernent en particulier le renforcement du rôle éducatif des parents dans la prévention de l'alcoolisme, l'amélioration du repérage précoce des usages à risque d'alcool et l'accompagnement des jeunes consommateurs dans des consultations spécifiques, une responsabilisation des distributeurs et des établissements en matière d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, mais aussi une interdiction de la publicité directe pour des boissons alcoolisées dans les médias et lors des manifestations artistiques, culturelles et sportives. Le renouvellement de l'enquête Ecaap permettra d'obtenir des éléments d'évaluation de celles de ces actions qui auront pu être mises en œuvre sur la période.

Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole




Indicateurs d'ivresses chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Brugiroux M. F., Cerf N., Beck F. L'alcoolisme en Polynésie française. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, numéro spécial *Polynésie française*, 2009, n° 48-49-50 : p. 520-522. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/48_49_50/beh_48_48_50_2009.pdf
- [2] Herring R., Berridge V., Thom B. Binge Drinking: an Exploration of a Confused Concept. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, n° 62 : p.476-479.
- [3] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., et al. *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 : 406 p. En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- [4] Gaud C., Leveueur M., Nguyen A.-D., Ricquebourg M. Pratiques addictives à la Réunion : priorité à la prévention de l'alcool. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2009, n° 404, p. 35-38.
- [5] Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005 : données INPES/OFDT*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2008 : 264 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1135.pdf>
- [6] Bauman A., Phongsavan P. Epidemiology of Substance Use in Adolescence: Prevalence, Trends and Policy Implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, vol. 55, n° 3 : p. 187-207.
- [7] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien. Médecine générale*, 2003, vol. 17, n° 604 : p. 281-289.
- [8] Daepfen J.-B. dir. Interventions brèves en alcoologie. *Alcoologie et addictologie*, 2004, n° 26 (3 suppl.) : p. 35-40S.
- [9] Beck F., Legleye S. Le repérage précoce des usages problématiques de drogues. In : Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E. *Toxicomanies* (2^e éd.). Paris : Masson, coll. Abrégés de médecine, 2005 : p. 78-85.
- [10] Beck F., Léon C., Guilleumont J. Consommations de boissons alcoolisées. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 163-182. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/barometre-sante-nutrition-2008/pdf/consommations-de-boissons.pdf>
- [11] Windle M. An Alcohol Involvement Typology for Adolescents: Convergent Validity and Longitudinal Stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 1996, vol. 57, n° 6 : p. 627-637. En ligne : http://www.jsad.com/jsad/article/An_Alcohol_Involvement_Typology_for_Adolescents_Convergent_Validity_and_10/369.html
- [12] Grant B. F., Dawson D. A. Age at Onset of Alcohol Use and Its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results From the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 1997, n° 9 : p. 103-110.
- [13] Hawkins J. D., Graham J. W., Maguin E., Abbott R., Hill K. G., Catalano R. F. Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychosocial Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, vol. 58, n° 3 : p. 280-290. En ligne : http://www.jsad.com/jsad/article/Exploring_the_Effects_of_Age_of_Alcohol_Use_Initiation_and_Psychosocial_Ris/418.html
- [14] Kraus L., Bloomfield K., Augustin R., Reese A. Prevalence of Alcohol Use and the Association Between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample in Germany. *Addiction*, 2000, vol. 95, n° 9 : p. 1389-1401.
- [15] DeWit D. J., Adlaf E. M., Offord D. R., Ogborne A. C. Age at First Alcohol Use: a Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2000, n° 157 : p. 745-750. En ligne : <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/5/745>
- [16] Grant B. F., Stinson F. S., Harford T. C. Age at Onset of Alcohol Use and DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: a 12-year Follow-Up. *Journal of Substance Abuse*, 2001, vol. 13, n° 4 : p. 493-504.
- [17] Hingson R., Heeren T., Winter M. R., Wechsler H. Early Age of First Drunkenness as a Factor in College Students' Unplanned and Unprotected Sex Attributable to Drinking. *Pediatrics*, 2003, vol. 111, n° 1 : p. 34-41. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/111/1/34>
- [18] Warner L. A., White H. R. Longitudinal Effects of Age at Onset and First Drinking Situations on Problem Drinking. *Substance Use and Misuse*, 2003, vol. 38, n° 14 : p. 1983-2016.
- [19] Stueve A., O'Donnell L. N. Early Alcohol Initiation and Subsequent Sexual and Alcohol Risk Behaviors Among Urban Youths. *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95, n° 5 : p. 887-889. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/5/887>
- [20] Hingson R., Heeren T., Winter M. R. Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence. Age at Onset, Duration, and Severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, vol. 160, n° 7 : p. 739-746. En ligne : <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/160/7/739>
- [21] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/science*, décembre 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168. En ligne : http://www.edk.fr/reserve/print/e-docs/00/00/0B/B6/document_article.md

- [22]** Ministère de la Santé et de la Prévention, en charge de la politique de la ville et de la médecine traditionnelle (direction de la Santé). Programme polynésien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie : 2009-2013, Papeete : direction de la Santé, 2009 : 26 p.
- 

Consommation de paka (cannabis)

FRANÇOIS BECK
 JEAN-BAPTISTE RICHARD
 ROMAIN GUIGNARD
 STÉPHANE LEGLEYE
 MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX

NIVEAUX DE CONSOMMATION

Le pakalolo, ou paka, appellation locale du cannabis et de ses dérivés, est de loin la première substance illicite consommée par les adolescents en Polynésie française. La législation en vigueur en ce qui concerne la lutte contre les stupéfiants en Polynésie est strictement la même que celle appliquée

en métropole. Toutes classes d'âge confondues, 29,3 % des élèves déclarent en avoir déjà fumé [tableau I]. Ils sont 20,4 % à en avoir consommé dans l'année et 13,1 % au cours du mois précédant l'enquête. Au total, 3,9 % des jeunes interrogés sont des usagers réguliers de paka, c'est-à-dire qu'ils déclarent en avoir fumé au moins dix fois au cours du dernier mois.

TABLEAU I

Indicateurs de consommation de paka, selon le sexe

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	Ensemble %
Absence de consommation	67,3	74,1	0,9***	70,7
Expérimentation	32,7	25,9	1,3***	29,3
Usage actuel	22,5	18,4	1,2**	20,4
Usage récent	15,9	10,3	1,5***	13,1
Usage régulier	5,7	2,1	2,7***	3,9

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

USAGES SELON LE SEXE ET L'ÂGE

À l'instar de ce qui est observé dans les autres pays du monde, l'expérimentation de cannabis est plus commune avec l'âge, passant de 4,4 % chez les 10-12 ans à 55,9 % chez les 19 ans et plus [figure 1]. Si la consommation de paka au cours de l'année et au cours des trente derniers jours atteint un maximum à 17-18 ans, avec une tendance à diminuer légèrement par la suite, il faut observer cette inflexion avec une grande prudence dans la mesure où les jeunes scolarisés dans le secondaire après 18 ans ne sont plus du tout représentatifs de leur génération. Chez les garçons, l'usage régulier de paka augmente très fortement entre 15-16 ans et 17-18 ans, passant de 5,0 % à 13,9 % [figure 2].

Les garçons déclarent toujours consommer plus souvent que les filles, mais la différence entre les sexes est variable suivant la fréquence de consommation et l'âge considérés [tableau II]. Les usages apparaissent masculins parmi les 10-12 ans, soulignant le caractère plus précoce de l'expérimentation et des usages parmi les garçons, mais deviennent plus unisexes vers 15-16 ans, pour redevenir légèrement plus masculins au sein des générations plus âgées. Cela pourrait être le signe d'un effet génération probablement assez fort : les filles seraient devenues depuis quelques années de plus en plus consommatrices relativement aux garçons, lors de l'entrée au lycée notamment. Si cela va dans le sens de ce qui est observé dans la plupart des pays [6], ce rapprochement entre garçons et filles

INDICATEURS UTILISÉS POUR LE PAKA

Les indicateurs utilisés pour le paka sont les suivants :

- expérimentation : consommation au moins une fois au cours de la vie ;
- usage actuel : au moins une fois au cours de l'année (il inclut les usages occasionnels, récents et réguliers) ;
- usage récent : au moins une fois au cours des trente derniers jours ;
- usage régulier : au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Dans certains graphiques, il a toutefois été recouru à des classements exclusifs : expérimentateurs non usagers actuels, usagers actuels non-usagers récents, etc. C'est notamment le cas dans les graphiques qui ouvrent ce chapitre.

Ces seuils, classiquement utilisés dans les enquêtes françaises Espad, Escapad et Baromètre santé, nous permettent de comparer les résultats avec ceux de la France métropolitaine.

Pour étudier plus précisément la consommation de paka, nous avons utilisé une seconde typologie de consommateurs, issus de l'échelle CAST, test de repérage de l'usage problématique de cannabis développé

en 2002 par l'OFDT [1]. L'objectif de ce test n'est pas d'offrir un diagnostic mais de repérer les individus cumulant certains signes de risque. Ce test a fait l'objet d'une validation épidémiologique auprès d'un public scolaire [2]. Il a donné des résultats satisfaisants au regard de différents standards évaluant la dépendance et l'abus de cannabis [3-5]. Pour le calcul du score global au test, les réponses aux six questions de l'échelle (voir questionnaire en annexe) ont été binarisées en distinguant les événements qui sont déclarés au moins une fois (c'est-à-dire dont les modalités sont « rarement » ou supérieures à « rarement »). Cependant, pour les deux premières questions (fréquences de consommation matinale ou solitaire), qui décrivent le mode d'usage plus que de véritables troubles, seules les réponses supérieures à « de temps en temps » ont été retenues. Le score calculé varie entre 0 et 6 et permet de regrouper les consommateurs dans une des trois classes suivantes :

- expérimentateur, usager récréatif ;
- usager « à risque » (score supérieur ou égal à 2) ;
- usager « à problème » (score supérieur ou égal à 4).

FIGURE 1

Indicateurs de consommation de paka, selon l'âge

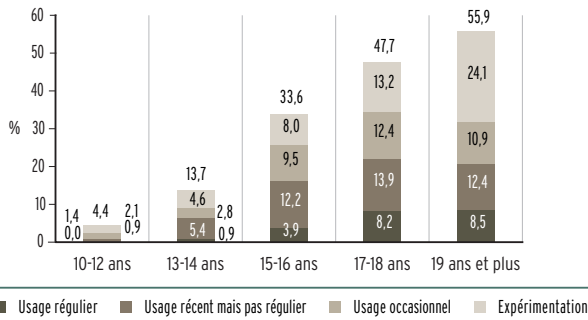


FIGURE 2

Indicateurs de consommation de paka, selon le sexe et l'âge

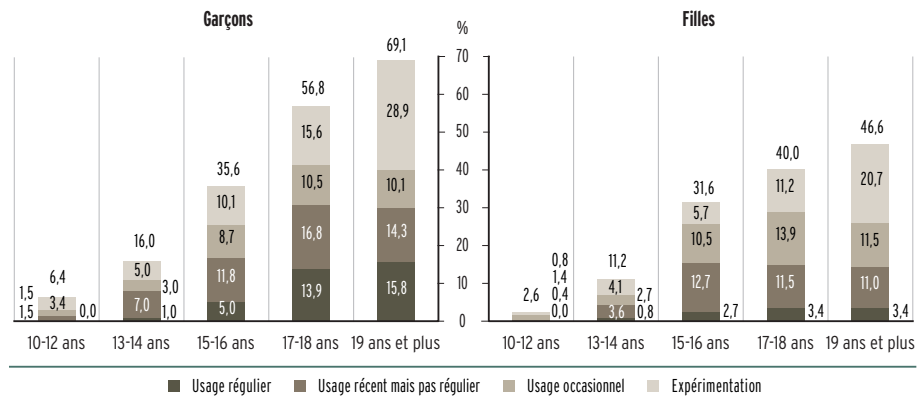


TABLEAU II

Évolution des sex ratio, selon l'âge et le type de consommation

	Expérimentation	Usage actuel	Usage récent	Usage régulier
10-12 ans	2,6*	1,7	4,2	–
13-14 ans	1,4*	1,6*	1,8*	1,2
15-16 ans	1,1	1,0	1,1	1,9*
17-18 ans	1,4***	1,4***	2,1***	4,0***
19 ans et plus	1,5***	1,5**	2,1***	4,6***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

N.B. : Les indicateurs sont ici emboîtés.

apparaît assez fort en Polynésie française. De la même manière, bien que l'usage régulier concerne particulièrement les garçons, on observe une tendance nette à une masculinisation progressive avec l'avancée en âge. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que les mesures effectuées parmi les plus jeunes ne concernent que peu d'individus et sont par conséquent entachées d'une certaine incertitude statistique.

Parallèlement aux différences observées en termes de fréquence d'usage, la consommation dite « à risque » de paka¹, au sens du CAST, concerne plus d'un adolescent sur 10 (11,0 %), alors que 3,5 % des jeunes déclarent un usage de paka considéré comme « problématique ». Il apparaît que la consommation « à risque » de paka est plus fréquente chez les garçons (13,0 %) que chez les filles (9,0 %), de même que la consommation « problématique » (4,4 % chez les garçons polynésiens et 2,6 % chez les filles). Cet écart de consommation entre garçons et filles apparaît toutefois plutôt moins fort qu'en France métropolitaine et que dans la plupart des pays européens [7]. Parmi les 15-16 ans, la part d'usagers « à problème » apparaît plus élevée chez les adolescents polynésiens qu'en Europe : 3,6 % contre 2 % sur le vieux continent, selon les résultats du rapport européen Espad 2007. Enfin, la consommation à risque apparaît plus fréquente avec l'avancée en âge, puisqu'elle concerne 4,1 % des 13-14 ans contre 20,8 % des 19 ans et plus.

ÉVOLUTIONS PAR RAPPORT À 1999

Même si l'usage de drogues recueilli en 1999 ne distinguait pas le paka des autres drogues illicites, il est tout de même possible d'évoquer une nette tendance à la hausse dans la mesure où la proportion de

consommateurs est passée de 24 % toutes substances confondues en 1999 à 29 % pour le paka en 2009 [tableau III]. Parmi les garçons, l'expérimentation est passée de 30 % à 33 % et parmi les filles, de 18 % à 26 %. L'usage actuel a suivi une tendance similaire [tableau IV].

COMPARAISON AVEC LA FRANCE À 15-16 ANS ET À 17 ANS

À 15-16 ans, 33,7 % des jeunes Polynésiens scolarisés ont déjà expérimenté le cannabis (35,6 % des garçons vs 31,5 % des filles). Ils sont 25,7 % à en avoir consommé dans l'année (25,6 % des garçons vs 25,9 % des filles) et 16,4 % à en avoir consommé dans le mois précédant l'enquête (17,1 % des garçons vs 15,5 % des filles). Au total, 4,0 % d'entre eux en ont un usage régulier, plus

TABLEAU III

Évolution de l'expérimentation de paka entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)

	1999	2009
12-13 ans	8	7,5
14-15 ans	20	23,5
16-17 ans	38	42,4
18-19 ans	49	50,2
Ensemble	24	29,3

TABLEAU IV

Évolution de l'usage actuel de paka entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)

	1999	2009
12-13 ans	4	4,9
14-15 ans	14	17,1
16-17 ans	28	31,7
18-19 ans	34	32,6
Ensemble	17	20,4

1. Elle inclut les sujets dits « à risque » et « à problème ».

souvent les garçons que les filles (5,1 % vs 2,7 %) **[tableau V]**.

Les écarts constatés entre métropole et Polynésie française sont assez nets pour les filles, celles de Polynésie apparaissant plus consommatrices que leurs homologues du continent. Les garçons polynésiens en revanche présentent des niveaux de consommation très proches de ceux observés sur le continent. Ainsi, dans l'ensemble, la Polynésie ne se différencie pas de la métropole pour les usages de paka. Seul l'usage à risque semble plus fréquent en Polynésie, que ce soit chez les filles ou chez les garçons. Ce résultat est confirmé par la comparaison des consommations de paka chez les jeunes de 17 ans en Polynésie et en métropole avec l'enquête Escapad 2008 **[8]**, les fréquences de consommation étant très proches **[tableau VI]**.

COMPARAISONS AVEC LES TERRITOIRES AMÉRICAINS DU PACIFIQUE À 14-18 ANS

En début d'année 2007, l'enquête américaine YRBSS a été menée dans les territoires américains du Pacifique **[9]**. Ces territoires comprennent les Samoa occidentales, l'île de Guam, les îles Mariannes du nord, la république des îles Marshall et la république de Palau. Cette enquête, couvrant les grades 9 à 12, soit globalement les 14-18 ans, s'appuie sur une méthodologie très proche de l'enquête Ecaap **[10]**.

Sur ces territoires, les niveaux d'usages apparaissent extrêmement variables, en particulier parmi les filles, celles résidant en république de Palau présentant des usages dix fois plus fréquents que celles des îles

TABLEAU V

Comparaison des indicateurs d'usage de paka avec la France métropolitaine à 15-16 ans, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	ns	*	ns
Polynésie 2009	36	32	34
France métropolitaine 2007	35	27	31
Usage actuel	ns	*	ns
Polynésie 2009	26	26	26
France métropolitaine 2007	28	21	24
Usage récent	ns	*	ns
Polynésie 2009	17	16	16
France métropolitaine 2007	18	12	15
Usage régulier	ns	ns	ns
Polynésie 2009	5,1	2,7	4,0
France métropolitaine 2007	5,3	2,0	3,7
Usage « à risque »	**	***	***
Polynésie 2009	13,7	13,4	13,6
France métropolitaine 2007	9,1	6,7	7,9
Usage « à problème »	ns	ns	ns
Polynésie 2009	4,1	3,0	3,6
France métropolitaine 2007	3,9	2,0	3,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

TABLEAU VI

Comparaison des indicateurs d'usage de paka avec la France métropolitaine à 17 ans, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	*	ns	*
Polynésie 2009	54,2	41,5	47,5
France métropolitaine 2008	46,3	37,9	42,2
Usage actuel	ns	ns	ns
Polynésie 2009	39,8	31,2	35,3
France métropolitaine 2008	40,5	31,1	35,9
Usage récent	ns	ns	ns
Polynésie 2009	29,1	17,9	23,2
France métropolitaine 2008	29,5	19,8	24,7
Usage régulier	ns	ns	ns
Polynésie 2009	12,3	4,8	8,3
France métropolitaine 2008	10,7	3,9	7,3

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Marshall [tableau VII]. Avec 46 % d'expérimentateurs et 36 % d'expérimentatrices, la Polynésie française se situerait à un niveau intermédiaire entre un groupe d'îles très consommateur (la république de Palau et les îles Mariannes du nord) et un autre très peu concerné (la république des îles Marshall et les Samoa occidentales), à peu près au niveau observé sur l'île de Guam.

COMPARAISONS AVEC LA NOUVELLE-CALÉDONIE À 17 ANS

À 17 ans, tant l'expérimentation (48 %) que l'usage régulier de cannabis (8 %) sont comparables aux résultats observés en Nouvelle-Calédonie (respectivement 48 % et 7 %) (données Escapad 2008).

ACCESSIBILITÉ PERÇUE

Parmi l'ensemble des jeunes Polynésiens, 39,5 % estiment impossible de se procurer du paka, 10,3 % difficile, 22,4 % facile, tandis que 27,8 % ne savent pas dire à quel point il leur serait possible de s'en procurer [tableau VIII]. En étudiant les profils des

jeunes ayant répondu « ne sait pas », il s'avère que 85,4 % d'entre eux ne sont pas consommateurs de paka. Ces non-consommateurs ayant répondu en très grande majorité « Impossible » (49,6 %) et « Ne sait pas » (33,6 %), nous avons choisi de regrouper dans la suite de nos analyses ces deux modalités de réponse.

L'accessibilité perçue du paka suit des tendances similaires à celles de la consommation, puisque le paka apparaît de plus en plus facile à se procurer avec l'âge, en particulier pour les garçons [figure 3]. Ceux-ci déclarent toujours pouvoir se procurer du paka plus facilement que les filles, excepté pour les 15-16 ans où les réponses apparaissent identiques (26,2 % des garçons déclarent pouvoir se procurer facilement contre 25,2 % des filles).

Des différences d'accessibilité du paka apparaissent également selon les régions, puisque les jeunes des zones urbaines des Îles du Vent sont 27,7 % à déclarer pouvoir se procurer du paka facilement contre 18,2 % dans les zones rurales, 13,0 % dans les Îles Sous-le-Vent et 12,0 % dans les archipels éloignés [figure 4].

TABLEAU VII

Usage de cannabis dans les territoires américains du Pacifique à 14-18 ans (en pourcentage)

	Expérimentation			Usage récent		
	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble
Samoa occidentales	10,6	25,3	17,6	5,6	15,2	10,2
Îles Mariannes du nord	48,7	61,0	54,9	26,3	37,5	31,9
Île de Guam	40,6	49,9	45,5	20,5	25,6	23,3
République des îles Marshall	5,5	22,4	13,9	3,2	14,1	8,5
République de Palau	55,6	64,3	59,8	33,0	43,7	38,5

Source : Pacific Island US territories, Youth Risk Behavior Surveillance System, 2007 [10].

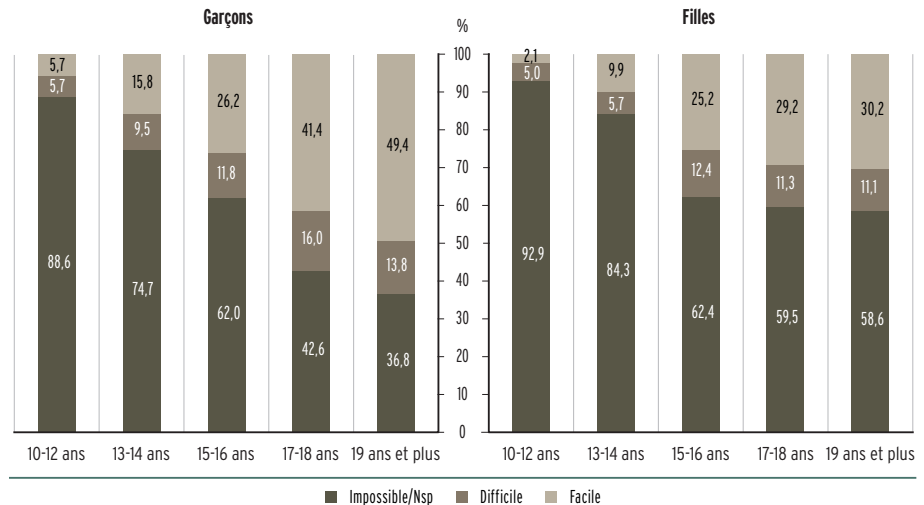
TABLEAU VIII

Accessibilité perçue du paka chez les jeunes Polynésiens (en pourcentage)

Impossible	39,5
Très difficile	5,2
Assez difficile	5,1
Assez facile	11,3
Très facile	11,1
Ne sait pas	27,8

FIGURE 3

Accessibilité perçue du paka chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge



À 15-16 ans, les jeunes de France métropolitaine sont 42 % à juger facile de se procurer du paka (25,7 % en Polynésie française), 23 % à le juger difficile (12,1 % en Polynésie française), et 23 % impossible (34,9 % en Polynésie française²). Le paka est donc globalement perçu comme beaucoup moins accessible en Polynésie française qu'en France métropolitaine.

Ces réponses concernant la difficulté d'accessibilité au paka apparaissent surprenantes, dans la mesure où les déclarations d'usages s'avèrent plus élevées et où de nombreuses familles polynésiennes cultivent leurs propres plants, voire en font le commerce. De plus, entre jeunes, il est courant de se donner et non de se vendre du paka et un jeune sur deux a déclaré qu'il avait des amis qui consommaient. Il est possible que cette accessibilité perçue émane d'une incompréhension de la question et du verbe « se procurer ». Quoiqu'il en soit, ces résultats sur l'accessibilité sont à prendre avec une certaine prudence.

USAGE DES PAIRS ET DE LA FAMILLE

L'usage de paka parmi l'entourage des jeunes Polynésiens est rapporté de manière à peu près similaire par les garçons et les filles jusqu'à 15-16 ans [figure 5]. Ces pourcentages reflètent la forte implantation perçue de la consommation de paka en Polynésie, puisque dès 15-16 ans, plus des deux tiers des jeunes Polynésiens disent avoir au moins quelques amis qui fument du paka.

L'usage au sein de l'entourage³ s'avère nettement moins évoqué [figure 6]. Environ un tiers des jeunes Polynésiens déclarent qu'au moins quelques personnes avec qui ils vivent fument du paka. À 15-16 ans, les filles révèlent plus souvent que les garçons que leur entourage consomme du paka,

2. Pour la comparaison entre les deux enquêtes, les réponses « Impossible » et « Ne sait pas » ont été distinguées.

3. Il s'agit plus précisément des « personnes avec qui les jeunes vivent ».

FIGURE 4

Accessibilité perçue du paka chez les jeunes Polynésiens, selon la strate géographique

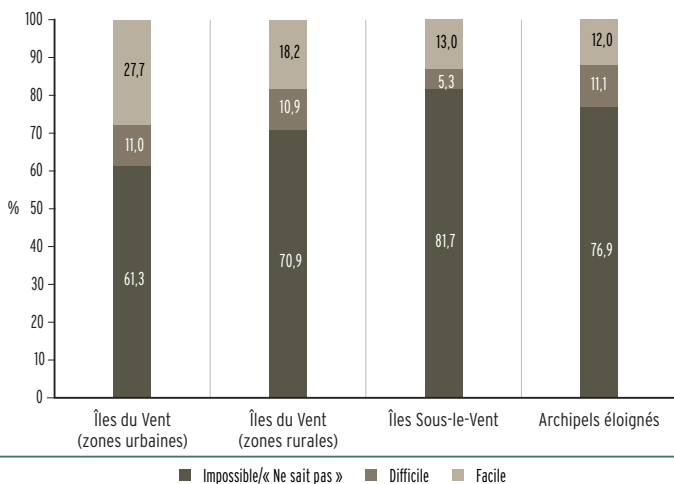


FIGURE 5

Usage de paka parmi les amis, déclaré par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge

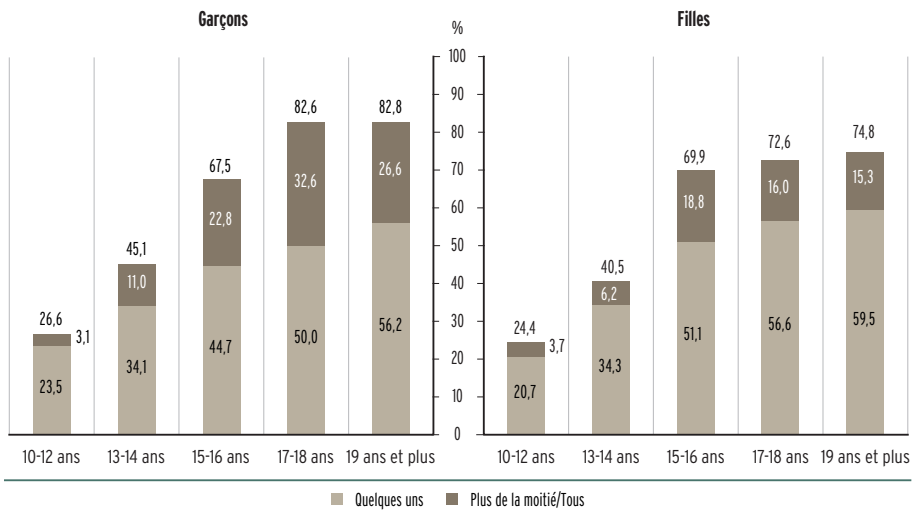
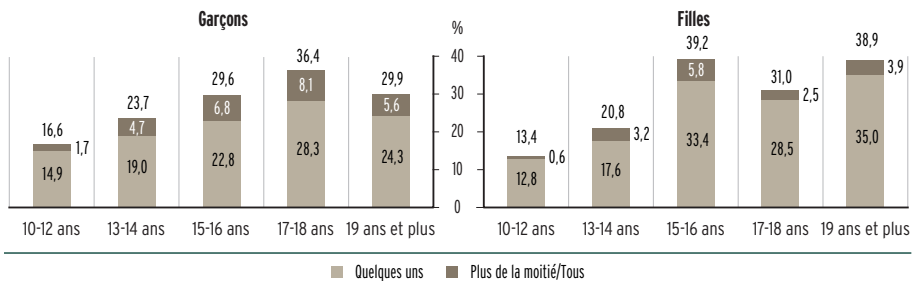


FIGURE 6

Usage de paka dans l'entourage, déclaré par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge



alors même que leurs usages sont légèrement moins fréquents que ceux des garçons et qu'elles déclarent autant d'amis consommateurs que les garçons.

ÂGE À LA PREMIÈRE CONSOMMATION

La moitié des jeunes Polynésiens ayant déjà consommé du paka déclarent en avoir pris

la première fois avant 14 ans [figure 7]. En moyenne, les garçons commencent plus jeunes à fumer du paka que les filles (13,9 ans vs 14,7 ans). Les consommateurs réguliers de paka ont également tendance à commencer plus jeunes à fumer que les autres (13,5 ans vs 14,4 ans). Toutes classes d'âge confondues, les jeunes Polynésiens commencent principalement à fumer entre 14 et 15 ans [tableau IX].

FIGURE 7

Âge à la première consommation de paka

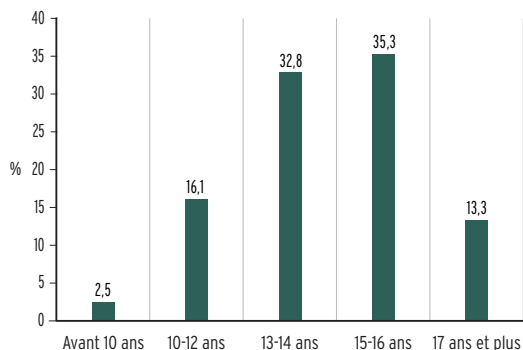


TABLEAU IX

Âge moyen à la première consommation de paka parmi les jeunes Polynésiens en ayant déjà consommé, selon le sexe et l'âge

	Garçons	Filles
10-12 ans	11,6	11,3
13-14 ans	12,1	12,8
15-16 ans	13,7	14,1
17-18 ans	14,4	15,1
19 ans et plus	15,5	16,0

RAISON DE PREMIÈRE CONSOMMATION

La principale raison de première consommation de paka citée est la curiosité (63,1 %), suivie de l'oubli de problèmes, plus souvent cité par les filles (17,3 %) que par les garçons (10,1 %) [tableau X].

RAISON DE CONSOMMATION AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Plus d'un élève sur cinq a choisi de répondre de manière ouverte à cette question, ne trouvant pas dans les modalités proposées de réponse convenable. Après un premier recodage des autres réponses dans les

modalités suggérées, il restait 142 élèves ayant déclaré une autre raison. Parmi eux, 57 ont répondu « pour essayer, par curiosité » et 25 pour « s'amuser ou faire la fête ».

Les raisons de consommation récente mettent en évidence d'un côté, le désir de sensation, plutôt plus exprimé par les garçons et les élèves les plus âgés, d'un autre, les problèmes et la tristesse, plus souvent déclarés par les filles et les usagers les plus jeunes [tableaux XI et XII]. Ce dernier résultat rejoint ceux d'études antérieures qui se sont penchées sur les circonstances d'une expérimentation précoce des substances psychoactives [11].

Parmi les consommateurs réguliers de paka, 42,7 % déclarent fumer pour les sensations, 14,6 % à cause de problèmes, et 6,1 %

TABLEAU X

Principale raison de première consommation de paka, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Par curiosité	66,0	59,5	63,1
Pour oublier les problèmes	10,1	17,3	13,3
Parce que tu étais triste/en colère	5,6	11,6	8,3
Pour éprouver de nouvelles sensations	8,1	5,6	7,0
Pour faire comme les copains	5,0	2,7	3,9
Pour rêver	3,5	1,2	2,4
Parce que tu n'as pas osé refuser	1,0	1,6	1,3
Pour faire le contraire de ce que disent les parents	0,8	0,6	0,7

TABLEAU XI

Principale raison de consommation de paka au cours des douze derniers mois, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Parce que j'aime les sensations	26,1	22,3	24,3
Parce que j'avais des problèmes	16,0	23,0	19,2
Parce que tout le monde fumait autour de moi	13,7	12,6	13,2
Parce que j'étais triste	7,3	11,1	9,1
Parce que j'étais stressé	4,8	7,5	6,0
Pour me sentir plus à l'aise avec les autres	6,6	2,6	4,8
Parce que j'avais des idées suicidaires	2,6	4,5	3,5
Parce que je passais un examen	2,0	1,0	1,6
Pour être accepté dans un groupe	0,6	0,8	0,7
Autre raison	20,2	14,6	17,6

TABLEAU XII

Principale raison de consommation de paka au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)

	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus
Parce que j'aime les sensations	15,0	22,4	28,1	29,7
Parce que j'avais des problèmes	24,7	17,8	17,5	22,1
Parce que tout le monde fumait autour de moi	15,7	16,5	11,2	8,2
Parce que j'étais triste	12,2	9,4	8,5	7,0
Parce que j'étais stressé	7,8	4,7	6,9	5,9
Pour me sentir plus à l'aise avec les autres	11,1	6,2	5,0	3,2
Parce que j'avais des idées suicidaires	1,5	4,3	3,9	2,4
Parce que je passais un examen	1,4	1,8	1,8	0,6
Pour être accepté dans un groupe	0,0	0,4	0,0	2,5
Autre raison	20,5	16,6	17,0	18,3

N.B. : Les résultats des 10-12 ans ne sont pas présentés pour des raisons de faiblesse d'effectif.

en raison d'un sentiment de tristesse. Par rapport aux consommateurs plus occasionnels, ils associent donc plus la consommation de paka à la recherche de sensations et moins à des problèmes psychologiques. Enfin, parmi les consommateurs jugés « à risque » ou « à problème » selon le CAST, 26,5 % citent les sensations, 22,3 % les problèmes, 9,1 % la tristesse et 5,1 % les idées suicidaires, résultats relativement proches de ceux de l'ensemble des consommateurs actuels.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX USAGES DE PAKA

Au-delà de l'âge et du sexe, des disparités se font jour en ce qui concerne la filière d'enseignement suivie, puisque l'expérimentation de paka concerne près de la moitié des élèves de filière professionnelle et quatre élèves de filière spécialisée sur dix, contre moins d'un quart des élèves de filière générale. Cependant, ce résultat est à relativiser, car la moyenne d'âge des élèves de filière générale est de 14,6 ans contre 15,9 ans en filière spécialisée de type MFR, CMA ou CJA, et 17,9 ans en filière professionnelle.

D'un point de vue géographique, l'usage apparaît assez homogène entre les Îles du Vent et les archipels éloignés. En revanche, les niveaux semblent nettement inférieurs dans les Îles Sous-le-Vent, que ce soit pour l'expérimentation ou l'usage à risque.

Un autre facteur semble fortement corrélé à l'usage problématique de paka : le score de dépressivité tel que mesuré par l'échelle ADRS. En effet, parmi les élèves présentant une dépression patente, 21,5 % ont une consommation « à risque » de paka (7,5 % sont classés « à problème »), contre 14,5 % parmi les élèves en dépression modérée (4,9 % « à problème ») et 9,2 % pour les autres (2,7 % « à problème »).

Afin de démêler les possibles effets de structure, des régressions logistiques sur

l'usage de paka (expérimentation et usage « à risque » tel que défini par le CAST) ont été effectuées sur ces différents facteurs et ajustées sur certaines variables liées à leur situation scolaire ou familiale.

Les consommations et facteurs associés différant fortement selon la classe d'âge, nous avons étudié séparément chacune des classes (10-12 ans, 13-14 ans, 15-16 ans, 17-18 ans) pour l'expérimentation et les 15-18 ans pour les usages « à risque », afin de disposer d'un effectif suffisant.

EXPÉRIMENTATION DE PAKA

L'expérimentation avant 13 ans ne concerne que très peu d'élèves (6,0 % des garçons, 2,6 % des filles), et ne semble pas être associée aux variables sociodémographiques et scolaires observées⁴ [tableau XIII]. À partir de 13 ans, et quel que soit l'âge, l'expérimentation de paka apparaît associée à l'absentéisme (ORa > 2,0 pour un absentéisme supérieur à un jour). En outre, comme nous l'avons vu précédemment, si l'effet sexe est très significatif pour les 17-18 ans (ORa = 1,8), il n'est pas significatif pour les 15-16 ans et à peine pour les 13-14 ans, ce qui pourrait confirmer la tendance générationnelle d'augmentation de consommation chez les filles.

Enfin, à partir de 15-16 ans, de fortes différences de consommation apparaissent selon les strates géographiques. Dans les zones rurales des Îles du Vent ainsi que dans les Îles Sous-le-Vent, la consommation apparaît sensiblement plus faible, tendance encore plus affirmée chez les 17-18 ans (ORa = 0,5 pour la partie rurale des Îles du Vent, ORa = 0,2 pour les Îles Sous-le-Vent, p < 0,001). Il est possible que ces résultats soient liés à l'accessibilité (réelle ou ressentie) du paka, puisque 81,7 % des élèves des Îles Sous-le-

4. Ici, les effectifs relativement faibles (n = 525) doivent inciter à la prudence dans la lecture des résultats.

Vent ont répondu « impossible » ou « je ne sais pas » à la question « pourrais-tu te procurer du paka ? », contre 61,3 % dans les Îles du Vent (zones urbaines), 70,9 % dans les Îles du Vent (zones rurales) et 76,9 % dans les archipels éloignés.

Le fait d'avoir des parents séparés, voire l'un des deux inconnu ou décédé, est associé, plus ou moins selon les âges, à de plus fréquentes expérimentations. Cependant, à 17-18 ans, la séparation des parents n'apparaît plus corrélée à l'expérimentation de paka. Un risque plus élevé de troubles dépressifs est également associé à une fréquence d'expérimentation plus importante jusqu'à 16 ans, tout comme une moyenne scolaire inférieure à 10. Le fait d'avoir redoublé y semble associé pour les plus âgés. Enfin, entre 15 et 16 ans, le fait d'être scolarisé en lycée/collège professionnel ou en filière spécialisée reste très corrélé à l'expérimentation de cannabis, même si cette association disparaît après 16 ans.

USAGE « À RISQUE »

Une analyse multinomiale a été réalisée chez les jeunes de 15 à 18 ans sur le risque lié à l'usage de cannabis, en prenant en référence les jeunes ne consommant pas de cannabis actuellement (c'est-à-dire n'en ayant pas fumé au cours des douze derniers mois)⁵. Les jeunes repérés « à risque » ou « à problème » au sens du CAST parmi les 10-14 ans sont quant à eux insuffisamment nombreux pour pouvoir être étudiés statistiquement.

Concernant l'usage à risque de paka, les variables liées à la scolarité apparaissent très corrélées [tableau XIV]. L'absentéisme ($ORa > 2$, $p < 0,001$), le redoublement ($ORa = 1,7$) et, dans une moindre mesure, la diminution de la moyenne scolaire ($ORa = 1,6$) sont significativement associés à l'usage à risque de paka. De même, un état

modéré ou patent de dépression est associé à un basculement vers l'usage à risque de cannabis. Les relations avec un usage sans risque sont bien moins systématiques, seul l'absentéisme y reste associé. Par ailleurs, alors que l'usage sans risque de paka n'est pas lié au sexe, l'usage à risque est significativement plus important chez les garçons.

La filière suivie apparaît également corrélée à la consommation à risque de paka, les élèves de filière générale étant nettement moins concernés. Enfin, le fait de vivre dans les Îles Sous-le-Vent ou dans les zones rurales des Îles du Vent est associé à un moindre usage de paka, que la consommation soit à risque ou sans. L'usage à problème semble pour sa part être associé aux mêmes facteurs que l'usage à risque, les résultats (non présentés ici) étant pratiquement identiques.

Au final, les niveaux d'usage de paka chez les jeunes Polynésiens se révèlent relativement proches de ceux observés en France métropolitaine, mais les filles semblent légèrement plus consommatrices que leurs homologues du continent. Cependant, leurs niveaux d'usage restent bien inférieurs à ceux des garçons et de plus en plus à mesure que la fréquence de consommation augmente, hormis pour les 15-16 ans où les différences s'estompent.

L'analyse des facteurs associés montre que si l'expérimentation ou l'usage occasionnel du cannabis apparaissent particulièrement liés aux opportunités de contact avec ce produit (qui augmentent avec l'avancée en âge), le basculement vers un usage problématique apparaît pour sa part plus lié à la condition sociale, matérialisée ici par la filière scolaire suivie, comme cela a déjà été observé en France [12].

5. Ce modèle permet de comparer les usagers à risque aux usagers sans risque simplement en calculant le rapport d'ORa.

TABLEAU XIII

Facteurs associés à l'expérimentation de paka, selon l'âge

	10-12 ans				13-14 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe								
Garçons	252	6,0	2,4	0,9; 6,1	462	16,1	1,6*	1,1; 2,5
Filles (réf.)	273	2,6	1		419	11,7	1	
Filière								
Générale (réf.)								
MFR, CMA, CJA								
Professionnelle								
Strate géographique								
**								
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	277	5,1	1		471	13,2	1	
Îles du Vent zone rurale	111	3,7	0,7	0,2; 2,2	194	18,5	1,6	1,0; 2,6
Îles Sous-le-Vent	89	1,2	0,2	0,0; 1,9	92	5,4	0,3*	0,1; 0,9
Archipels éloignés	48	6,5	1,1	0,3; 4,3	124	17,7	1,9*	1,0; 3,4
Situation des parents								
*								
Ensemble (réf.)	410	3,6	1		658	11,9	1	
Séparés	89	7,2	1,8	0,7; 5,1	157	19,8	2,0**	1,2; 3,4
Un parent inconnu/décédé	26	4,1	1,6	0,2; 13,1	66	20,5	1,7	0,8; 3,5
Intensité dépressive								
**								
Pas de dépression (réf.)	438	3,3	1		637	11,5	1	
Dépression modérée	87	9,2	2,4	0,9; 6,3	244	20,8	1,5	1,0; 2,4
Dépression patente								
Absentéisme								

Aucun (réf.)					700	9,3	1	
Un jour					87	26,3	3,3***	1,9; 5,8
Deux jours ou plus					94	37,6	5,4***	3,1; 9,4
Moyenne scolaire								

14-20 (réf.)	252	2,7	1		256	7,0	1	
Entre 10 et 14	273	5,7	1,5	0,6; 4,1	500	14,5	1,7	1,0; 2,9
Moins de 10					125	26,5	2,8**	1,4; 5,5
Redoublement								
Jamais (réf.)	487	4,2	1		576	13,4	1	
Au moins une fois	38	5,0	1,1	0,2; 5,4	305	15,4	0,7	0,4; 1,1

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

	15-16 ans				17-18 ans			
	Effectifs bruts	%	ORa	IC	Effectifs bruts	%	ORa	IC

	587	35,5	1,2	0,9; 1,6	375	58,2	1,8***	1,3; 2,5
	497	32,5	1		449	40,5	1	
		*						
	798	31,7	1		398	46,5	1	
	174	41,9	1,6*	1,0; 2,3	92	53,9	0,9	0,5; 1,6
	112	41,4	1,6*	1,0; 2,5	334	50,1	1	0,7; 1,4

	509	36,2	1		467	55,2	1	
	287	32,3	0,6**	0,4; 0,9	197	43,4	0,5***	0,4; 0,8
	132	25,8	0,5**	0,3; 0,8	87	20,8	0,2***	0,1; 0,4
	156	38,1	0,9	0,6; 1,4	73	50,7	0,8	0,5; 1,4
						**		
	757	32,1	1		534	45,1	1	
	238	39,7	1,4*	1,0; 1,9	191	52,3	1,1	0,8; 1,6
	89	37,0	1,1	0,7; 1,7	99	60,7	1,9**	1,2; 3,2
		**						
	769	30,8	1		563	47,4	1	
	250	40,5	1,4*	1,0; 1,9	201	50,9	1,1	0,8; 1,6
	65	50,1	1,8*	1,0; 3,1	60	52,6	1,1	0,6; 1,9
		***				***		
	741	29,2	1		452	37,8	1	
	168	42,6	1,6*	1,1; 2,3	166	57,5	2,6***	1,7; 3,8
	175	47,7	2,0***	1,4; 2,8	206	64,9	3,1***	2,1; 4,4
		**						
	212	26,3	1		98	53,0	1	
	643	34,2	1,5*	1,1; 2,2	472	48,1	0,9	0,5; 1,5
	229	41,2	1,7*	1,1; 2,6	254	48,0	0,8	0,4; 1,3
		**				*		
	607	30,8	1		336	44,5	1	
	477	39,1	1,3	1,0; 1,8	488	51,6	1,5*	1,1; 2,1

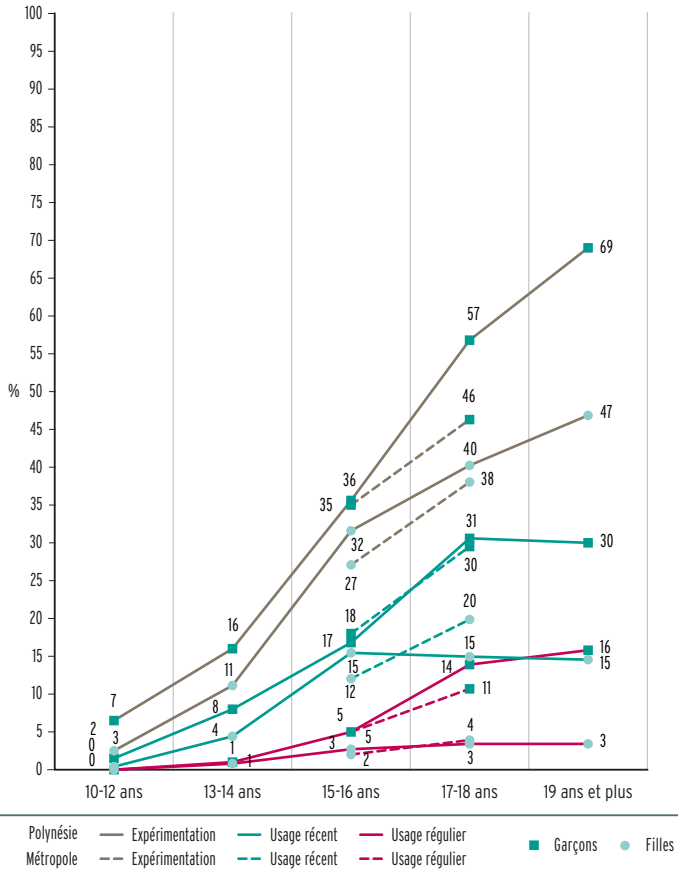
TABLEAU XIV

Facteurs associés à l'usage de paka pour les 15-18 ans

	Effectifs bruts	Usage sans risque			Usage à risque		
		%	ORa	IC	%	ORa	IC
Sexe	**						
Garçons	952	12,9	1,0	0,7; 1,3	18,1	1,6**	1,2; 2,1
Filles (réf.)	943	13,8	1		13,2	1	
Âge	***						
15-16 ans	1 080	11,9	1		13,6	1	
17-18 ans	815	15,3	1,3	1,0; 1,8	18,5	1,1	0,9; 1,5
Filière	***						
Générale (réf.)	1 187	15,0	1		12,4	1	
MFR, CMA, CJA	264	8,7	0,7	0,4; 1,2	19,7	1,7*	1,1; 2,5
Professionnelle	444	11,7	0,7	0,5; 1,0	21,9	1,5*	1,1; 2,1
Strate géographique	***						
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	972	16,2	1		16,7	1	
Îles du Vent zone rurale	481	10,3	0,5**	0,4; 0,8	15,6	0,7*	0,5; 0,9
Îles Sous-le-Vent	216	8,8	0,5**	0,3; 0,8	8,8	0,3***	0,2; 0,6
Archipels éloignés	226	10,4	0,7	0,4; 1,1	19,7	1,0	0,7; 1,5
Situation des parents	**						
Ensemble (réf.)	1 283	12,6	1		14,0	1	
Séparés	426	16,1	1,3	0,9; 1,8	17,9	1,3	1,0; 1,8
Un parent inconnu/décédé	186	12,6	1,2	0,8; 2,0	23,1	1,4	0,9; 2,1
Intensité dépressive	***						
Pas de dépression (réf.)	1 323	13,4	1		13,7	1	
Dépression modérée	448	13,1	1,1	0,8; 1,5	18,8	1,5*	1,1; 2,0
Dépression patente	124	14,0	0,9	0,5; 1,7	26,5	1,9**	1,2; 3,1
Absentéisme	***						
Aucun (réf.)	1 186	12,1	1		11,2	1	
Un jour	331	15,1	1,6*	1,1; 2,3	21,3	2,1***	1,5; 3,0
Deux jours ou plus	378	16,5	1,8**	1,3; 2,6	24,7	2,4***	1,7; 3,3
Moyenne scolaire	*						
14-20 (réf.)	310	12,6	1		10,9	1	
Entre 10 et 14	1 109	13,1	1,1	0,7; 1,6	16,3	1,6*	1,1; 2,4
Moins de 10	476	15,0	1,1	0,7; 1,7	17,6	1,6	1,0; 2,5
Redoublement	***						
Jamais (réf.)	941	15,1	1		11,3	1	
Au moins une fois	954	11,4	0,9	0,7; 1,3	20,5	1,7***	1,3; 2,3

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Indicateurs d'usage de cannabis chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole



Facteurs associés à l'usage de paka « à problème » pour les 15-16 ans

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe				
Garçons	587	4,6	1,6	0,8; 3,2
Filles (réf.)	497	3,3	1	
Filière				
Générale (réf.)	798	3,6	1	
MFR, CMA, CJA	174	6,8	1,7	0,8; 4,0
Professionnelle	112	3,6	0,9	0,3; 2,9
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	509	4,4	1	
Îles du Vent zone rurale	287	4,2	0,7	0,3; 1,5
Îles Sous-le-Vent	132	1,3	0,3	0,1; 1,2
Archipels éloignés	156	4,5	0,7	0,3; 1,9
Situation des parents				
Ensemble (réf.)	757	3,9	1	
Séparés	238	4,4	1,1	0,5; 2,3
Un parent inconnu/décédé	89	4,0	0,8	0,3; 2,5
Intensité dépressive				
Pas de dépression (réf.)	769	3,2	1	
Dépression modérée	250	5,5	1,5	0,7; 3,1
Dépression patente	65	8,4	2,8*	1,0; 7,6
Absentéisme				
*				
Aucun (réf.)	741	2,9	1	
Un jour	168	3,7	1,1	0,4; 2,8
Deux jours ou plus	175	9,3	2,8**	1,4; 5,7
Moyenne scolaire				
14-20 (réf.)	212	3,0	1	
10-14	643	4,0	1,5	0,6; 3,6
Moins de 10	229	5,0	1,4	0,5; 4,1
Redoublement				
Jamais (réf.)	607	3,1	1	
Au moins une fois	477	5,4	1,4	0,7; 2,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Facteurs associés à l'usage de paka « à problème » pour les 17-18 ans

	Effectifs bruts	%	ORa	IC
Sexe				
		*		
Garçons	375	8,4	2,1*	1,1 ; 4,0
Filles (réf.)	449	4,2	1	
Filière				
		**		
Générale (réf.)	398	3,5	1	
MFR, CMA, CJA	92	8,4	1,8	0,6 ; 5,7
Professionnelle	334	8,7	2,7**	1,3 ; 5,6
Strate géographique				
Îles du Vent zone urbaine (réf.)	467	6,7	1	
Îles du Vent zone rurale	197	5,1	0,7	0,3 ; 1,6
Îles Sous-le-Vent	87	2,3	0,4	0,1 ; 1,9
Archipels éloignés	73	10,8	1,8	0,7 ; 4,9
Situation des parents				
Ensemble (réf.)	534	4,4	1	
Séparés	191	8,5	2,0*	1,0 ; 4,0
Un parent inconnu/décédé	99	10,5	2,3*	1,0 ; 5,3
Intensité dépressive				
Pas de dépression (réf.)	563	4,9	1	
Dépression modérée	201	7,8	1,5	0,7 ; 2,9
Dépression patente	60	11,8	2,3	0,9 ; 5,9
Absentéisme				
Aucun (réf.)	452	5,0	1	
Un jour	166	7,7	1,4	0,7 ; 3,1
Deux jours ou plus	206	7,1	1,2	0,6 ; 2,5
Moyenne scolaire				
14-20 (réf.)	98	4,6	1	
10-14	472	6,0	1,4	0,5 ; 4,2
Moins de 10	254	6,7	1,9	0,6 ; 6,3
Redoublement				
Jamais (réf.)	336	4,5	1	
Au moins une fois	488	7,2	1,2	0,6 ; 2,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Beck F., Legleye S. *Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes : ESCAPAD 2002*. Paris : OFDT, 2003 : 164 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbja.pdf>
- [2] Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. Validation of the CAST, a General Population Cannabis Abuse Screening Test. *The Journal of Substance Use*, 2007, vol. 12, n° 4 : p. 233-242.
- [3] Beck F., Legleye S. Measuring Cannabis Related Problems and Dependence at the Population Level. In : Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R. *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences* (monograph series 8, vol. 2). Lisbon : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2008 : p. 29-57.
En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>
- [4] Piontek D., Kraus L., Klempova D. Short Scales to Assess Cannabis-Related Problems: a Review of Psychometric Properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2008, vol. 3, n° 1 : p. 3-25.
En ligne : <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/25>
- [5] Legleye S., Piontek D., Kraus L. Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French Sample of Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010 (sous presse).
- [6] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 : 408 p.
En ligne : http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- [7] Piontek D., Kraus L., Pabst A. The ESPAD Cannabis Module: Cannabis-Related Problems Among Adolescents in 17 ESPAD Countries. In : Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. dir. *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Rapport, Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2009 : p. 164-170.
- [8] Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances*, janvier 2009, n° 64 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>
- [9] Lippe J., Brener N., Kann L., Kinchen S., Harris W. A., McManus T., Speicher N. Youth Risk Behavior Surveillance- Pacific Island United States Territories, 2007. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, November 2008, vol. 57, n° SS-12 : p. 28-56.
En ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5712a2.htm>
- [10] Brener N. D., Kann L., McManus T., Kinchen S. A., Sundberg E. C., Ross J. G. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, October 2002, vol. 31, n° 4 : p. 336-342.
- [11] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/science*, décembre 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168.
En ligne : http://www.edk.fr/reserve/print/e-docs/00/00/0B/B6/document_article.md
- [12] Beck F., Legleye S. Sociologie et épidémiologie des consommations de substances psychoactives de l'adolescent, *L'encéphale*, décembre 2009, vol. 35, supp. 6, S190-S201.

Consommation d'autres drogues

FRANÇOIS BECK
 ROMAIN GUIGNARD
 JEAN-BAPTISTE RICHARD
 STANISLAS SPILKA
 MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX

Au cours de l'adolescence, les consommations de tabac, d'alcool et de paka occupent une place importante dans les usages de drogues, mais d'autres produits sont parfois expérimentés par les adolescents polynésiens. Il peut s'agir de drogues illicites ou de produits détournés de leur usage, tel que les produits à inhaler de type colles ou solvants. Les niveaux de consommation de ces autres drogues sont très bas, ce qui justifie que l'on ne s'intéresse qu'à leur expérimentation, les autres pratiques, telles que l'usage régulier, étant extrêmement rares, en particulier parmi les plus jeunes. En revanche, il est particulièrement intéressant d'étudier l'accessibilité perçue de ces différentes drogues, notamment en regard de ce qui est observé en France métropolitaine.

ACCESSIBILITÉ PERÇUE DES DIFFÉRENTES DROGUES

Quel que soit le produit, la grande majorité des élèves déclarent soit qu'il leur serait

impossible de s'en procurer, soit ne pas le connaître **[tableau 1]**. L'accès à ces produits n'est jugé facile ou très facile que par quelques pourcents de l'échantillon, au maximum 11 % pour ce qui concerne les produits perçus comme les plus accessibles à savoir les produits à inhaler type colles ou solvants. Les produits les moins accessibles sont le LSD et l'ecstasy ; à peine 2 % des élèves disent qu'il leur serait facile de s'en procurer.

Les réponses des garçons et des filles s'avèrent assez proches, la principale distinction entre les sexes étant que les garçons ont toujours plus tendance à déclarer ne pas connaître le produit, lorsque les filles répondent plus volontiers qu'il leur serait impossible de s'en procurer.

L'accessibilité perçue des drogues varie donc suivant la substance, mais aussi énormément suivant l'âge **[figure 1]**. Avant 12 ans, aucun produit ne semble accessible. Quel que soit l'âge, les produits à inhaler sont les produits les plus faciles à se

TABLEAU I

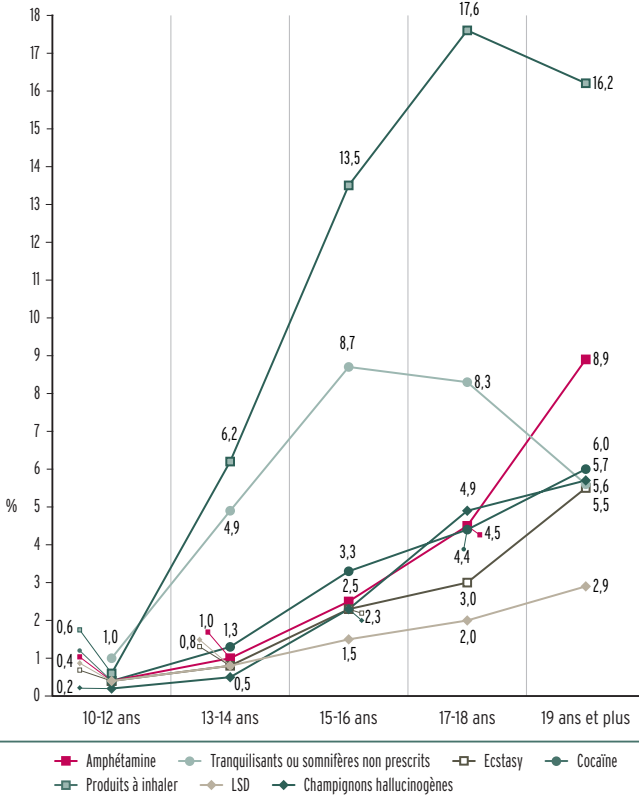
Accessibilité perçue des différentes drogues, selon le sexe (en pourcentage)

	Garçons	Filles	p	Ensemble
Amphétamines			ns	
Impossible	31,4	35,2		33,3
Très ou assez difficile	5,4	5,0		5,2
Très ou assez facile	3,1	2,5		2,8
Ne sait pas	8,0	7,6		7,8
Ne connaît pas le produit	52,2	49,8		51,0
Tranquillisants ou somnifères non prescrits			***	
Impossible	35,6	41,7		38,6
Très ou assez difficile	7,2	7,5		7,3
Très ou assez facile	5,2	7,3		6,3
Ne sait pas	10,0	11,3		10,6
Ne connaît pas le produit	42,1	32,3		37,2
Ecstasy			**	
Impossible	34,6	40,3		37,4
Très ou assez difficile	5,5	5,0		5,2
Très ou assez facile	2,5	1,7		2,1
Ne sait pas	8,0	8,2		8,1
Ne connaît pas le produit	49,4	44,8		47,1
Cocaïne			***	
Impossible	45,8	52,8		49,3
Très ou assez difficile	5,9	5,4		5,7
Très ou assez facile	3,2	2,5		2,8
Ne sait pas	9,9	10,3		10,1
Ne connaît pas le produit	35,1	29,1		32,1
Produits à inhaler (colles, solvants)			**	
Impossible	29,7	35,2		32,5
Très ou assez difficile	3,2	3,1		3,1
Très ou assez facile	11,4	10,4		10,9
Ne sait pas	8,9	9,5		9,2
Ne connaît pas le produit	46,8	41,8		44,3
Champignons hallucinogènes			***	
Impossible	32,5	36,0		34,2
Très ou assez difficile	5,0	3,1		4,1
Très ou assez facile	3,3	1,5		2,4
Ne sait pas	8,6	7,6		8,1
Ne connaît pas le produit	50,6	51,7		51,2
LSD			***	
Impossible	29,4	33,3		31,3
Très ou assez difficile	3,7	3,5		3,6
Très ou assez facile	2,1	0,8		1,4
Ne sait pas	8,4	7,4		7,9
Ne connaît pas le produit	56,5	55,2		55,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

FIGURE 1

Part des élèves déclarant qu'il est très ou assez facile de se procurer les produits, selon l'âge



procurer, et plus d'un jeune Polynésien sur dix déclare pouvoir s'en procurer facilement.

Inversement, la part de jeunes scolarisés déclarant ne pas connaître les produits diminue nettement avec l'âge [figure 2].

COMPARAISONS AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS

Il est possible de comparer avec la France métropolitaine l'accessibilité de plusieurs drogues perçue par les 15-16 ans : les amphé-

tamines, l'ecstasy, les tranquillisants ou somnifères non prescrits par un médecin et les produits à inhaler. L'accessibilité perçue des autres produits n'était pas questionnée en métropole.

Sur l'ensemble des produits, de très fortes disparités apparaissent entre France métropolitaine et Polynésie, leur accessibilité apparaissant beaucoup plus faible en Polynésie [tableau II]. L'accès à des médicaments psychotropes (donc probablement en partie à la pharmacie familiale) semble en particulier beaucoup plus difficile.

FIGURE 2

Part des élèves déclarant ne pas connaître les produits, selon l'âge

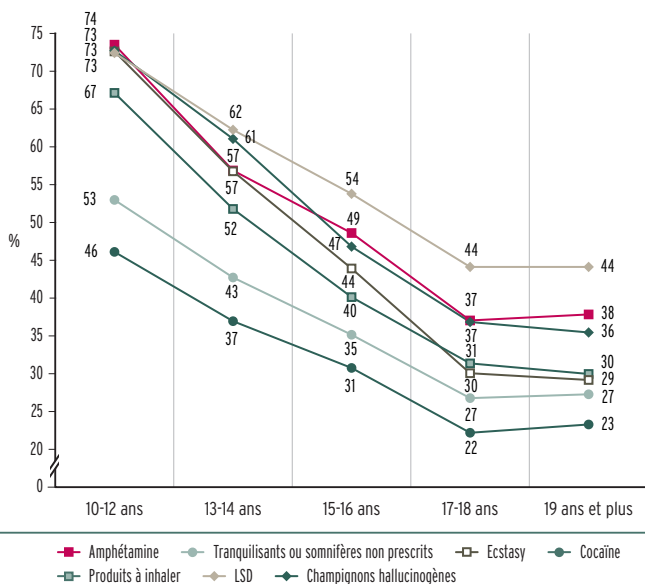


TABLEAU II

Comparaison de l'accessibilité (facile ou très facile) perçue des différentes drogues entre France métropolitaine et Polynésie française (en pourcentage)

	Garçons	Filles	Ensemble
Amphétamines	***	***	***
Polynésie 2009	2,7	2,2	2,5
France métropolitaine 2007	13	12	12
Tranquillisants ou somnifères non prescrits	***	***	***
Polynésie 2009	5,7	12,1	8,7
France métropolitaine 2007	31	42	36
Ecstasy	***	***	***
Polynésie 2009	2,8	1,7	2,3
France métropolitaine 2007	12	10	11
Produits à inhaler	***	***	***
Polynésie 2009	13,0	14,1	13,5
France métropolitaine 2007	38	41	39

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

NIVEAU D'EXPÉRIMENTATION DES DIFFÉRENTES DROGUES

Les niveaux d'expérimentation des différentes drogues autres que le paka apparaissent très bas et bien inférieurs à ceux observés pour le paka [tableau III]. Mis à part le kava, dont l'expérimentation concerne 3,3 % des jeunes Polynésiens, aucun autre produit n'en concerne plus de 2 %. Le pourcentage de jeunes ayant déclaré avoir expérimenté le kava est étonnant, car les acteurs locaux n'ont jamais eu de déclarations de ce genre chez les jeunes consommateurs pris en charge dans le service d'addictologie. Cette pratique n'a jamais été rapportée non plus lors des nombreux débats organisés auprès des élèves. Il n'est pas impossible qu'il y ait eu confusion avec le fruit qui porte le même nom. Les autres produits expérimentés sont ensuite les produits à inhaler type colles ou solvants (1,9 %), les amphétamines (1,7 %) et la cocaïne (1,6 %), tous les autres produits n'ayant été expérimentés que par moins de 1 % des jeunes Polynésiens.

À la différence de ce qui est observé en France métropolitaine, les écarts entre garçons et filles apparaissent souvent inexistantes. La seule exception est le kava, substance dont l'expérimentation semble être une pratique particulièrement masculine, ainsi que la cocaïne et le LSD, produits pour lesquels les écarts entre garçons et filles restent néanmoins faibles.

Un examen des différences de consommation par sexe selon l'âge montre qu'elles sont surtout visibles parmi les plus jeunes et les plus de 16 ans, les écarts étant beaucoup moins importants entre 13 et 16 ans [figure 3].

Concernant l'évolution des niveaux d'expérimentation avec l'âge, on constate une hausse assez continue au cours de l'adolescence, avec pour la quasi-totalité des produits des prévalences qui augmentent plus nettement à partir de 16 ans, marquant le fait que la rencontre avec les drogues autres que le paka se fait majoritairement après cet âge [tableau IV]. On peut également noter que le seul produit présentant un niveau d'expérimentation supérieur à 1 % à 10-12 ans est le kava.

TABLEAU III

Expérimentation des différentes drogues en Polynésie française, selon le sexe (en pourcentage)

	Ensemble	Garçons	Filles	Significativité (p-value)
Champignons hallucinogènes	1,0	1,3	0,7	ns
Poppers	0,9	0,9	0,8	ns
Produits à inhaler/sniffer	1,9	1,9	1,9	ns
Ecstasy	1,0	1,3	0,7	ns
Amphétamines	1,7	2,1	1,3	ns
LSD	0,6	0,8	0,3	*
Datura	0,3	0,4	0,1	ns
Kava	3,3	4,3	2,2	***
Cocaïne	1,6	2,0	1,2	*
Héroïne	0,7	0,8	0,6	ns
GHB	0,4	0,6	0,3	ns
Drogues autres que cannabis ^a	7,1	7,9	6,4	ns

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Ecstasy, amphétamines, LSD ou autres hallucinogènes, crack, cocaïne et héroïne.

FIGURE 3

Expérimentation de drogues hors cannabis, selon le sexe et l'âge

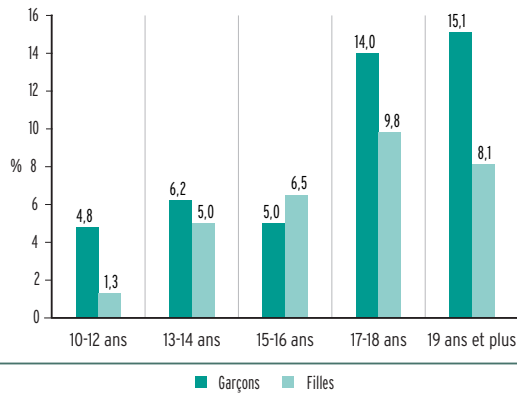


TABLEAU IV

Expérimentation des différentes drogues en Polynésie française, selon l'âge (en pourcentage)

	10-12 ans	13-14 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et plus	Ensemble
Champignons hallucinogènes	0,4	0,7	0,8	1,5	2,1	1,0
Poppers	0,2	0,2	0,4	2,1	2,6	0,9
Produits à inhaler/sniffer	0,8	1,1	2,1	3,5	1,6	1,9
Ecstasy	0,7	0,6	0,7	1,6	2,9	1,0
Amphétamines	0,4	1,0	1,1	3,2	4,1	1,7
LSD	0,2	0,5	0,4	0,9	1,0	0,6
Datura	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6	0,3
Kava	1,8	2,8	2,3	5,2	5,1	3,3
Cocaïne	0,6	0,8	1,1	3,1	3,7	1,6
Héroïne	0,2	0,7	0,5	1,2	1,1	0,7
GHB	0,2	0,2	0,4	0,7	0,8	0,4
Drogues autres que cannabis	3,0	5,6	5,7	11,7	10,9	7,1

COMPARAISON AVEC LA FRANCE MÉTROPOLITAINE À 15-16 ANS (ESPAD 2007)

Mis à part le kava, dont l'usage est inexistant en France métropolitaine, toutes les substances apparaissent nettement moins expérimentées en Polynésie française. Les produits les plus présents semblent être les produits à inhaler, les amphétamines et

cocaïne, mais les niveaux restent nettement inférieurs à ceux de la France métropolitaine [tableau V].

La comparaison entre l'enquête menée en 1999 et celle menée en 2009 est relativement malaisée dans la mesure où la première portait sur les drogues en général (question générique), tandis que la seconde détaillait onze produits et laissait de surcroît la possibilité aux élèves de déclarer une

TABLEAU V

Comparaison de l'expérimentation des différentes drogues entre France métropolitaine et Polynésie française, à 15-16 ans (en pourcentage)

	Polynésie française 2009	France métropolitaine 2007	p-value
Champignons hallucinogènes	0,8	4,2	***
Produits à inhaler/sniffer	2,1	11,5	***
Ecstasy	0,7	3,7	***
Amphétamines	1,1	3,7	***
LSD	0,4	2,1	***
Datura	0,2	-	
Kava	2,3	-	
Cocaïne	1,1	4,9	***
Héroïne	0,5	3,1	***
GHB	0,4	1,3	*
Drogues autres que cannabis	5,7	11,0	***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

« autre drogue » si celle-ci ne figurait pas au tableau proposé.

COMPARAISONS AVEC LES TERRITOIRES AMÉRICAINS DU PACIFIQUE À 14-18 ANS

En début d'année 2007, l'enquête américaine YRBS a été menée dans les territoires américains du Pacifique [1]. Ces territoires comprennent les Samoa occidentales, l'île

de Guam, les îles Mariannes du nord, la république des îles Marshall et la république de Palau. Cette enquête, couvrant les grades 9 à 12, soit globalement les 14-18 ans, s'appuie sur une méthodologie très proche de l'enquête Ecaap [2]. La comparaison avec les territoires américains confirme que, si la consommation de paka des élèves polynésiens se situe à un niveau comparable à certains des territoires avoisinants, les autres drogues semblent toutes bien moins fréquemment expérimentées en Polynésie française [tableau VI].

TABLEAU VI

Comparaison de l'expérimentation des différentes drogues avec les territoires américains du Pacifique à 14-18 ans (en pourcentage)

	Paka	Cocaïne	Produits à inhaler	Amphétamines	Ecstasy
Polynésie française ^a	34,9	0,9	1,8	1,1	2,4
Samoa ^b	17,6	5,4	11,6	5,7	5,0
Mariannes du nord ^b	54,9	4,7	-	4,9	4,7
Guam ^b	45,5	4,6	14,0	5,9	5,8
Marshall ^b	13,9	7,7	-	13,1	-
Palau ^b	59,8	5,9	8,8	7,1	6,9

a. 2009. b. 2007.

Source : Lippe et al. 2007 [5]

FACTEURS ASSOCIÉS À L'EXPÉRIMENTATION DE DROGUES ILLICITES AUTRES QUE LE PAKA

Trois régressions logistiques différentes ont été modélisées pour étudier les facteurs associés à la consommation d'une autre drogue que le paka, et plus spécifiquement à

celle de kava et de cocaïne. La filière scolaire, testée dans d'autres modèles, apparaît à tous les âges sans lien avec l'expérimentation d'une drogue illicite autre que le paka [tableau VII].

La consommation d'une drogue illicite autre que le paka chez les jeunes est associée à l'absentéisme scolaire et au niveau de dépression. Par ailleurs, elle concerne de

TABLEAU VII

Facteurs associés à l'expérimentation des autres drogues

	Effectifs bruts	Drogues autres que le paka		
		%	ORa	IC
Sexe				
Garçons	1 792	7,9	1,4*	1,0; 1,8
Filles (réf.)	1 846	6,4	1	
Âge (années)				

10-12	477	3,0	0,6	0,3; 1,1
13-14	881	5,7	1,0	0,7; 1,5
15-16 (réf.)	1 084	6,0	1	
17-18	824	11,7	1,8**	1,3; 2,6
19 et plus	372	9,7	1,7*	1,0; 2,7
Strate géographique				

Îles du Vent zone urbaine (réf.)	1 929	8,7	1	
Îles du Vent zone rurale	862	6,4	0,7*	0,5; 1,0
Îles Sous-le-Vent	434	3,1	0,4**	0,2; 0,7
Archipels éloignés	413	3,9	0,5**	0,3; 0,8
Situation des parents				
Ensemble (réf.)	2 569	6,5	1	
Séparés	744	8,0	1,1	0,8; 1,5
Un parent inconnu/décédé	325	10,1	1,4	0,9; 2,1
Absentéisme				

Aucun (réf.)	2 522	5,2	1	
Un jour	522	9,1	1,5*	1,0; 2,2
Deux jours ou plus	594	13,7	2,1***	1,5; 2,9
Moyenne scolaire				
*				
14-20 (réf.)	818	5,5	1	
10-14	2 073	7,0	1,0	0,7; 1,4
Moins de 10	747	9,4	0,9	0,6; 1,5
Redoublement				
Jamais (réf.)	2 013	6,5	1	
Au moins une fois	1 625	8,0	0,9	0,6; 1,2
Intensité dépressive				

Pas de dépression (réf.)	2 627	5,8	1	
Dépression modérée	808	10,3	1,7***	1,2; 2,3
Dépression patente	203	12,3	2,0**	1,2; 3,3

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

manière plus importante les jeunes habitant dans les zones urbaines des Îles du Vent.

La consommation de kava semble très peu liée aux facteurs sociodémographiques ou scolaires, à la différence des autres produits. Cette expérience semble juste être plus masculine (ORa = 2,0, p<0,001). Sans pouvoir dépasser le stade des hypothèses, l'usage de ce produit pourrait être plus lié à

la tradition qu'à des facteurs psychologiques ou sociaux.

L'expérimentation de cocaïne semble, à la différence de celle de kava, fortement liée aux facteurs scolaires et au risque de dépression. Ainsi, une dépression patente apparaît particulièrement liée à l'expérimentation de cocaïne (ORa = 6,2, p<0,001), de même que l'absentéisme de plus d'une journée au

	Kava			Cocaïne		
	%	ORa	IC	%	ORa	IC

	4,1	2,0**	1,3; 3,0	2,0	1,9*	1,1; 3,2
	2,2	1		1,3	1	
	**					
	1,6	0,7	0,3; 1,6	0,7	1,1	0,3; 4,0
	2,7	1,1	0,6; 2,1	0,7	0,7	0,2; 1,8
	2,4	1		1,2	1	
	5,2	2,2**	1,3; 3,7	3,2	2,1*	1,0; 4,2
	4,2	1,8	0,9; 3,7	3,2	2,2	0,9; 5,2

	3,5	1		1,8	1	
	3,4	1,1	0,7; 1,7	2,2	1,1	0,6; 2,0
	1,6	0,5	0,2; 1,1	0,5	0,3	0,1; 1,2
	2,5	0,8	0,4; 1,5	0,4	0,3	0,1; 1,1

	3,0	1		1,5	1	
	3,4	1,1	0,7; 1,8	1,5	0,9	0,4; 1,7
	4,0	1,3	0,7; 2,3	3,2	1,5	0,7; 3,0

	2,9	1		0,9	1	
	2,9	0,9	0,5; 1,7	2,7	2,1*	1,0; 4,2
	4,4	1,1	0,7; 1,9	3,9	2,7**	1,4; 5,0

	3,3	1		1,0	1	
	2,9	0,7	0,5; 1,2	1,7	0,9	0,4; 2,0
	3,7	0,8	0,4; 1,4	2,1	0,6	0,3; 1,6

	2,7	1		1,0	1	
	3,8	1,1	0,7; 1,6	2,6	1,7	0,9; 3,1
	**					
	3,0	1		1,0	1	
	3,3	1,2	0,7; 1,9	2,3	2,1*	1,1; 3,9
	4,1	1,4	0,7; 3,0	6,8	6,2***	3,0; 12,9

cours du dernier mois ($ORa = 2,7, p < 0,01$). L'expérimentation de cocaïne semble donc associée à des situations assez défavorables.

Des modèles logistiques ont également été mis en œuvre dans le cadre de l'enquête Espad 2007 afin d'apprécier les principaux facteurs associés à l'expérimentation de cocaïne. Si ces modèles ne permettent pas de comparer directement les *odds ratio* entre les deux enquêtes, les modèles respectifs sont suffisamment voisins pour être évoqués ici.

En France métropolitaine, l'expérimentation de cocaïne est pareillement répartie entre les sexes et ne varie que faiblement avec la situation scolaire : si elle ne varie pas suivant le cycle scolaire ou le niveau de diplôme des parents, elle évolue fortement en revanche avec la moyenne générale déclarée (la tendance est à l'augmentation avec la baisse de la moyenne) et parmi les élèves qui ont redoublé au cours de leur vie. Une fois les différents facteurs étudiés contrôlés, seul le fait d'avoir de moins bonnes notes (inférieures à 14) reste associé à l'expérimentation de ce produit.

DISCUSSION

Le principal enseignement de cette étude, au-delà du fait attendu que le paka est beaucoup plus présent dans l'univers des adolescents polynésiens que n'importe laquelle des autres drogues, est la présence inattendue du kava parmi les expérimentations. Le kava est la racine d'un poivrier sauvage, (*piper methysticum*) originaire de Papouasie Nouvelle-Guinée, du Vanuatu (ex Nouvelles-Hébrides) et de quelques îles avoisinantes. La plante est également surnommée *narcotic pepper* [3]. Le kava est consommé sous forme de boisson préparée à partir du rhizome : la racine est broyée puis malaxée dans de l'eau avant d'être filtrée. Cette boisson possède des propriétés à la

fois anesthésiantes, myorelaxantes, stimulantes, euphorisantes et diurétiques. Elle devient hypnotique à fortes doses [4]. Le kava potentialise les effets d'autres dépresseurs du système nerveux central, tels que les benzodiazépines ou les barbituriques [5]. Il est parfois utilisé pour renforcer les effets de l'alcool et du cannabis dans une recherche de sensations plus intenses [6].

En France, ce produit n'est pas classé comme stupéfiant au 15 juin 2007 suivant les informations diffusées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Toutefois, sa consommation et son commerce sont réglementés. En janvier 2002, l'Afssaps a suspendu la délivrance et l'utilisation, à des fins thérapeutiques, des produits et des préparations contenant du kava, à l'exception de certaines préparations homéopathiques, et a recommandé aux patients de ne plus consommer les produits concernés par la suspension en raison de quelques cas graves d'intoxications hépatiques, parfois mortels, imputables à sa consommation.

Le kava a été introduit au cours des années 1990 en Nouvelle-Calédonie [7], où de nombreux kava bars sont aujourd'hui ouverts, sous le nom de *nakamal*. L'essor du kava est parfois présenté comme un retour à la tradition ou comme le développement d'une néotradition dans divers pays du Pacifique et en particulier en Nouvelle-Calédonie. Toutefois, l'introduction récente du produit semble infirmer cette interprétation. Aujourd'hui, sa consommation paraît relever, selon certains auteurs, d'une pratique addictive inscrite dans la polyconsommation de substances [8]. Concernant la Polynésie française, l'implantation du kava semble beaucoup moins ancrée.

Par ailleurs, notre enquête montre la quasi-absence, à l'adolescence, de consommation de datura (parfois connue sous le nom de « tisane du Diable » ou « herbe du Diable »), substance consommée — en

décoction ou parfois fumée en association avec du cannabis — dans le but de ressentir des hallucinations, une sédation et de faire disparaître la fatigue [9]. Les enquêtes menées en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie n'ont pas non plus révélé d'usage de datura [10].

Sur l'ensemble des produits, la comparaison des données obtenues en métro-

pole et en Polynésie française montre que les jeunes Polynésiens consomment globalement moins de drogues illicites que leurs homologues du continent. Bien qu'il s'oppose à des stéréotypes ancrés, ce résultat est assez attendu du fait des niveaux de consommation assez élevés en métro-

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 14 mars 2011.

- [1] Lippe J., Brener N., Kann L., Kinchen S., Harris W. A., McManus T., Speicher N. Youth Risk Behavior Surveillance—Pacific Island United States Territories, 2007. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, November 2008, vol. 57, n° SS-12 : p. 28-56.
En ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5712a2.htm>
- [2] Brener N. D., Kann L., McManus T., Kinchen S. A., Sundberg E. C., Ross J. G. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, October 2002, vol. 31, n° 4 : p. 336-342.
- [3] Shulgin A. T. The Narcotic Pepper: the Chemistry and Pharmacology of Piper Methysticum and Related Species. *Bulletin on Narcotics*. 1973, n° 2 : p. 59-74.
En ligne : http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1973-01-01_2_page008.html
- [4] Lewin L. Le Kawa-kawa. In : *Phantastica : drogues psychédéliques, stupéfiants, narcotiques, excitants, hallucinogènes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1970 : p. 230-239.
- [5] Boonen G., Pramanik A., Rigler R., Hâberlein H. Evidence for Specific Interaction Between Kavain and Human Cortical Neurons Monitored by Fluorescence Correlation Spectroscopy. *Planta Medica*, 2000, vol. 66, n° 1 : p. 7-10.
- [6] Laroche S., Cabalion P., Barguil Y. Typologie de la consommation de kava en Nouvelle-Calédonie, profils d'après enquêtes « à dire de buveurs ». *Ethnopharmacologia*. 2005, n° 35 : p. 19-31.
- [7] Chanteraud A. R. *La saga du kava : du Vanuatu à la Nouvelle-Calédonie*. Bordeaux : Centre de recherche sur les espaces tropicaux (CRET), coll. Îles et archipels, 2001 : 288 p.
- [8] Barguil Y., Mermond S., Kintz P., Villain M., Choblet E., Cirimele V., et al. L'abus de Datura et de Kava en Nouvelle-Calédonie : une pratique inquiétante. *Annales de toxicologie analytique*. 2006, vol. 18, n° 1 : p. 33-43.
En ligne : <http://www.ata-journal.org/articles/ata/pdf/2006/01/ata2006105.pdf>
- [9] Anger J.-P., Villain M., Baert A., Kintz P. Le datura : une plante oubliée de la pharmacopée mais qui semble de plus en plus plébiscitée par les jeunes. *Annales de toxicologie analytique*. 2004, n° 16 (3) : p. 166.
- [10] Beck F., Legleye S., Michel C., Spilka S., Laumond S., Karila L., Le Nézet O. Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. *Alcoologie et Addictologie*. 2008, vol. 30, n° 4 : p. 355-365.

Conclusions et perspectives

MARIE-FRANÇOISE BRUGIROUX

NICOLE CERF

FRANÇOIS BECK

Cette enquête participe au portrait détaillé des jeunes adolescents scolarisés en Polynésie française. Elle permet, du fait des thèmes évoqués et de la représentativité de l'échantillon, une description des usages de produits psychotropes par cette tranche de la population. Il ne s'agissait pas uniquement de compléter des données statistiques, mais bien d'apporter des éléments de compréhension nouveaux quant aux motivations qui font choisir aux jeunes ces modes de pratique et d'ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge et de prévention. C'est ainsi qu'ont été explorés des éléments de leur vie quotidienne et scolaire, ainsi que leurs difficultés à assumer cette vie.

Plusieurs constats peuvent être faits.

- Le taux d'absentéisme est fort et la relation entre celui-ci et l'importance de la consommation de produits psychotropes dans le cadre d'une consommation à risque ou à problème est évidente. Près d'un élève sur trois déclare avoir été amené au moins une

fois à manquer l'école volontairement dans le mois qui a précédé l'enquête.

- Si dans l'ensemble les jeunes Polynésiens aiment l'école, il reste que leurs plus grandes sources d'inquiétude sont l'orientation scolaire et le choix d'un métier.

- Bon nombre d'élèves expriment le désir d'être informés sur l'estime de soi (28 %) et la gestion du stress (21 %). La famille et le corps médical sont les deux sources d'information les plus plébiscitées, les plus jeunes espérant beaucoup de leurs parents et les plus âgés préférant parler à des personnes plus spécialisées. Cette constatation met en évidence l'importance d'aider les parents à être aptes à parler à leurs enfants de sujets pour lesquels ils n'ont pas forcément les connaissances, et qu'ils ne savent pas forcément de quelle manière aborder.

- Que ce soit sous forme de dépression modérée ou patente, 21 % des garçons de Polynésie et 32 % des filles présentent des signes de mal-être. Souvent difficiles à exprimer, les symptômes douloureux sont

des facteurs d'aggravation de la consommation de produits psychotropes ; ils sont présents chez 41 % des fumeurs quotidiens, 42 % des usagers à problème de paka et 44 % des buveurs réguliers.

■ La consommation de tabac évolue nettement avec l'âge au point qu'à 17 ans, deux tiers des garçons et trois quarts des filles ont déjà essayé de fumer. Les filles fument plus que les garçons, que ce soit en pourcentage ou en fréquence de consommation. Cette tendance était déjà mise en évidence il y a dix ans et suit la tendance observée dans la plupart des pays développés.

■ Fait inquiétant : l'expérimentation de tabac commence de plus en plus tôt. Ainsi, si en 1998 près d'un tiers des jeunes fumeurs déclaraient avoir fumé leur première cigarette avant 13 ans, ils sont la moitié aujourd'hui. Il en va de même de l'usage quotidien qui est passé de 5 % à 14 % en dix ans. La connaissance des risques et notamment celle du risque addictogène du tabac est bien présente, preuve que les messages de prévention véhiculés par les campagnes médiatiques et lors des débats animés dans le milieu scolaire sont mémorisés. Malheureusement, ils ne suffisent pas à dissuader les jeunes de renoncer à commencer à fumer.

■ La consommation de boissons alcoolisées se révèle toujours très ancrée dans la vie des adolescents en Polynésie. Rappelons que depuis 1959, la vente d'alcool est interdite aux mineurs. En dix années, le taux d'expérimentation et d'ivresse a augmenté quelle que soit la classe d'âge, mais plus particulièrement chez les plus jeunes dès 10 ans. La nette différence entre les garçons et les filles observée en 1999 à l'âge de 15 ans a disparu en 2009, les filles ayant modifié leurs habitudes pour calquer celles des garçons.

■ Si les jeunes Polynésiens boivent moins fréquemment que les jeunes métropolitains au même âge, ils le font de manière plus

excessive avec des ivresses plus fréquentes. La différence apparaît particulièrement marquée pour les filles. On retrouve dans cette façon de boire celle de la génération de leurs parents pour lesquels la consommation d'alcool se fait sur un mode toxico-maniaque à la recherche de l'ivresse, qui est synonyme à leurs yeux de fête et d'évasion. Le produit consommé a évolué avec le temps : les alcools forts comme la vodka sont des boissons qui prennent de plus en plus de place dans le choix des jeunes consommateurs, facilitant l'accès à l'ivresse. On peut se demander quelle est la part de responsabilité des publicités diffusées en Polynésie par les fabricants ou importateurs de boissons alcoolisées quand elles s'appuient sur la tradition de fête dans la société et la place de l'alcool pour faciliter le dialogue entre les gens.

■ En ce qui concerne les drogues illicites, le paka, cannabis local, est très présent dans la vie des adolescents quel que soit leur âge, plus chez les garçons que chez les filles que ce soit par la fréquence ou par l'usage à risque ou à problème. Cette prédominance masculine était déjà marquée en 1999 où le risque de consommer une drogue était presque deux fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. En 2009, un tiers des garçons et un quart des filles ont expérimenté le cannabis, 13 % des garçons et 9 % des filles en font un usage à risque, tandis que 4 % des garçons et 2 % des filles présentent un usage à problème. Ceci marque une nette hausse de la consommation en dix années. La différence entre les sexes s'estompe vers l'âge de 15 ans. Les filles seraient devenues depuis quelques années de plus en plus consommatrices à ce stade de leur adolescence qui correspond aux dernières années de collège et au début des années de lycée. C'est aussi à cet âge que les filles déclarent présenter des signes dépressifs et de stress. Une corrélation entre consommation et dépression

semble pouvoir être faite, d'autant plus que les principales raisons évoquées par les filles pour expliquer la consommation sont, après la curiosité et le fait d'apprécier les sensations, l'oubli des problèmes (23 %), la tristesse (11 %), puis le stress (7,5 %).

■ Par rapport à la métropole, à 15 ans, les niveaux de consommation et d'usages à risque de paka apparaissent supérieurs en Polynésie.

■ La consommation d'autres produits illicites est plus marginale et ne concerne pas plus de 2 % des jeunes scolarisés sur un mode de consommation occasionnel. Il est à noter que la consommation d'*ice* (amphétamines) apparaît à un niveau assez bas (même si elle est parmi les substances les plus expérimentées après la paka), probablement parce que cette expérimentation relevée par les acteurs de terrain intervient un peu plus tard dans l'adolescence, voire à l'âge adulte.

■ Le niveau de consommation est inférieur dans les Îles Sous-le-Vent à celui des autres archipels, quel que soit le produit consommé, sans qu'aucune hypothèse ne soit évoquée, même par les professionnels de ces îles. Cette constatation avait déjà été faite lors de l'enquête précédente, il y a dix ans. Une meilleure compréhension de ce phénomène mettant en évidence les facteurs protecteurs vis-à-vis de l'usage de substances psychoactives pour ces enfants permettrait sans doute d'ouvrir des axes de prévention pour les autres jeunes de Polynésie.

■ Dans l'ensemble, la consommation de produits psychotropes a augmenté en dix ans avec une hausse plus significative chez les filles, en particulier pour la consommation d'alcool. L'âge de début s'abaisse, laissant supposer une banalisation de ces pratiques malgré une bonne connaissance des risques encourus. La précocité du premier usage de drogues est sans nul doute un facteur favorisant la poursuite de la

consommation et l'installation d'un usage à risque ou à problème.

De ces différents constats, on peut tirer un certain nombre de perspectives.

■ Les résultats de cette enquête sont en adéquation avec le constat que les professionnels de terrain font en côtoyant la population adolescente de Polynésie. C'est pourquoi, consciente de la gravité de la situation, la direction de la Santé a fait adopter en 2009 par le Conseil des ministres, un programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie. Entré en vigueur en 2009, ses quatre stratégies d'intervention sont :

- le renforcement de la prévention ;
- la création d'environnements à risques réduits ;
- l'optimisation de la prise en charge ;
- la surveillance de la consommation et l'évaluation des actions.

■ Dans le but de développer le partenariat entre les acteurs de prévention, le Comité de lutte contre l'alcool et la toxicomanie a été créé à l'initiative du ministère de la Santé. Il regroupe les services de l'État et du pays qui travaillent ensemble sur les orientations à donner aux actions sur le terrain et sont force de propositions pour le gouvernement. Un groupe de travail s'est penché en 2009 sur l'interdiction de la publicité en faveur des boissons alcoolisées et, en 2010, sur l'animation dans tous les archipels de séances de sensibilisation aux risques de la consommation de produits psychoactifs dès l'école primaire, à l'aide de courts métrages réalisés par la direction de la Santé.

■ Plusieurs pistes de travail peuvent être préconisées afin d'endiguer ce phénomène de croissance de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes Polynésiens, sachant que le pays n'est pas le seul à voir s'installer cette évolution défavorable.

■ La mise en place d'un observatoire des drogues ou l'intégration d'une rubrique

«addiction» à l'Observatoire polynésien de la santé, permettrait de recueillir l'ensemble des données de consommation et de trafic émanant des différents secteurs concernés, qu'ils soient issus de la santé, du social ou des forces de l'ordre. Une meilleure connaissance de la situation et en particulier de l'émergence de tel ou tel produit induira une adaptation des actions de prévention. La Polynésie a longtemps été protégée de l'importation de produits illicites autres que le cannabis, mais ces dix dernières années ont vu l'introduction régulière et en quantité non négligeable de produits comme la cocaïne et la métamphétamine. Même si cette consommation, d'après les résultats de l'enquête, semble presque inexistante chez les jeunes scolarisés, il n'en reste pas moins que l'offre est bien présente.

■ La constatation de l'augmentation réelle de la consommation de tabac, d'alcool et de paka par les adolescentes polynésiennes en dix ans doit nous interpeller. Il semble que le niveau de connaissances sur les risques ne fait pas défaut et que les messages de prévention véhiculés depuis plusieurs années ont été entendus. Mais ils se heurtent aux pratiques bien ancrées dans la

société de consommation associées à la fête et ce quel que soit l'âge, à la grande disponibilité des produits et au fait que l'alcool et le cannabis apparaissent souvent comme le seul moyen de supporter les difficultés de la vie. Il est important, avant de se lancer dans des actions ciblant les filles, de mieux comprendre ce qui les poussent à vouloir consommer comme les garçons : place dans la société mal définie, besoin de s'imposer ou de se faire respecter, stress plus important, accès plus facile aux produits...

■ Il est certain qu'apprendre à gérer ses émotions et ses frustrations dès la petite enfance serait un moyen d'aider les jeunes à ne pas basculer d'un usage simple à un usage à risque ou à problème dans un pays où on a honte de parler de soi et de ce que l'on ressent. C'est dans ce sens que le programme polynésien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie préconise notamment la mise en place d'un programme basé sur le développement de la confiance en soi et de l'estime de soi, et sur les moyens de communiquer les uns avec les autres dans un respect mutuel. Les jeunes ont beaucoup de choses à nous dire ; à nous de les écouter.



ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire

Enquête sur les consommations de tabac, d'alcool et de drogues



Numéro de classe

(Il est inscrit ou tableau)

Qui es-tu ?

1 Tu es ? Un garçon Une fille

2 Ton mois de naissance : Ton année de naissance : 1 9

3 Pratiques-tu les activités suivantes ? A quelle fréquence ?

(coche une case PAR LIGNE)	Jamais	Peu de fois dans l'année	Une ou deux fois pas mois	Au moins une fois par semaine	Presque chaque jour
Jouer à des jeux vidéo (sur ordinateur ou console de jeu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiquer un sport ou faire de l'exercice (y compris la danse ou le va'a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire des livres pour le plaisir (en dehors des livres d'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir pour la soirée (bringues, fêtes, discothèque, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres passe-temps (jouer d'un instrument, chanter, dessiner, écrire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précise: _____					
Aller avec des amis dans des magasins, en ville, dans les rues, dans des parcs, à la plage, etc. juste pour le plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfer sur Internet pour le loisir (chats, rechercher de la musique, jouer à des jeux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à l'église ou au temple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, combien de jours as-tu manqué un ou plusieurs cours ?

(coche une case PAR LIGNE)	Aucun	1 jour	2 jours	3 - 4 jours	5 - 6 jours	7 jours ou plus
Parce que tu as été malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que tu as séché (chapé) les cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour d'autres raisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Quelle était TA MOYENNE GENERALE (sur 20) à la fin du 2^{ème} trimestre de cette année ? (coche UNE SEULE CASE)

- | | |
|---|---|
| • Entre 16,0 et 20 <input type="checkbox"/> | • Entre 8,0 et 9,9 <input type="checkbox"/> |
| • Entre 14,0 et 15,9 <input type="checkbox"/> | • Entre 6,0 et 7,9 <input type="checkbox"/> |
| • Entre 12,0 et 13,9 <input type="checkbox"/> | • Entre 4,0 et 5,9 <input type="checkbox"/> |
| • Entre 10,0 et 11,9 <input type="checkbox"/> | • 3,9 ou moins <input type="checkbox"/> |

6 CETTE ANNEE, aimes-tu l'école?

Beaucoup Bien Moyennement Peu Pas du tout

7 AU COURS DE TA SCOLARITE, as-tu redoublé?

Jamais Une fois 2 fois ou plus



Ta vie de famille

8 Est-ce que tes parents biologiques : (plusieurs réponses possibles)

- Vivent ensemble
- Sont séparés
- Ton père est décédé
- Ta mère est décédée
- Tu ne connais pas ton père
- Tu ne connais pas ta mère

9 Depuis la rentrée scolaire d'août 2008, avec qui vis-tu la plupart du temps? (plusieurs réponses possibles)

- Avec tes 2 parents
- Avec tes parents adoptifs
- Avec ton père seulement
- Avec ta mère seulement
- Avec tes grands parents
- Avec d'autres personnes
- Précise: _____
- Autres cas (internat, foyer...)
- Précise: _____

10 Combien de frères et sœurs (y compris demi-sœurs et demi-frères) vivent avec toi à la maison? soeur(s)

11 Combien de personnes au total (adultes et enfants) vivent avec toi à la maison? frère(s)

12 Est-ce que ...

	Oui, régulièrement	Oui, de temps en temps	Non	A la retraite	Pas de père/mère
--	--------------------	------------------------	-----	---------------	------------------

...ton père (vrai ou adoptif) travaille ?

...ta mère (vraie ou adoptive) travaille ?

13 Au cours des 30 DERNIERS JOURS, as-tu... ?

(coche une seule case PAR LIGNE)

	Non	Oui	SI OUI TOUS LES JOURS, combien?	SI OUI UNE FOIS PAR SEMAINE, combien?
...reçu de l'argent de poche régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FCP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FCP
...gagné de l'argent en faisant des petits jobs ou en rendant des petits services (jardinage, baby-sitting, extras dans un hôtel...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FCP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FCP
... reçu de l'argent pour un anniversaire, une fête ou un autre événement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI OUI, combien LA DERNIERE FOIS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FCP

Tes joies et tes problèmes

14 Qu'est-ce qui t'apporte le plus de JOIE dans ta vie de tous les jours? (coche UNE SEULE CASE)

- Ta famille
- Tes relations avec les autres
- L'alcool
- Le tabac
- Les loisirs
- La religion
- La sexualité
- L'école
- Tes amis
- Le paka
- Une autre drogue
- Autre
- Précise: _____
- Rien du tout

15 Dans ta vie de tous les jours, qu'est-ce qui te pose le plus de PROBLEMES ? (coche UNE SEULE CASE)

- Ta famille
- Tes relations avec les autres jeunes
- L'alcool
- Tes relations avec les adultes
- Les accidents de la route
- La religion
- La sexualité
- Le tabac
- L'école
- Les loisirs
- Le paka
- Une autre drogue
- Le choix de tes études, de ton orientation
- Le choix d'un métier
- Les déplacements quotidiens
- Autre
- Précise: _____
- Rien du tout

16 Sur quels sujets de santé aimerais-tu le PLUS être informé ? (coche 2 CASES MAXIMUM)

- | | |
|---|--|
| • L'alcool <input type="checkbox"/> | • L'alimentation <input type="checkbox"/> |
| • La sexualité (puberté, grossesse, contraception, maladies sexuellement transmissibles) <input type="checkbox"/> | • Comment gérer son stress, ses angoisses <input type="checkbox"/> |
| • Le tabac <input type="checkbox"/> | • Comment faire face à l'influence des autres <input type="checkbox"/> |
| • Le paka <input type="checkbox"/> | • Comment avoir plus confiance en soi <input type="checkbox"/> |
| • Les autres drogues <input type="checkbox"/> | • Autre <input type="checkbox"/> |
| • L'hygiène <input type="checkbox"/> | Précise: <input type="text"/> |
| | • Aucun sujet <input type="checkbox"/> |

17 Par qui préférerais-tu avoir ces informations ? (coche UNE SEULE CASE)

- | | |
|--|---|
| • Tes parents, ta famille <input type="checkbox"/> | • Un médecin, une infirmière ou un psychologue <input type="checkbox"/> |
| • Des jeunes de ton âge <input type="checkbox"/> | • Un animateur, un éducateur <input type="checkbox"/> |
| • Un professeur <input type="checkbox"/> | • Un membre de l'Église <input type="checkbox"/> |
| • L'infirmière ou l'assistante sociale scolaire <input type="checkbox"/> | • Je ne sais pas <input type="checkbox"/> |

Les questions suivantes concernent tes consommations de tabac, d'alcool et d'autres drogues

Consommation de tabac

18 Si tu voulais te procurer des cigarettes, ce serait :

Très difficile Assez difficile Assez facile Très facile Je ne sais pas

19 Au cours de TA VIE, combien de fois as-tu fumé des cigarettes ?

0 fois 1-2 fois 3-5 fois 6-9 fois 10-19 fois 20-39 fois 40 fois ou plus

20 Au cours des 30 DERNIERS JOURS, as-tu fumé des cigarettes ? (coche UNE SEULE CASE)

- | | |
|--|---|
| • Aucune <input type="checkbox"/> | • 1 à 5 cigarettes par jour <input type="checkbox"/> |
| • Moins d'une cigarette par semaine <input type="checkbox"/> | • 6 à 10 cigarettes par jour <input type="checkbox"/> |
| • Moins d'une cigarette par jour <input type="checkbox"/> | • 11 à 20 cigarettes par jour <input type="checkbox"/> |
| | • Plus de 20 cigarettes par jour <input type="checkbox"/> |

21 À quel âge as-tu ... ? (coche une case PAR LIGNE)

	9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans ou plus
...fumé ta première cigarette <small>Je n'ai jamais fumé</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...commencé à fumer des cigarettes tous les jours <small>Je ne fume pas tous les jours</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Quel tabac fumes-tu le plus souvent ? (coche UNE SEULE CASE)

Tabac à rouler Cigarettes en paquet Je ne fume pas

23 Est-ce que tes parents (ou l'un des deux) savent que tu fumes du tabac ? (coche UNE SEULE CASE)

Oui Non Je ne sais pas Je ne fume pas

24 A ton avis, est-ce que le tabac est une drogue ?

Oui Non Je ne sais pas

25 A ton avis, est-ce que fumer du tabac est dangereux pour la santé ? Non Oui Je ne sais pas

Si OUI, tu penses que c'est dangereux pour la santé si on fume : (coche UNE SEULE CASE)

- Tous les jours, à partir d'un certain nombre de cigarettes
- Tous les jours, quelque soit le nombre de cigarettes
- Même si ce n'est qu'une fois de temps en temps

26 Est-ce que...
(coche une case par ligne)

	NON, il / elle n'a jamais fumé	NON, il / elle a arrêté	OUI, occasionnellement	OUI, tous les jours	Pas de père/ mère
...ton père fume du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ta mère fume du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation de boissons alcoolisées

Les questions suivantes portent sur les **BOISSONS ALCOOLISÉES** : bière, cidre, prémix (petite bouteille contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5°: Smirnoff Ice™, Boomerang™...), vin, alcools forts (whisky, rhum, gin, pastis...), punch, cocktails et champagne...

27 Combien de fois as-tu bu des boissons alcoolisées ?

(coche une case PAR LIGNE)

	0 fois	1 ou 2 fois	3 à 5 fois	6 à 9 fois	10 à 19 fois	20 à 39 fois	40 fois ou plus
Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Repense aux 30 DERNIERS JOURS. Combien de fois as-tu bu... ?

(coche une case PAR LIGNE)

	0 fois	1 ou 2 fois	3 à 5 fois	6 à 9 fois	10 à 19 fois	20 à 39 fois	40 fois ou plus
...de la bière (sauf bière sans alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du cidre (sauf cidre sans alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des prémix (petite bouteille de mélange alcool-soda de 5°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des alcools forts (whisky, cognac, cocktails, etc. sauf prémix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du champagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du punch ou des cocktails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Repense aux 30 DERNIERS JOURS. Combien de fois as-tu bu cinq VERRES d'alcool standard ou plus en UNE SEULE OCCASION ?

Aucune 1 fois 2 fois 3-5 fois 6-9 fois 10 fois ou plus



30 Combien de fois as-tu été **IVRE** en buvant des boissons alcoolisées?

(par exemple : tituber, n'être plus capable de parler correctement, vomir ou ne plus se rappeler ce qui s'est passé)

(coche une case PAR LIGNE)	0 fois	1 ou 2 fois	3 à 5 fois	6 à 9 fois	10 à 19 fois	20 à 39 fois	40 fois ou plus
Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 À quel âge as-tu, pour la **PREMIERE FOIS**, bu ... ?(coche une case **PAR LIGNE**)

	Jamais bu	9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans ou plus
...de la bière (au moins un verre) (sauf bière sans alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du cidre (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...un prémix (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du vin (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de l'alcool fort (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du punch, cocktails (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du champagne (au moins un verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...été ivre après avoir bu de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 A ton avis, est-ce que l'alcool est une drogue ? Oui Non Je ne sais pas **33** Est-ce que tes parents (ou l'un des deux) savent qu'il t'arrive de boire des boissons alcoolisées ?Oui Non Je ne sais pas Je ne bois pas d'alcool **34** Où bois-tu le plus souvent ? (coche **UNE SEULE CASE**)

- A la maison
- A l'école ou à la sortie de l'école
- Chez des amis
- A la plage
- Autre lieu
- Précise: _____
- Je ne bois pas d'alcool

35 Avec qui bois-tu le plus souvent (coche **UNE SEULE CASE**)

- Amis de ton âge
- Amis plus âgés
- Famille
- Personnes adultes qui ne font pas partie de ta famille
- Seul
- Je ne bois pas d'alcool

36 Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de conduire (vélo, scooter, voiture ou skate) après avoir bu de l'alcool?Oui Non

Consommation de PAKA (cannabis)

37 Si tu voulais te procurer du PAKA, ce serait :

Impossible Très difficile Assez difficile Assez facile Très facile Je ne sais pas

38 Combien de fois as-tu pris du PAKA ?

(coche une case PAR LIGNE)

	0 fois	1 ou 2 fois	3 à 5 fois	6 à 9 fois	10 à 19 fois	20 à 39 fois	40 fois ou plus
Au cours de ta vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 A quel âge as-tu, pour la PREMIERE FOIS, pris du PAKA ?

Jamais	9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans ou plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40 La première fois que tu as pris du PAKA, c'était pour quelle raison ? *(coche UNE SEULE CASE)*

- Par curiosité, pour essayer
- Pour faire comme les copains
- Pour rêver
- Pour éprouver de nouvelles sensations
- Pour oublier tes problèmes
- Pour faire le contraire de ce que disent les parents, les adultes
- Parce que tu n'as pas osé refuser
- Parce que tu étais triste ou en colère
- Je n'ai jamais pris de PAKA

41 Au cours des 12 DERNIERS MOIS, as-tu fumé du PAKA ?

Non Oui

<i>Si OUI, ...</i> <i>(coche une case PAR LIGNE)</i>	Jamais	Rarement (1 à 2 fois)	De temps en temps (3 à 5 fois)	Assez souvent (6 à 12 fois)	Très souvent (+ de 12 fois)
As-tu fumé du PAKA avant midi (12h)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu fumé du PAKA lorsque tu étais seul(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu fumé du PAKA pour dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes de mémoire quand tu fumais du PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de ta famille t'ont-ils dit que tu devrais diminuer ou arrêter ta consommation de PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu essayé de réduire ou d'arrêter ta consommation de PAKA sans y arriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes à cause de la consommation de PAKA (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu conduit (un vélo, scooter, voiture, skate) après avoir fumé du PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Si tu as fumé du PAKA au cours des 12 DERNIERS MOIS, c'était pour quelle raison ? *(coche UNE SEULE CASE)*

- Parce que j'étais triste
- Parce que j'avais des problèmes
- Parce que j'étais stressé(e)
- Parce que je passais un examen
- Parce que tout le monde fumait autour de moi
- Parce que j'avais des idées suicidaires
- Parce que j'aime les sensations que cela procure
- Pour être accepté dans un groupe
- Pour me sentir plus à l'aise avec les autres
- Pour une autre raison

Précise: _____

Autres drogues

43 Au cours des 12 DERNIERS MOIS, est-ce qu'il t'est arrivé de prendre des médicaments pour te calmer ou pour dormir ?

Je ne sais pas ce que c'est Non Oui

Si OUI,
la DERNIERE FOIS, • Est-ce qu'ils étaient prescrits par un médecin? Oui Non

• C'était pour quelle raison: (coche UNE SEULE CASE)

- Parce que j'étais triste - Parce que j'avais des idées suicidaires
- Parce que j'avais des problèmes - Parce qu'on m'en a proposé
- Parce que j'étais stressé(e) - Parce que je n'arrivais pas à bien dormir
- Parce que je passais un examen - Pour une autre raison

Précise: _____

44 Penses-tu pouvoir te procurer les produits suivants :

(coche une case PAR LIGNE)	Je ne connais pas ce produit	Impossible	Très difficilement	Assez difficilement	Assez facilement	Très facilement	Je ne sais pas
Des amphétamines (ice, crystal, speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des tranquillisants ou des somnifères non prescrits par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des produits à inhaler (colles, solvants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du LSD (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Au cours de TA VIE, as-tu déjà pris un autre produit que du tabac, de l'alcool ou du paka ?

Si OUI,
Au cours des 12 DERNIERS MOIS,
combien de fois en as-tu pris ?

	Je ne connais pas ce produit	NON	OUR	Si OUI, à quel âge LA PREMIERE FOIS?	Jamais	1 ou 2 fois	Entre 3 et 9 fois	Au moins 10 fois
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits à inhaler / sniffer (colle, solvants, trichlo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamine, ice, crystal, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre drogue: _____				ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre drogue: _____				ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien d'argent as-tu dépensé pour acheter...?

		FCP	Je n'en ai pas acheté
... du tabac	□ □ □ □ □ □ □ □	FCP	<input type="checkbox"/>
... des boissons alcoolisées (bière, cidre, prémix, vin, alcools forts)	□ □ □ □ □ □ □ □	FCP	<input type="checkbox"/>
... du paka	□ □ □ □ □ □ □ □	FCP	<input type="checkbox"/>
... d'autres drogues	□ □ □ □ □ □ □ □	FCP	<input type="checkbox"/>

47 Selon toi, combien, parmi tes amis...?
(coche une case PAR LIGNE)

	Aucun	Quelques-uns	Au moins la moitié, mais pas tous	Tous
...fument des cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...boivent des boissons alcoolisées (bière, cidre, prémix, vin, alcools forts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sont ivres de temps en temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fument du paka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48 Selon toi, combien, parmi les personnes avec qui tu vis...?
(coche une case PAR LIGNE)

	Aucun	Quelques-uns	Au moins la moitié, mais pas tous	Tous
...boivent des boissons alcoolisées régulièrement (au moins une fois par semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sont ivres régulièrement (au moins une fois par mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...consomment du paka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...consomment d'autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tes connaissances sur les drogues (alcool et tabac exclus)
49 Voici une liste de mots. Indique celui qui, pour toi, correspond le mieux à ce que tu penses des drogues.
(coche UNE SEULE CASE)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un plaisir | <input type="checkbox"/> Un aide pour se sentir plus à l'aise et vaincre sa timidité |
| <input type="checkbox"/> Un danger | <input type="checkbox"/> Un moyen de s'intégrer à un groupe d'amis |
| <input type="checkbox"/> Un moyen d'oublier ses problèmes | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Une déchéance (je fais d'aller de plus en plus mal) | Précise: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Un moyen pour arriver à dormir | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

50 D'après toi, est-ce que fumer du PAKA est interdit par la loi ? Oui Non Je ne sais pas
Pour finir...
51 Voici des phrases recueillies auprès d'adolescents, lis chacune d'entre elles, et coche « vrai » si elle correspond à ce que tu vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

	Vrai	Faux		Vrai	Faux
<input type="checkbox"/> Je suis vite 'l'u' de l'école, du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quand je me sens comme cela, j'ai envie d'en finir, de mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai du mal à réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je ne supporte pas grand-chose, je m'énerve vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je sens que la tristesse, la peine m'envahissent souvent en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je me sens découragé, abattu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Je dors très mal (difficultés à m'endormir, réveils fréquents, cauchemars...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ce que je fais est inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A l'école, au lycée, je n'arrive à rien, je ne m'en sors pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci d'avoir répondu à cette étude. Maururu roa.
Mets le questionnaire, SANS LE PLIER, dans la grande enveloppe commune**

ANNEXE 2

Rapport de passation



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DIRECTION DE LA SANTÉ



Enquête 2009 sur les modes de vie et les consommations de tabac, d'alcool et de drogues : Consignes et rapport de passation

Nous vous remercions de bien vouloir présenter cette enquête aux élèves.

Cette enquête a été mise au point par la Direction de la Santé, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) et l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF). Son but est de recueillir des informations sur la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives des jeunes. Ces données seront très utiles dans la recherche et la réflexion sur les programmes de prévention.

Vous êtes les acteurs de la réussite de cette enquête. Sa qualité dépend de vous : il est important que vous suiviez les instructions suivantes, afin que le déroulement de l'enquête soit le même dans tous les établissements. Évitez de parler des drogues AVANT la passation de cette enquête. Tout doit être fait pour que les jeunes se sentent à l'aise.

Veillez à bien respecter les points suivants.

1 – Lire ou expliquer avec vos mots les consignes suivantes aux élèves :

➤ Présentation du questionnaire :

Ce questionnaire a été mis au point par la Direction de la Santé, en collaboration avec la France (l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) et l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF). En tout, 4 600 élèves ont été tirés au sort et vont y répondre.

➤ Insister sur les points suivants :

- l'anonymat du questionnaire : ne pas écrire son nom, ni prénom !

Le questionnaire est totalement **confidentiel et anonyme**. N'y inscrivez pas votre nom ! Il comporte des questions sur les usages de tabac, de médicaments, d'alcool ou d'autres drogues. D'autres questions concernent votre mode de vie, vos sorties, vos loisirs... L'un des intérêts de cette étude est de voir comment évoluent ces habitudes par rapport aux enquêtes menées antérieurement. **Aucune statistique ne sera faite par classe ou par établissement**, c'est l'ensemble des réponses des jeunes scolarisés qui nous importe.

- la sincérité des réponses

Sa réussite dépend de vous tous, vous pouvez y répondre en toute confiance, mais vous devez le faire de manière sincère pour ne pas fausser les résultats. **Il n'est pas fait pour contrôler vos connaissances ou vous juger**. Il vise à mieux comprendre les habitudes des jeunes en général et à recueillir des informations indispensables pour améliorer la prévention en matière de santé et mieux répondre à vos attentes.

Ne parlez pas entre vous, le questionnaire est **PERSONNEL** et il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est votre opinion, vos comportements qui nous importent.

➤ Consignes de remplissage (à accompagner de dessin au tableau):

- Remplir le questionnaire au STYLO noir ou bleu (pas de crayon papier)
- Pour répondre, faire des croix :

Faites une croix comme ceci : dans la case qui correspond à votre situation (ou qui s'en approche le plus)

Si vous vous êtes trompés, noircir complètement la case, comme ceci : et cocher la bonne : .

- En général, il faut cocher une seule case par question, sauf lorsqu'il est indiqué que vous pouvez donner plusieurs réponses. Donnez les exemples suivants :

QUESTION 4 : coche « une case PAR LIGNE » : Pour chacune des 3 lignes, mettre une croix soit sous 'Aucun', soit sous '1 jour', soit sous '2 jours' etc.

QUESTION 14 : coche une SEULE CASE : mettre une croix dans UNE des 13 cases possibles

➤ Compréhension des questions :

Si une ou plusieurs question(s) ne sont pas claires, n'hésitez pas à demander de l'aide.

Il faut remplir **TOUTES** les questions*, même si vous ne vous sentez pas concernés.

Quand vous ne vous sentez pas concernés, cochez la case « Je ne fume pas » ou « Je ne bois pas d'alcool » ou « je ne sais pas »...

Si vous ne connaissez pas de quoi il s'agit, cochez la case « je ne connais pas ce produit ».

*Sauf pour les questions commençant par « Si OUI », l'élève ne devra répondre que si il a coché « OUI » à la question précédente.

➤ *Organisation de la passation et ramassage des questionnaires :*

Vous avez environ 1 heure pour remplir le questionnaire. Quand vous aurez terminé, **vérifiez bien que vous avez répondu à TOUTES les questions** et attendez que toute la classe ait terminé pour sortir de la salle. Les questionnaires seront mis ensemble dans une enveloppe qui sera fermée et adressée à la Direction de la Santé.

Les professeurs ou l'infirmier(e) ne liront pas les questionnaires.

2- Distribuer les questionnaires

3 - Mettre de côté le reste des questionnaires vierges non utilisés

4 - Pendant que les élèves remplissent, renseigner :

A- Date :

B- Etablissement:

C- Ile :

D- Classe:

5 - Remplir le tableau suivant :

E1 - Heure de début du remplissage : /_/_/ h /_/_/ mn		
E2 - Nombre d' :	Filles	Garçons
Elèves présents		
Elèves absents		

F. Des élèves ont-ils refusé de participer?

Non

Oui → Combien?

--	--

6 - Nous vous demandons, dans la mesure du possible :

- de ne pas vous déplacer entre les tables au milieu des élèves pendant qu'ils remplissent le questionnaire, sauf si l'un d'entre eux a besoin de votre aide pour répondre à une question. En effet, certaines questions sont sensibles, il faut qu'ils ressentent pleinement les conditions d'anonymat dans lesquelles ils répondent
- d'éviter que quelqu'un entre dans la salle avant que le remplissage soit complètement terminé
- d'éviter que les jeunes communiquent entre eux pendant la passation

Si un élève ne veut pas répondre à l'enquête : c'est son droit, mais il faut lui rappeler l'importance d'avoir les réponses de tous pour bien représenter la jeunesse dans sa diversité, et l'intérêt que l'enquête soit de bonne qualité pour éviter que des idées fausses circulent sur la jeunesse. S'il maintient sa position, il faut l'inviter à ne pas déranger les autres.

Parmi les questions probables des élèves lors du remplissage, on peut prévoir quelques réponses :

- Le champagne et le cidre sont des alcools.

- Q45 : En règle générale, s'ils posent des questions sur les drogues, il faut leur dire de cocher « je ne connais pas » (le cas échéant) et attendre la fin de l'enquête pour ouvrir la discussion.

- Pour les questions 8 à 13 : la question 8 concerne les parents biologiques de l'élève, et la question 9 fait également la distinction entre parents biologiques et parents adoptifs. Cependant, pour toutes les autres questions où l'on parle des parents, il s'agit des **adultes qui élèvent l'enfant**. Ceci est vrai également pour les questions 23, 26 et 33.

7 - Quand tout le monde a fini, ramasser les questionnaires et les mettre dans l'enveloppe

8 - Des petites cartes avec le site Internet du Centre de Consultations Spécialisées en Alcoolologie et Toxicomanie seront disponibles sur le bureau du professeur

9 - Remplir le tableau suivant :

G - Y a-t-il eu des questions ?	1 · non 2 · oui
Lesquelles ?
H - Y a-t-il eu du chahut ?	1 · non 2 · quelques élèves 3 · la moitié de la salle 4 · la majorité des élèves

I. Vos remarques sur le déroulement de l'enquête:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10 - Mettre cette feuille dans l'enveloppe et la fermer sous les yeux des élèves
11 – Remettre l'enveloppe à un agent du CCSAT ou du DPP et pour les îles, renvoyer cette enveloppe avec les autres enveloppes de votre subdivision PAR FRET AVION au :

Département des Programmes de Prévention
Direction de la Santé
BP 611
98 713 Papeete

- Merci pour votre collaboration -

ANNEXE 3

Présentation des enquêtes Espad et Escapad

Enquête Espad

Espad est une enquête quadriennale initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (groupe Pompidou). Elle cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. La dernière enquête s'est déroulée au deuxième trimestre 2007. Elle a réuni plus de trente-cinq pays dont la France, qui y participait pour la troisième fois consécutive.

L'enquête est menée selon une méthodologie standardisée et un questionnaire autoadministré commun à l'ensemble des pays participants. Elle offre ainsi une très bonne comparaison des habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues des jeunes européens avec un recul de plus de dix ans. En France, l'enquête est effectuée sous la responsabilité scientifique conjointe de l'OFDT et de l'équipe Santé de l'adolescent de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (U 669), en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche et le secrétariat général de l'Enseignement catho-

lique. Elle a reçu l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). L'échantillon 2007 a été réalisé par la direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance selon un sondage aléatoire équilibré¹ sur les critères suivants : type d'établissement (collège, lycée), type d'enseignement (général, professionnel...), localisation des établissements (dans une commune urbaine ou rurale), le secteur (public ou privé) et l'appartenance éventuelle à une zone d'éducation prioritaire (ZEP). Au total, ce sont 404 classes qui ont été échantillonnées, au sein desquelles tous les élèves ont été interrogés. Entre avril et mai 2007, 2 950 élèves nés en 1991, c'est-à-dire âgés de 15 ou 16 ans au moment de l'enquête, ont rempli individuellement le questionnaire en classe en présence d'un enquêteur chargé de leur présenter l'enquête et d'encadrer la passation. La parti-

1. Sondage utilisant un algorithme d'échantillonnage qui permet de tirer de manière aléatoire un échantillon équilibré sur un ensemble de totaux connus à partir d'informations auxiliaires disponibles dans la base. Pour plus d'information, consulter le site de l'Institut national de la statistique et des études économiques : <http://www.insee.fr>.

icipation des classes a été de 98,3 % et compte tenu des absents le jour de l'enquête et des refus de participer, le taux de participation des élèves atteint 90 %. Après contrôle de la qualité des données, l'échantillon analysé comporte 2 807 élèves (dont 1 421 garçons) représentatifs des adolescents nés en 1991 (taux de scolarisation supérieur à 98 % pour cette année de naissance). Les données 2007 ont été redressées afin d'assurer la représentativité des élèves de l'agriculture qui représentent environ 5 % des élèves scolarisés dans le secondaire en France.

Enquête Escapad

Escapad se déroule, grâce à une collaboration avec la Mission liaison partenariat de la direction du Service national, lors de la JAPD. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire autoadministré anonyme. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire ou en apprentissage, voire dans le supérieur ; certains en revanche sont déjà des actifs. L'enquête a été étendue aux Dom en 2001 et aux Com en 2003. Au fil des exercices, la taille de l'échantillon métropolitain a été augmentée

afin d'autoriser des exploitations régionales et départementales.

Un jour donné, le taux de participation à la JAPD est de l'ordre de 90 % (nombre de présents sur nombre de convocations). Toutefois, au final, le taux de couverture de la JAPD est nettement supérieur à ce ratio : les appelés sont convoqués à plusieurs dates et ont donc plusieurs opportunités de régulariser leur situation. La JAPD est de fait quasi obligatoire : les participants se voient remettre un certificat nécessaire à l'inscription aux examens soumis à l'autorité publique (permis de conduire, baccalauréat, examens universitaires, etc.). Par ailleurs, le taux de participation à l'enquête est de 99,9 % et les taux de réponse aux principales questions concernant les drogues supérieurs à 96 %.

La dernière enquête s'est déroulée en 2008 dans 240 centres du service national du 15 au 31 mars en métropole et s'est étendue au mois d'avril pour l'outre-mer. En tout, 50 235 individus, dont 43 799 âgés de 17 ans ou plus, ont été interrogés.

L'enquête Escapad a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique et le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, ainsi que l'avis favorable de la Cnil.

ANNEXE 4

Nettoyage de la base et options de recodage

Généralités

Pour disposer de données comparables à celles des enquêtes Espad et Escapad, les règles de nettoyage et de recodage de ces deux enquêtes ont été appliquées à l'enquête Ecaap¹. Ces recodages systématiques sont également devenus usuels dans de nombreuses enquêtes étrangères, et vont dans le sens des recommandations du *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* et du *National Institute on Drug Abuse*.

Grâce au système de contrôle de la saisie optique mis en place par l'ISPF, une grande partie du nettoyage et de la vérification a pu être prise en charge par Laurence Renou (Observatoire polynésien de la santé). La prise en compte des réponses multiples, des non-réponses et des incohérences a ensuite été effectuée à l'Inpes par Jean-Baptiste Richard et François Beck, en collaboration avec Laurence Renou. Tous les scans des questionnaires ont également été fournis. Cela nous a permis d'accéder à l'original des réponses lorsque certaines incohérences ou données manquantes ont été relevées.

La base de données avant nettoyage contenait 4 092 questionnaires remplis. Au total, dix questionnaires ont été supprimés après nettoyage de la base.

Signalons d'emblée qu'au final, les recodages effectués ne modifient qu'à la marge les prévalences estimées.

Âge

L'âge des élèves a été calculé à l'aide de deux informations renseignées en clair dans le questionnaire : le mois et l'année de naissance. Ces données servant au calage de l'échantillon, nous avons accordé une importance particulière au recodage des incohérences et des données manquantes pour ces deux questions.

Mois de naissance

Vingt et un questionnaires étaient codés par un chiffre supérieur à douze, trois par zéro, et, pour soixante et un questionnaires, la donnée était manquante.

Afin de ne pas perdre de questionnaire à cause d'une donnée manquante concernant le mois de naissance, nous avons choisi de recoder les quatre-vingt-cinq données manquantes ou incohérentes à six.

1. Dans le cas contraire, les différences sont indiquées en note de bas de page.

Année de naissance

Vingt-cinq années de naissance étaient manquantes. Le retour aux scans a permis d'identifier un questionnaire incohérent dans son ensemble (questionnaire supprimé) et de mettre à jour deux années de naissance.

Pour les vingt-deux autres données manquantes, nous avons choisi d'affecter à ces élèves l'âge médian de leur classe.²

Contrôle de cohérence

Afin d'identifier d'éventuelles incohérences à propos de l'âge des élèves, deux tests ont été réalisés.

- Recherche des élèves pour lesquels la différence entre leur âge et l'âge médian de leur classe était supérieure à trois ans : quinze questionnaires ont été modifiés (l'erreur provenait d'une mauvaise numérisation).

- Recherche d'incohérence si l'âge à la première consommation de tabac ou d'alcool était supérieur à l'âge de l'élève : un questionnaire a été modifié (l'erreur provenait d'une mauvaise numérisation).

Ces tests ont également permis d'identifier trois élèves avec des années de naissance aberrantes. Étant donné que le reste de leur questionnaire était cohérent, nous avons choisi de leur affecter l'âge médian de leur classe.

Recodage des réponses multiples

Les réponses multiples ont été initialement codées «-2». Cependant, ce codage relevait parfois d'une erreur de lecture du scan (case à cocher mal effacée, réponse rayée, pliure...) ou d'une erreur de l'élève facilement identifiable (case cochée sur la mauvaise ligne par exemple). Aussi, un travail de retour aux scans a été effectué sur l'ensemble des réponses multiples identifiées, et les variables ont été recodées lorsqu'une réponse unique pouvait être choisie. Lorsqu'aucun élément ne permettait de trancher, la variable a été laissée en «-2».

Module Paka

Il a été procédé à vingt-six modifications sur les questions du module paka. Les questions concernées par ces modifications sont les suivantes : q37, q38abc, q39 et q41.

Les questions q40 et q42 n'ont pas été vérifiées car les élèves avaient pu cocher plusieurs réponses volontairement.

Module Tabac

Environ soixante-dix modifications ont été apportées, concernant les questions suivantes : q18, q20, q21ab, q22, q23, q24, q25, q26ab. La question q19 n'a pas donné lieu à un recodage, car elle ne contenait pas de double coche.

Module Alcool

Environ cent quarante modifications ont été apportées, concernant les questions suivantes : q27abc, q28abcdefg, q29, q30abc, q31abcdefgh, q32, q33, q36.

Les questions q34 et q35 n'ont pas été vérifiées car les élèves avaient pu cocher plusieurs réponses volontairement.

Module Signalétique

Environ quatre-vingt modifications ont été apportées, concernant les questions suivantes : q03, q04, q06, q12, q13. La question q7 n'a pas donné lieu à un recodage, car elle ne contenait pas de double coche. Les questions q05 et q47 n'ont pas été vérifiées car les élèves avaient pu cocher plusieurs réponses volontairement.

Module Autres drogues

Cent vingt-cinq modifications ont été apportées, concernant les questions suivantes : q43a, q43b, q44, q45.

La question q43c n'a pas été vérifiée car les élèves avaient pu cocher plusieurs réponses volontairement.

Module ADRS

Les réponses multiples, codées en «-2», ont été vérifiées, mais ces réponses pouvaient être volontaires. Cinq modifications ont cependant pu être apportées.

Cet exercice de retour aux scans a été l'occasion d'identifier deux questionnaires globalement incohérents en raison de réponses extrêmes aux questions de consommation et sans aucune cohérence entre elles. Ces questionnaires ont par conséquent été supprimés.

Recodage des non-réponses

Concernant le codage des non-réponses, les règles retenues sont identiques à celles en vigueur dans les enquêtes Espad et Escapad, menées en France métropolitaine.

2. Dans les enquêtes Espad et Escapad, les questionnaires pour lesquels le sexe ou l'année de naissance n'étaient pas renseignés étaient écartés.

Le codage des non-réponses a été réalisé en tenant compte au maximum d'informations tirées d'autres réponses du questionnaire. Il s'agissait de coder les non-réponses en étant le plus cohérent possible avec les autres réponses fournies. Par exemple, une personne ayant coché « je n'ai jamais fumé » en réponse à la question concernant l'âge à la première cigarette et n'ayant rien coché à la consommation était recodée en non-fumeur. Comme l'alcool, le tabac et le paka sont les trois produits psychoactifs les plus consommés par les adolescents, il a été décidé d'exclure de l'échantillon les individus qui n'avaient répondu à aucune question de consommation pour au moins deux de ces trois produits.

Si un individu avait déclaré avoir consommé un produit au cours des trente derniers jours, mais n'avait pas répondu à la question sur l'usage au cours des douze derniers mois, cette non-réponse était recodée en usage déclaré.

Si un individu avait déclaré avoir consommé un produit au cours des douze derniers mois, mais n'avait pas répondu à la question sur l'usage au cours de la vie, cette non-réponse était recodée en usage déclaré.

Si un individu n'avait pas répondu à la question sur l'usage au cours de la vie, mais avait indiqué un âge de première consommation, cette non-réponse était recodée en usage déclaré.

Si un individu avait déclaré ne jamais avoir consommé un produit au cours de sa vie, puis n'avait pas répondu aux questions sur les usages au cours des douze derniers mois et des trente derniers jours, ces non-réponses étaient recodées en non-consommation.

Cinq questionnaires pour lesquels les individus n'avaient répondu à aucune question de consommation pour au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le paka ont été supprimés.

Module Tabac

Cinq élèves n'ont répondu à aucune question sur la consommation de tabac.

Question 19

Vingt-quatre élèves n'ont pas répondu à cette question, mais leurs réponses aux questions suivantes du module ont permis d'effectuer un recodage. Ainsi :

- quatorze individus ayant répondu « Je n'ai jamais fumé » en q21a (âge à la première

cigarette), leur consommation au cours de la vie a été codée en « 0 fois » ;

- deux individus ayant répondu « Moins d'une cigarette par semaine » en q20 (consommation au cours des trente derniers jours), leur consommation au cours de la vie a été codée en « 1-2 fois » ;

- deux individus ayant répondu « Moins d'une cigarette par jour » en q20, leur consommation au cours de la vie a été codée en « 3-5 fois » ;

- deux individus ayant répondu « Une à cinq cigarettes par jour » en q20, leur consommation au cours de la vie a été codée en « 20-39 fois » ;

- quatre individus ayant répondu un âge de première cigarette, leur consommation au cours de la vie a été codée en « 1-2 fois ».

Question 20

Huit élèves ayant déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie, leur consommation au cours des trente derniers jours a été codée en « Aucune ».

Question 21

Pour neuf élèves qui ont déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie, les réponses manquantes à la question sur l'âge à la première cigarette ont été recodées en « Je n'ai jamais fumé ».

Pour quatre cent quatre-vingt-douze élèves qui ont déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie, les réponses manquantes à la question sur l'âge auquel l'élève a commencé à fumer tous les jours ont été recodées en « Je ne fume pas tous les jours ».

Questions 22

Les réponses manquantes à ces questions ont été recodées en « Je ne fume pas » si l'élève avait déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie.

Module Paka

Cinq élèves n'ont répondu à aucune question sur la consommation de paka.

Question 38

Quatre élèves ayant déclaré une consommation au cours des trente derniers jours mais n'ayant pas renseigné leur consommation au cours de l'année, leur consommation déclarée sur les trente derniers jours a été reportée sur l'année.

Sept élèves ayant déclaré une consommation au cours de l'année mais n'ayant pas renseigné leur consommation au cours de la vie, leur consommation déclarée sur l'année a été reportée sur la vie.

Un élève ayant déclaré un âge de première consommation sans avoir répondu à la consom-

mation sur la vie, il a été codé en « 1 ou 2 fois » au cours de la vie.

Les quarante-huit élèves ayant répondu « 0 fois » au cours de la vie et n'ayant pas répondu au cours des douze derniers mois ont été codés en « 0 fois » pour les douze derniers mois.

Les quarante-neuf élèves ayant répondu « 0 fois » au cours des douze derniers mois et n'ayant pas répondu au cours des trente derniers jours ont été codés en « 0 fois » pour les trente derniers jours.

Les élèves ayant répondu « Oui » à la question introductive du CAST (q41 : « Au cours des douze derniers mois, as-tu fumé du paka ? ») et n'ayant pas répondu à la question sur la fréquence de consommation dans l'année ont été codés en « 1 ou 2 fois » si le CAST n'avait pas été complété (deux cas), ou à la valeur maximale du CAST s'il avait été complété (dix cas). Les éventuelles modifications ont ensuite été remontées à la fréquence de consommation au cours de la vie.

Les douze individus ayant répondu « Non » à la question introductive du CAST (q41) et n'ayant pas répondu à la fréquence de consommation dans l'année ont été recodés en « 0 fois » à cette question.

Un individu ayant répondu qu'il n'avait jamais pris de paka à la question sur la raison de consommation (q40) et n'ayant pas répondu à la fréquence de consommation au cours de la vie a été recodé en « 0 fois » aux fréquences de consommation vie, année et mois.

Enfin, sept individus ayant répondu qu'ils n'avaient jamais pris de paka à la question de l'âge d'initiation (q39) et n'ayant pas déclaré de fréquence de consommation au cours de la vie ont été codés en « 0 fois » aux fréquences de consommation vie, année et mois.

Questions 39 et 40

Les élèves déclarant n'avoir jamais consommé de paka à la question q38 et n'ayant pas répondu aux questions q39 ou q40 ont été recodés en « Jamais » à ces questions.

Question 41

Les élèves non-consommateurs, c'est-à-dire n'ayant répondu à aucune question du CAST et n'ayant déclaré aucune consommation dans l'année, ont été recodés à « Jamais » à chacune des questions du CAST. Ce recodage concerne environ huit cents élèves.

Module Alcool

La question de la consommation d'alcool a d'abord été posée de manière générale, en termes de fréquence au cours de la vie, de l'année et des trente derniers jours, comme pour le paka. Puis il a été demandé aux élèves de préciser leur consommation par type d'alcool (bière, cidre, prémix, vin, alcools forts, champagne, punch ou cocktails) au cours des trente derniers jours.

Question 27

Onze élèves n'ont répondu à aucune question (vie, année, mois).

Cent cinq élèves ont déclaré une consommation par type d'alcool au cours des trente derniers jours (q28) mais n'ont pas répondu à la question sur les trente derniers jours tous types d'alcools confondus. Le maximum de fréquence déclarée dans le détail sur la consommation au cours des trente derniers jours a été reporté à la question posée de manière générale.

Un individu a déclaré une consommation à la question sur le *binge drinking* (q29 : fréquence de consommation de cinq verres ou plus au cours des trente derniers jours) mais n'a pas répondu à la fréquence de consommation sur les trente derniers jours tous types d'alcools confondus : la fréquence déclarée du *binge drinking* a été reportée sur la consommation au cours des trente derniers jours. Pour les quatre-vingt-quinze élèves ayant répondu à la consommation au cours des trente derniers jours mais pas à celle sur la consommation dans l'année, la fréquence mensuelle a été reportée sur la fréquence dans l'année.

Pour les quarante-quatre élèves ayant répondu à la consommation au cours des douze derniers mois mais pas à celle sur la consommation au cours de la vie, la fréquence dans l'année a été reportée sur la fréquence au cours de la vie.

Les vingt-six élèves ayant déclaré « 0 fois » à la fréquence de consommation sur la vie mais n'ayant pas répondu à la fréquence de consommation dans l'année ou le mois ont été recodés en « 0 fois » à ces questions.

Les six élèves ayant déclaré « 0 fois » à la fréquence de consommation sur la vie et sur l'année mais n'ayant pas répondu à la fréquence de consommation dans le mois ont été recodés en « 0 fois » à cette question.

Enfin, les cinquante et un élèves ayant répondu « 0 fois » à la consommation au cours

des trente derniers jours mais n'ayant pas répondu à la question du *binge drinking* ont été recodés en «Aucune fois» à cette dernière question.

Question 28

Les élèves ayant déclaré n'avoir pas consommé d'alcool au cours du mois à la question posée de manière générale (q27) et n'ayant déclaré aucune consommation par type d'alcool ont été recodés en «0 fois» à chaque item. Cela représente environ dix recodages par item.

Question 30

La fréquence des ivresses pour les trente derniers jours a été reportée sur la fréquence dans l'année si cette dernière était manquante (huit individus). De même, la fréquence des ivresses dans l'année a été reportée sur la fréquence au cours de la vie si cette dernière était manquante (dix-huit individus). Les six individus ayant déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool au cours de la vie et n'ayant pas répondu à la fréquence des ivresses au cours de la vie ont été recodés en «0 fois» à cette question.

Les cinquante-deux individus ayant déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool dans l'année et n'ayant pas répondu à la fréquence des ivresses au cours de l'année ont été recodés en «0 fois» à cette question.

Les soixante-dix individus ayant déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool au cours des trente derniers jours et n'ayant pas répondu à la fréquence des ivresses dans les trente derniers jours ont été recodés en «0 fois» à cette question.

Question 31

Les élèves ayant déclaré n'avoir jamais bu d'alcool à la question posée de manière générale ont été recodés en «Jamais bu» à chacun des âges d'initiation en q31 (sauf à la question sur les ivresses). Les élèves ayant déclaré n'avoir jamais été ivres (q30) ont été recodés en «Jamais» à la question sur l'âge de la première ivresse.

Questions 33, 34, 35 et 36

Les élèves ayant déclaré n'avoir jamais bu d'alcool au cours de leur vie ont été recodés «Je ne bois pas d'alcool» à ces questions.

Module Autres drogues (q45)

Pour chaque produit, si un âge de première consommation ou une fréquence au cours des douze derniers mois autre que «Jamais» ont été déclarés, les données manquantes à la question

sur l'usage au cours de la vie ont été recodées en «Oui».

Recodage des incohérences

Les règles appliquées dans les enquêtes Espad et Escapad en cas d'incohérences étaient les suivantes :

- si un individu déclare avoir consommé un produit au cours des trente derniers jours mais ne pas en avoir pris au cours des douze derniers mois, cette incohérence est recodée en usage déclaré ;
- si un individu déclare avoir consommé un produit au cours des douze derniers mois mais ne pas en avoir pris au cours de la vie, cette incohérence est recodée en usage déclaré ;
- si un individu déclare ne jamais avoir pris un produit au cours de sa vie mais indique un âge de première consommation, cette incohérence est recodée en usage déclaré ;
- plus généralement, si le nombre d'usages déclarés au cours d'une période donnée est supérieur au nombre d'usages déclarés pour une période qui englobe la précédente, le second nombre est remplacé par le premier (ou le nombre le plus proche selon les modalités disponibles). Par exemple, si un individu interrogé déclare avoir consommé du paka «Vingt fois et plus» au cours des trente derniers jours, mais «Entre trois et neuf fois» au cours des douze derniers mois, sa consommation au cours de ces douze derniers mois sera recodée en «Entre dix et trente-neuf fois».

Ces règles ont été appliquées à l'enquête Ecaap.

Module tabac

La fréquence de consommation au cours des trente derniers jours a été reportée sur la consommation au cours de la vie pour huit individus qui déclaraient n'avoir jamais fumé au cours de la vie mais déclaraient une consommation au cours des trente derniers jours.

Les cinquante-huit élèves ayant déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie mais ayant déclaré un âge de première cigarette ont été recodés en «1-2 fois» pour la consommation au cours de la vie.

Les dix individus ayant déclaré n'avoir jamais fumé au cours de la vie mais ayant déclaré un âge d'entrée en consommation quotidienne ont été recodés en «1-2 fois» pour la consommation au cours de la vie.

Module paka

Les quatre-vingt-neuf individus ayant répondu « Oui » à la question d'entrée du CAST (q41 : consommation au cours des douze derniers mois) et « 0 fois » à la fréquence de consommation dans l'année (q38b) ont été recodés en « 1 ou 2 fois » pour cette dernière question.

La fréquence de consommation dans le mois a été reportée sur la fréquence de consommation dans l'année dans les cas où la consommation déclarée dans le mois était supérieure à celle déclarée dans l'année (quatre-vingt-dix-huit individus).

La fréquence de consommation dans l'année a été reportée sur la fréquence de consommation au cours de la vie dans les cas où la consommation déclarée dans l'année était supérieure à celle déclarée sur la vie (cent six individus).

Les vingt-cinq élèves ayant répondu « 0 fois » à la consommation au cours de la vie (q38a) et ayant renseigné un âge de première consommation (q39) ont été recodés en « 1 ou 2 fois » pour la consommation sur la vie.

En revanche, le CAST n'a pas été utilisé pour contrôler les incohérences.

L'utilisation du détail du CAST aurait permis de remonter cent vingt-huit personnes en prévalence année, qui représentent environ 3 % des élèves interrogés.

Module alcool

La fréquence mensuelle de consommation a été reportée sur la fréquence annuelle dans les cas où la fréquence de consommation dans le mois était supérieure à celle dans l'année (deux cent cinquante-sept individus).

La fréquence de consommation dans l'année a été reportée sur la fréquence au cours de la vie dans les cas où la consommation annuelle était supérieure à celle déclarée au cours de la vie (deux cent soixante et un individus).

Concernant les ivresses, cent soixante-neuf individus ont indiqué une fréquence plus élevée au cours des trente derniers jours qu'au cours de l'année : pour ces individus, la fréquence au cours des trente derniers jours a été reportée sur la fréquence au cours de l'année.

De la même manière, deux cent treize individus ont déclaré une fréquence des ivresses plus élevée au cours de l'année qu'au cours de la vie : la fréquence au cours de l'année a été reportée sur celle au cours de la vie.

D'autres incohérences auraient pu donner lieu à un recodage (prise en compte du *binge drinking* ou des usages des différents types d'alcools). Afin de conserver une bonne compatibilité avec les enquêtes françaises et européennes, ainsi qu'avec les enquêtes polynésiennes antérieures, nous avons utilisé les mêmes règles de recodage des incohérences et n'avons donc pas recodé ce type d'incohérences.

Module autres drogues

Un retour aux questionnaires a été effectué pour les individus pour lesquels des différences entre consommation, âge et fréquence ont été observées : environ soixante-dix modifications ont été apportées.

Pour les déclarations en clair de paka, héroïne, produits à inhaler..., nous avons mis à jour les consommations vie, consommations année, ainsi que l'âge de première consommation et la fréquence annuelle si ces données n'avaient pas été renseignées précédemment.

Ainsi, six individus n'avaient pas déclaré de consommation de paka au cours de la vie et l'ont cité en clair dans les autres drogues consommées.

La modalité « Je ne connais pas le produit » des questions 44 et 45 a été introduite spécifiquement dans l'enquête polynésienne (elle n'existe pas dans les protocoles classiques). Si cet ajout est apparu tout à fait opportun, il a néanmoins généré un certain nombre de double voire triple-coches (par exemple, à la question q44, certains ont coché à la fois « Je ne connais pas le produit », « Je ne sais pas » et « Impossible »). Ces multiplications des cases cochées ne sont pas très gênantes, dans la mesure où leur sens est très proche : par ces trois réponses, l'individu interrogé nous dit, en quelque sorte, qu'il ne connaît pas le produit, donc qu'il ne sait pas vraiment répondre à cette question et qu'en tout état de cause, il lui serait impossible de s'en procurer. Il semble donc préférable, en cas de coches multiples, de conserver l'information « Je ne connais pas le produit ».

Création de variable pour l'échelle ADRS

L'ADRS est une échelle développée et validée en 2006, composée dans sa version courte de dix questions en vrai/faux (voir fac-similé page 185). À l'aide de ces questions, on construit un score en

attribuant un point à chaque réponse positive à un item, dans le but de catégoriser les adolescents selon trois modalités :

- risques faibles de dépression si le score est compris entre 0 et 3 ;
- risques modérés s'il est compris entre 4 et 6 ;
- risques élevés s'il est compris entre 7 et 10.

Comment convient-il de considérer des questionnaires avec une ou plusieurs non-réponses ou doubles coches (la personne a répondu vrai et faux pour un même item) à au moins un item ?

Plusieurs possibilités sont envisageables pour le recodage et le calcul de ce score. La première possibilité est de coder en non-réponse le score global de l'échelle pour les individus ayant au moins un item non ou mal renseigné. Cette solution n'est pas complètement satisfaisante car elle engendre une perte d'information. La deuxième possibilité est d'essayer d'étudier plus en détail l'impact des non-réponses sur le score final. Pour cette dernière option, nous avons fait des choix. Tout d'abord, il a été décidé que pour toutes les personnes ayant plus de cinq non-réponses ou doubles coches (sur une échelle de dix questions) le score n'était pas interprétable. Par conséquent, il est codé en non-réponse. Pour les personnes ayant un unique item non ou mal renseigné (situation la plus fréquente dans le cas d'échelle incomplète), nous regardons les situations pour lesquelles cette non-réponse pourrait impacter le diagnostic de l'individu. Dans ce cas, cela correspond aux individus ayant un score de 3 et de 6 pour les neuf premières réponses. Dans cette option, nous avons décidé d'appliquer une règle de trois (score avec non-réponse $\times 10 / 9$). Nous remarquons que la réalisation de ce produit en croix ne change pas la catégorisation de l'individu dans le cas d'un questionnaire avec une seule non-réponse.

Pour les questionnaires ayant de deux à cinq non-réponses, on effectue la même transformation (score avec non-réponse $\times 10 / (10 - \text{nombre de non-réponses})$) avec un impact sur la catégorisation de l'individu très limité.

Au total, cent quatre-vingt-treize individus étaient potentiellement concernés par le recodage, et cent trente-cinq ont pu être recodés (ceux pour lesquels la transformation n'induisait pas de changement de catégorie).

CAST

Le CAST est un questionnaire (voir fac-similé page 186) développé pour dépisiter la consommation excessive de cannabis, développé et validé par l'OFDT en population adolescente. Il est composé de six questions (les questions « As-tu fumé du paka pour dormir ? » et « As-tu conduit après avoir fumé du paka ? » ne font pas partie du CAST). Le score est calculé de la manière suivante :

- 1 point pour des réponses d'au moins « 3 à 5 fois » aux deux premières questions, 0 sinon (q41a et b) ;
- 1 point pour des réponses d'au moins « 1 à 2 fois » aux quatre autres questions, 0 sinon (q41d, e, f et g).

Deux classifications seront testées dans notre analyse : un regroupement en deux catégories (0-1 et ≥ 2) et un regroupement en trois catégories (0-1 ; 2-3 ; ≥ 4).

De la même manière que pour l'échelle ADRS, la question se pose de savoir comment recoder les individus ayant au moins une non-réponse dans l'échelle du CAST.

Nombre de non-réponses	0	1	2	3	4	5	6
Effectifs	3 984	51	5	4	1	9	28

		Vrai	Faux			Vrai	Faux
• Je suis vite 'flu' de l'école, du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Quand je me sens comme cela, j'ai envie d'en finir, de mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• J'ai du mal à réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Je ne supporte pas grand-chose, je m'énerve vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je sens que la tristesse, la peine m'envahissent souvent en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Je me sens découragé, abattu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Je dors très mal (difficultés à m'endormir, réveils fréquents, cauchemars...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ce que je fais est inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• A l'école, au lycée, je n'arrive à rien, je ne m'en sors pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Au cours des 12 DERNIERS MOIS, as-tu fumé du PAKA? Non Oui

<i>Si OUI, ...</i> (coche une case PAR LIGNE)	Jamais	Rarement (1 à 2 fois)	De temps en temps (3 à 5 fois)	Assez souvent (6 à 12 fois)	Très souvent (+ de 12 fois)
As-tu fumé du PAKA avant midi (12h)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu fumé du PAKA lorsque tu étais seul(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu fumé du PAKA pour dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes de mémoire quand tu fumais du PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de ta famille t'ont-ils dit que tu devrais diminuer ou arrêter ta consommation de PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu essayé de réduire ou d'arrêter ta consommation de PAKA sans y arriver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes à cause de la consommation de PAKA (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu conduit (un vélo, scooter, voiture, skate) après avoir fumé du PAKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les individus ayant cinq ou six non-réponses, nous avons codé un score de « 0 » s'ils avaient répondu « Non » à la question d'entrée du CAST (vingt-huit recodés en tout). Pour ceux d'entre eux qui n'avaient pas répondu à la question d'entrée du CAST, ainsi que pour tous les individus ayant deux non-réponses ou plus, nous avons codé un score de « -1 » (manquant).

Enfin, pour les cinquante et un individus n'ayant qu'une seule non-réponse, nous avons calculé leur score (de 0 à 6) et conservé ceux pour lesquels l'ajout d'un point n'impliquait pas de changement de catégorie.

Cas de la classification en deux modalités : 0-1, ≥ 2 : les individus ayant 1 point et une non-réponse sont codés à « -1 ».

Cas de la classification en trois modalités : 0-1, 2-3, ≥ 4 : les individus ayant 1 point ou 3 points, et une non-réponse, sont codés à « -1 ».

Redressement

Les marges de calage ont été calculées à partir des informations fournies par la DES sur la répartition par sexe, âge, niveau et strate géographique de l'ensemble des élèves scolarisés en Polynésie française à la rentrée scolaire 2008/2009.

Des modifications sur les strates initiales des classes tirées au sort ont dû être apportées.

Les élèves entrés après la 5^e en CAP en 3 ans (première, deuxième et troisième années) ont été

reclassés en strate 6 (ils étaient classés en strate 4 au moment de l'échantillonnage). Cela concerne six classes.

D'autres modifications de classification ont été apportées au fichier entre échantillonnage et calage mais n'ont pas eu d'impact (les classes concernées ne figuraient pas dans notre échantillon).

Pour effectuer le redressement, nous avons considéré l'âge des élèves en début d'année (pour être en accord avec les données du fichier DES). L'âge des élèves a été calculé au 1^{er} septembre 2008.

Le redressement a été effectué en regroupant les 9-10 ans en « 10 ans et moins », ainsi que les 20 ans et plus de 20 ans en « 20 ans et plus ».

Les poids obtenus ont un minimum de 0,321 et un maximum de 1,527.

Le calcul des pondérations a été l'occasion de comparer deux algorithmes de calages sur marge :

- la fonction « Calibrate » disponible sous le logiciel R ;
- la fonction « Calmar » disponible sous le logiciel SAS.

La différence des pondérations obtenues par individu a été calculée. En arrondissant à la troisième décimale, les résultats obtenus par les deux outils sont rigoureusement identiques : les écarts maximums observés sont -0,0003 et 0,0001.

	Effectifs	Pourcentage	Échantillon (avant redressement) (%)
Niveau de formation			
6 ^e & 5 ^e	10 152	29,8115	29,0
4 ^e & 3 ^e	8 630	25,3421	23,7
2 ^{de} , 1 ^{re} , terminale générale et technique	6 609	19,4074	19,3
Premier cycle et second cycle court professionnels	4 388	12,8854	12,8
Second cycle long professionnel	1 611	4,7307	5,1
MFR, CMA, CJA	2 664	7,8229	10,1
Sexe			
Garçon	17 062	50,1028	49,8
Fille	16 992	49,8972	50,2
Strate géographique			
Îles du Vent zone urbaine	19 029	55,8789	52,0
Îles du Vent zone rurale	7 943	23,3247	24,0
Îles Sous-le-Vent	4 270	12,5389	12,6
Archipels éloignés	2 812	8,2575	11,4
Âge			
10 ans et moins	134	0,3935	0,5
11 ans	3 207	9,4179	9,1
12 ans	4 425	12,9948	11,8
13 ans	4 731	13,8935	12,4
14 ans	4 895	14,3751	13,4
15 ans	4 775	14,0227	15,4
16 ans	4 398	12,9155	14,0
17 ans	3 645	10,7042	11,0
18 ans	2 132	6,2610	6,0
19 ans	1 093	3,2098	3,7
20 ans et plus	617	1,8119	2,5

ANNEXE 5

Liste des sigles et des abréviations

ADRS	<i>Adolescent Depression Rating Scale</i>
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
BEP	Brevet d'études professionnelles
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CAST	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CCSAT	Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie
CED	Centres d'éducation au développement
CETAD	Centre d'éducation aux technologies appropriées au développement
CJA	Centres de jeunes adolescents
CMA	Centre des métiers d'art
DES	Direction des Enseignements secondaires
DPP	Département des programmes de prévention
Ecaap	Enquête sur les conduites addictives des adolescents polynésiens
Escapad	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Espad	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>
IC	Intervalle de confiance
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ISPF	Institut de la statistique de la Polynésie française
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
MFR	Maisons familiales et rurales
OCR	<i>Optical Character Recognition</i> (Reconnaissance optique des caractères)
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OR	<i>Odds ratio</i>
ORa	<i>Odds ratio</i> ajustés
Réf	Catégorie de référence
YRBSS	<i>Youth Risk Behavior Surveillance System</i>

ANNEXE 6

Liste des tableaux et des figures

Synthèse

- 22 **Tableau I** : Représentation des jeunes Polynésiens de la notion de drogue (en pourcentage)
- 24 **Indicateurs de consommation de tabac chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**
- 25 **Indicateurs d'usage de cannabis chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**
- 26 **Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**
- 27 **Indicateurs d'ivresses chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**

Méthode d'enquête : échantillon, collecte, pilote et dossier de passation

- 32 **Tableau I** : Base de sondage : nombre de classes, selon le niveau de formation et la strate géographique
- 32 **Tableau II** : Base de sondage : nombre

d'élèves, selon le niveau de formation et la strate géographique

- 34 **Tableau III** : Échantillon : nombre de classes échantillonnées, selon le niveau de formation et la strate géographique
- 34 **Tableau IV** : Échantillon : nombre d'élèves échantillonnés, selon le niveau de formation et la strate géographique

Saisie et contrôle des questionnaires

- 40 **Figure 1** : Éléments graphiques des pages 1 et 8 du questionnaire
- 40 **Figure 2** : Numérisation des questionnaires par classe
- 42 **Figure 3** : Reprise des libellés dans l'application Access

Méthodes statistiques mises en œuvre pour l'analyse

- 45 **Tableau I** : Facteurs associés à l'expérimentation de paka (cannabis) à 17-18 ans

Caractéristiques démographiques

- 49 **Tableau I** : Estimation des taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire général et professionnel par âge de la population âgée de 10 à 25 ans (en pourcentage)
- 50 **Tableau II** : Répartition par âge des élèves interrogés
- 50 **Tableau III** : Répartition par tranches d'âge des élèves interrogés
- 51 **Tableau IV** : Niveau de formation des jeunes Polynésiens scolarisés
- 51 **Tableau V** : Filière d'enseignement des jeunes Polynésiens scolarisés
- 52 **Tableau VI** : Activité professionnelle des parents (en pourcentage)
- 50 **Figure 1** : Répartition des élèves, selon le sexe et l'âge

La vie scolaire

- 53 **Tableau I** : Fréquence des absences des élèves au cours des trente derniers jours par motif d'absence (en pourcentage)
- 54 **Tableau II** : Moyenne scolaire des élèves, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)
- 55 **Tableau III** : Nombre de redoublements des élèves, selon le sexe (en pourcentage)
- 55 **Tableau IV** : Part des élèves ayant redoublé au moins une fois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)
- 56 **Tableau V** : Satisfaction ressentie par rapport à l'école, selon le sexe (en pourcentage)
- 57 **Tableau VI** : La vie scolaire en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)
- 54 **Figure 1** : Fréquence des absences volontaires des jeunes Polynésiens au cours des trente derniers jours
- 56 **Figure 2** : Degré de satisfaction par rapport à l'école, selon le sexe et l'âge

La vie en dehors de l'école

- 59 **Tableau I** : Fréquence des activités extrascolaires pratiquées par les jeunes Polynésiens
- 61 **Tableau II** : Fréquence de citation d'autres activités que celles proposées
- 60 **Tableau III** : Fréquence de pratique d'activités extrascolaires chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)
- 62 **Tableau IV** : Activités extrascolaires en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)
- 64 **Tableau V** : Sujets apportant le plus de joies parmi les jeunes Polynésiens (en pourcentage)
- 65 **Tableau VI** : Sujets apportant le plus de problèmes parmi les jeunes Polynésiens (en pourcentage)

Désir d'information en éducation pour la santé

- 67 **Tableau I** : Sujets de santé sur lesquels les jeunes Polynésiens souhaiteraient le plus être informés, selon le sexe (en pourcentage)
- 68 **Tableau II** : Sujets de santé sur lesquels les jeunes Polynésiens souhaiteraient le plus être informés, selon l'âge (en pourcentage)
- 69 **Tableau III** : Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations en matière de santé, selon l'âge (en pourcentage)
- 69 **Tableau IV** : Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations sur le tabac, l'alcool, le paka ou les autres drogues, selon l'âge (en pourcentage)
- 70 **Tableau V** : Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations sur la sexualité, selon l'âge (en pourcentage)
- 70 **Tableau VI** : Interlocuteur privilégié pour dispenser des informations sur l'alimentation, selon l'âge (en pourcentage)

Intensité dépressive

- 72 **Tableau I** : Prévalence de la dépression mesurée par l'ADRS chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe

- 73 **Tableau II** : Facteurs associés à la dépression (modérée ou patente) parmi les élèves de 10-12 ans
- 75 **Tableau III** : Facteurs associés à la dépression (modérée ou patente) parmi les élèves de 13 ans et plus
- 76 **Tableau IV** : Facteurs associés aux signes d'une dépression patente parmi les élèves de 13 ans et plus
- 77 **Tableau V** : Proportion de jeunes Polynésiens ayant répondu de manière affirmative aux items de l'ADRS, selon le sexe
- 72 **Figure 1** : Prévalence de la dépression modérée ou patente au sens de l'ADRS, selon le sexe et l'âge

Le sommeil des adolescents polynésiens

- 82 **Tableau I** : Facteurs associés aux troubles du sommeil sur l'ensemble des élèves
- 80 **Figure 1** : Proportion de jeunes Polynésiens déclarant dormir très mal, selon le sexe et l'âge
- 81 **Figure 2** : Proportion de jeunes Polynésiens déclarant dormir très mal ou ayant pris des médicaments en lien avec des problèmes de sommeil, selon le sexe et l'âge
- 98 **Tableau VI** : Facteurs associés à l'expérimentation de tabac, selon l'âge
- 100 **Tableau VII** : Facteurs associés à l'usage quotidien de tabac, selon l'âge
- 103 **Facteurs associés à l'usage intensif de tabac (plus de dix cigarettes par jour), selon l'âge**
- 90 **Figure 1** : Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge
- 91 **Figure 2** : Âge à la première cigarette parmi les jeunes Polynésiens ayant déjà fumé
- 91 **Figure 3** : Âge d'entrée dans le tabagisme quotidien parmi les jeunes Polynésiens fumant quotidiennement
- 92 **Figure 4** : Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon la part d'usagers parmi les amis
- 92 **Figure 5** : Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon la part d'usagers au sein de la famille
- 93 **Figure 6** : Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon l'usage de tabac d'au moins un des parents
- 102 **Indicateurs de consommation de tabac chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**

Consommation de tabac

- 90 **Tableau I** : Statut tabagique des jeunes Polynésiens, selon le sexe
- 93 **Tableau II** : Usage de tabac des parents en 1999 et en 2009 (en pourcentage)
- 95 **Tableau III** : Comparaison des indicateurs de consommation de tabac en Polynésie française et en France métropolitaine à 15-16 ans (en pourcentage)
- 95 **Tableau IV** : Comparaison des indicateurs de consommation de tabac en Polynésie française et en France métropolitaine à 17 ans (en pourcentage)
- 96 **Tableau V** : Comparaison des indicateurs de consommation de tabac chez les 14-18 ans en Polynésie française et dans les territoires américains du Pacifique (en pourcentage)
- 106 **Tableau I** : Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe
- 109 **Tableau II** : Évolution de l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)
- 111 **Tableau III** : Comparaison des indicateurs d'alcoolisation avec la France métropolitaine à 15-16 ans, selon le sexe (en pourcentage)
- 111 **Tableau IV** : Comparaison des indicateurs d'alcoolisation avec la France métropolitaine à 17 ans, selon le sexe (en pourcentage)
- 115 **Tableau V** : Facteurs associés à l'usage récent d'alcool parmi les 10-12 ans

Consommation d'alcool

- 116 **Tableau VI** : Facteurs associés à l'usage régulier d'alcool, selon l'âge
- 117 **Tableau VII** : Facteurs associés au *binge drinking* régulier parmi les 15-18 ans
- 118 **Tableau VIII** : Consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens par type d'alcool, selon le sexe
- 107 **Figure 1** : Indicateurs de consommation d'alcool, selon l'âge
- 108 **Figure 2** : Indicateurs de consommation d'alcool, selon le sexe et l'âge
- 108 **Figure 3** : Fréquence des ivresses, selon le sexe et l'âge
- 109 **Figure 4** : Fréquence de *binge drinking*, selon le sexe et l'âge
- 113 **Figure 5** : Consommation d'alcool parmi les amis, déclarée par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge
- 113 **Figure 6** : Consommation d'alcool des jeunes Polynésiens, selon la proportion de consommateurs d'alcool au sein de la famille
- 114 **Figure 7** : Consommation d'alcool parmi l'entourage, déclarée par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge
- 115 **Figure 8** : Âge au premier verre des jeunes Polynésiens
- 119 **Figure 9** : Consommation d'alcool au cours des trente derniers jours par type d'alcool, selon le sexe et l'âge
- 121 **Indicateurs de consommation d'alcool chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**
- 122 **Indicateurs d'ivresses chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**
- Consommation de paka (cannabis)**
- 125 **Tableau I** : Indicateurs de consommation de paka, selon le sexe
- 127 **Tableau II** : Évolution des *sex ratio*, selon l'âge et le type de consommation
- 128 **Tableau III** : Évolution de l'expérimentation de paka entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)
- 128 **Tableau IV** : Évolution de l'usage actuel de paka entre 1999 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)
- 129 **Tableau V** : Comparaison des indicateurs d'usage de paka avec la France métropolitaine à 15-16 ans, selon le sexe (en pourcentage)
- 130 **Tableau VI** : Comparaison des indicateurs d'usage de paka avec la France métropolitaine à 17 ans, selon le sexe (en pourcentage)
- 131 **Tableau VII** : Usage de cannabis dans les territoires américains du Pacifique à 14-18 ans (en pourcentage)
- 131 **Tableau VIII** : Accessibilité perçue du paka chez les jeunes Polynésiens (en pourcentage)
- 134 **Tableau IX** : Âge moyen à la première consommation de paka parmi les jeunes Polynésiens en ayant déjà consommé, selon le sexe et l'âge
- 135 **Tableau X** : Principale raison de première consommation de paka, selon le sexe (en pourcentage)
- 135 **Tableau XI** : Principale raison de consommation de paka au cours des douze derniers mois, selon le sexe (en pourcentage)
- 135 **Tableau XII** : Principale raison de consommation de paka au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)
- 138 **Tableau XIII** : Facteurs associés à l'expérimentation de paka, selon l'âge
- 140 **Tableau XIV** : Facteurs associés à l'usage de paka pour les 15-18 ans
- 142 **Facteurs associés à l'usage de paka « à problème » pour les 15-16 ans**
- 143 **Facteurs associés à l'usage de paka « à problème » pour les 17-18 ans**
- 127 **Figure 1** : Indicateurs de consommation de paka, selon l'âge
- 127 **Figure 2** : Indicateurs de consommation de paka, selon le sexe et l'âge
- 131 **Figure 3** : Accessibilité perçue du paka

chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge

- 132 **Figure 4** : Accessibilité perçue du paka chez les jeunes Polynésiens, selon la strate géographique
- 133 **Figure 5** : Usage de paka parmi les amis, déclaré par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge
- 133 **Figure 6** : Usage de paka dans l'entourage, déclaré par les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge
- 134 **Figure 7** : Âge à la première consommation de paka
- 141 **Indicateurs d'usage de cannabis chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe et l'âge et comparaison avec la métropole**

Consommation d'autres drogues

- 146 **Tableau I** : Accessibilité perçue des différentes drogues, selon le sexe (en pourcentage)
- 148 **Tableau II** : Comparaison de l'accessibilité (facile ou très facile) perçue des différentes drogues entre France métropolitaine et Polynésie française (en pourcentage)
- 149 **Tableau III** : Expérimentation des différentes drogues en Polynésie française, selon le sexe (en pourcentage)
- 150 **Tableau IV** : Expérimentation des différentes drogues en Polynésie française, selon l'âge (en pourcentage)
- 151 **Tableau V** : Comparaison de l'expérimentation des différentes drogues entre France métropolitaine et Polynésie française, à 15-16 ans (en pourcentage)
- 151 **Tableau VI** : Comparaison de l'expérimentation des différentes drogues avec les territoires américains du Pacifique à 14-18 ans (en pourcentage)
- 152 **Tableau VII** : Facteurs associés à l'expérimentation des autres drogues
- 147 **Figure 1** : Part des élèves déclarant qu'il est très ou assez facile de se procurer les produits, selon l'âge

148 **Figure 2** : Part des élèves déclarant ne pas connaître les produits, selon l'âge

150 **Figure 3** : Expérimentation de drogues hors cannabis, selon le sexe et l'âge

Études et enquêtes parues aux éditions de l'Inpes

- F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes
Baromètre santé jeunes 94
1997, 148 p.
- F. Baudier, J. Arènes (dir.)
Baromètre santé adultes 95/96
1997, 288 p.
- F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud
Baromètre santé nutrition 1996 adultes
1997, 180 p.
- J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)
Baromètre santé jeunes 97/98
1998, 328 p.
- J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)
Baromètre santé médecins généralistes 98/99
1999, 224 p.
- J.-F. Collin
Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99
1999, 64 p.
- E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)
**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France**
2000, 114 p.
- P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.
Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode
2001, 144 p.
- P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)
Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats
2001, 474 p.
- P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)
**Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux**
2004, 216 p.
- M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon
**Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux**
2004, 256 p.
- P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)
Baromètre santé nutrition 2002
2004, 260 p.

- A. Gautier (dir.)
Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003
2005, 276 p.
- E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002
Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children, 2005, 286 p.
- P. Guilbert, A. Gautier (dir.)
Baromètre santé 2005, premiers résultats
2006, 176 p.
- P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)
Baromètre cancer 2005
2006, 202 p.
- N. Lydié (dir.)
Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements
2007, 188 p.
- F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.)
Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé
2007, 608 p.
- Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. (dir.)
Baromètre santé environnement 2007
2008, 416 p.
- Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.)
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006
2008, 276 p.
- Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S.
Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFDT
2008, 264 p.
- Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (dir.)
Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux
2008, 252 p.
- Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. (dir.)
La dépression en France
2009, 208 p.
- Escalon H., Bossard C., Beck F. (dir.)
Baromètre santé nutrition 2008
2009, 424 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel - 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographie de couverture © **Alex Webb / Magnum Photos**
Impression **Fabrègue**
ZA du Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal avril 2011

La consommation de substances psychoactives par les adolescents polynésiens est un enjeu de santé publique majeur dont la description épidémiologique reste parcellaire. Pour combler ce manque, une enquête appuyée sur des indicateurs internationaux validés permettant des comparaisons avec la métropole et d'autres territoires océaniques a été mise en œuvre par la direction de la Santé polynésienne et l'Inpes auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population scolarisée du secondaire.

S'adressant à tous les professionnels de la santé et de l'éducation, cet ouvrage présente les résultats de l'enquête et dresse un profil très complet des adolescents polynésiens en matière de comportements de santé. Il renforce les connaissances sur leurs addictions en termes de prévalence et de facteurs associés et met l'accent sur leur santé, leurs conditions de vie, leurs préoccupations de tous les jours, leur sommeil, leur niveau de bien-être et leurs centres d'intérêt. Il propose enfin des pistes pour la mise en place d'une politique de santé publique plus efficace car mieux comprise.

Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Ne peut être vendu.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex – France