



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

LES DOSSIERS DE LA DREES

n° 65 • septembre 2020

La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017

**Apport d'un auto-questionnaire
dans l'enquête nationale de santé scolaire**

Valérie Carrasco, Nathalie Guignon (DREES)

La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017

Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire

Valérie Carrasco, Nathalie Guignon (DREES)

Remerciements :

Bruno Falissard, Xavier Pommereau pour leur contribution
à l'élaboration de l'auto-questionnaire et leur relecture de l'étude.
Médecins et infirmières de l'Éducation nationale pour leur précieuse
collaboration à l'organisation de cette enquête.

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Sommaire

■ INTRODUCTION	6
■ ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	8
Une évaluation multidimensionnelle de la santé mentale	8
Des indicateurs de santé mentale toujours moins favorables pour les filles	8
Les différents indicateurs de santé mentale sont tous corrélés	11
Un lien complexe entre tentatives de suicide, pensées suicidaires et blessures auto-infligées	14
■ CLASSIFICATION DES ÉLÈVES SELON LEUR ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	17
13 % d'élèves présentant des indicateurs très dégradés	17
Les élèves en moins bonne santé mentale se différencient fortement sur la consommation de substances psychoactives, l'hygiène de vie, les atteintes subies et les préoccupations actuelles et pour l'avenir.	21
Les deux groupes de plus mauvaise santé mentale correspondent à des profils bien distincts.....	24
■ BIBLIOGRAPHIE	28
Annexe 1. Questionnaire principal	30
Annexe 2. Auto-questionnaire	36
Annexe 3. Calcul des scores de santé mentale	40

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'édition 2017 de l'enquête nationale de santé scolaire, menée par le ministère chargé de la santé en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale, s'est intéressée à la santé psychique des élèves de classe de 3^e par le biais d'un auto-questionnaire. Cinq dimensions de la santé mentale ont ainsi pu être explorées, en s'appuyant non seulement sur le ressenti des élèves mais également sur leur comportement : détresse psychique, qualité du sommeil, comportement alimentaire, blessures cutanées auto-infligées et comportements suicidaires. Les indicateurs de santé mentale qui en résultent sont toujours globalement moins bons pour les filles que pour les garçons mais de nombreux autres déterminants peuvent être mis en évidence, relatifs au mode et à l'hygiène de vie des adolescents, à leurs caractéristiques sociodémographiques, à la consommation de substances psychoactives, à l'absentéisme scolaire, aux atteintes subies et à leurs préoccupations présentes et futures.

Une typologie prenant en compte les différentes dimensions de la santé mentale a permis une répartition des élèves en 6 groupes, allant du meilleur état de santé mentale au plus mauvais. La très grande majorité des élèves de troisième se répartit à parts égales entre ceux qui ont une très bonne santé mentale (2 premières classes, soit 44 % des élèves) et ceux qui connaissent un mal-être modéré (classes 3 et 4, 43 % des élèves). À la marge, 13 % ont une santé mentale plutôt mauvaise, dégradée pour 8 % d'entre eux (classe 5) et très mauvaise pour 5 % (classe 6). Bien que ces deux dernières classes se ressemblent par leur opposition aux autres groupes sur tous les plans (surreprésentation des filles, moins de familles nucléaires, moins bonne hygiène de vie, davantage de consommations de substances psychotropes, atteintes subies plus fréquemment, plus d'absentéisme scolaire) elles se distinguent entre elles par ce qui les caractérise le plus et correspondent à deux profils différents : d'un côté (dernière classe), plus forte surreprésentation des filles, fréquence des tentatives de suicide, des vomissements volontaires et des actes auto agressifs répétés ; de l'autre (avant dernière classe), détresse psychique élevée, problèmes de sommeil, problèmes de comportements alimentaires moins graves et pensées suicidaires. L'avant dernière classe se caractérise également par une appartenance plus fréquente à un milieu social favorisé, 24 % des adolescents y appartenant ont ainsi des parents cadres contre 15 % pour la dernière classe.

■ INTRODUCTION

Dans un contexte où la promotion du bien-être des jeunes apparaît comme un enjeu majeur de santé publique, au centre notamment du *plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* lancé en novembre 2016, l'enquête santé scolaire réalisée en 2017 en classe de troisième ne s'est pas seulement intéressée à l'état de santé physique et à l'hygiène de vie des élèves de troisième, mais également à leur état de santé mentale.

Transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est une période de changements physiologique, physique, psychologique et social plus ou moins facile à gérer par l'adolescent lui-même et aussi parfois par son entourage. Les années collège sont souvent une période où les adolescents font de nouvelles expériences, cherchent leurs limites pour construire leur identité. Si la grande majorité d'entre eux sont en bonne santé physique, certains peuvent présenter des signes de mal-être plus ou moins importants.

Afin d'appréhender la santé psychique des adolescents, l'enquête nationale sur la santé des élèves de troisième a été enrichie d'un questionnaire auto-administré (encadré 1). Une réflexion a été menée, en amont, afin de définir la façon d'aborder au mieux la problématique du mal-être via ce questionnaire auto-administré. Deux contraintes majeures étaient au cœur de cette réflexion, le respect de l'adolescent éventuellement en souffrance et la qualité et la sincérité de l'information recueillie. Ces deux problématiques ont été discutées avec les partenaires, les professionnels de santé de l'éducation nationale et des experts psychiatres et pédopsychiatres en particulier sur les points suivants : adaptation du protocole pour ne pas laisser un adolescent éventuellement en souffrance, tout en respectant son choix de se confier ou pas ; thèmes pertinents et, pour certains, novateurs pour éclairer sur la santé mentale des adolescents en vue d'améliorer la prévention et la prise en charge de ces différentes dimensions ou expressions du mal-être.

Encadré 1 • Les enquêtes nationales en santé scolaire

Fruit d'un partenariat entre les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale, les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont réalisées, depuis 1999, par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. Entre 2012 et 2017, elles ont eu lieu tous les 2 ans alternativement dans les classes de grande section de maternelle, CM2 et troisième, soit un même niveau scolaire tous les six ans ; elles fournissent à intervalles réguliers une photographie de la santé des enfants et des adolescents scolarisés dans les établissements publics et privés¹ de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM)². Elles constituent une source d'informations précieuse et régulière sur l'état de santé et le mode de vie des jeunes et se révèlent un bon outil d'analyse des inégalités de santé sur le territoire.

L'édition 2016-2017 a concerné les adolescents scolarisés en classe de troisième. Le questionnaire est renseigné par un médecin ou une infirmière, et trois modes de recueil de l'information coexistent : données issues d'examen de santé (poids, taille, dépistage sensoriel), éléments recueillis à partir d'un entretien avec l'adolescent (habitudes de vie, accidents de la vie courante, santé respiratoire...) et un relevé d'informations issues du carnet de santé (vaccinations, poids et taille à la naissance, âge gestationnel).

Cette édition a été enrichie d'un court auto-questionnaire destiné à approcher le bien-être et la santé psychique de l'adolescent.

Une réflexion collective a été menée par la DGS, la DREES, la DGESCO et la DEPP, avec l'appui des professionnels de santé de l'Éducation nationale et d'experts pédopsychiatres, sur la façon d'aborder au mieux cette problématique via un questionnaire auto-administré. Quelles thématiques aborder, avec quelles questions et selon quel protocole, comment prendre en compte les apports des recueils existants, tels ont été les défis à relever.

Une approche de la santé psychique axée sur les comportements plutôt que les humeurs, souvent fluctuantes à cet âge, a été privilégiée sur le conseil des experts consultés.

L'auto-questionnaire s'articulait autour des consommations à risque (alcool, tabac, cannabis), des blessures auto-infligées, des comportements alimentaires, de l'absentéisme scolaire, des agressions verbales et physiques subies, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Seul un des items portait sur le recueil des humeurs et avait pour objectif d'évaluer le niveau de détresse psychologique selon l'échelle de Kessler (cf. Annexe 3).

¹ Sous contrat d'association avec l'éducation nationale.

² Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et à partir de 2012 à Mayotte.

Population enquêtée

La population d'enquête a été constituée par échantillonnage aléatoire stratifié à deux degrés. La DEPP³ a d'abord tiré un échantillon de 1 173 collèges par sondage aléatoire stratifié sur l'académie, le secteur (public, privé), les collèges relevant de l'éducation prioritaire étaient surreprésentés. Parmi 1 173 collèges de l'échantillon, 925 ont accepté de participer à l'enquête ; chaque collège participant a ensuite tiré un échantillon d'élèves selon un protocole décrit dans la circulaire de lancement de l'enquête, soit un total de 9 037 élèves ; 7 242 ont répondu à l'enquête ce qui correspond à un taux de réponse de 80 % et parmi ceux-ci, 6 841 ont répondu à l'auto-questionnaire (95 %). Toutefois, le taux de non-réponse à l'auto-questionnaire est très variable selon le statut du collège (10 % dans le privé contre 5 % dans le public) et le département, notamment celui de Paris (82 % de non-réponse, et 100 % dans les établissements privés, qui ont tous refusé de faire remplir l'auto-questionnaire à leurs élèves). On constate cependant que les résultats du questionnaire principal ne diffèrent guère entre le groupe des répondants à l'auto-questionnaire et celui des non-répondants. La sous-représentation du privé, plus spécifiquement d'Île-de-France, n'a pas permis, toutefois, de mener des analyses par type de territoire ou selon le statut du collège.

Auto-questionnaire : un souci constant du respect de l'adolescent

Le protocole de passation a été longuement réfléchi avec les partenaires et les professionnels de santé afin de répondre à deux impératifs : assurer la sincérité des réponses tout en demeurant à l'écoute d'un adolescent souhaitant parler de son mal être éventuel ou de toutes problématiques le concernant. Protocole et auto-questionnaire ont été testés en situation réelle par quelques médecins et infirmières volontaires de l'Éducation nationale. Les parents avaient la possibilité de refuser la participation de leur enfant à l'enquête.

Pour des raisons de sincérité des réponses, le questionnaire renseigné par l'adolescent était anonyme et cacheté après avoir été rempli. Les professionnels de santé avaient pour consignes de ne pas lire les réponses. Lors de la remise du questionnaire, le médecin ou l'infirmière proposait à l'adolescent de lui parler de ses préoccupations s'il en éprouvait le besoin. À la fin de l'auto-questionnaire, il était mentionné après avoir remercié l'élève de sa participation : « Si tu souhaites parler de certaines choses qui te préoccupent, discuter ou avoir des informations, tu peux le faire auprès de l'infirmière ou du médecin qui t'a présenté le questionnaire. Tu peux aussi appeler le numéro gratuit suivant : Fil santé jeunes 0 800 235 236 ». Sur certaines thématiques également traitées dans d'autres enquêtes, telles que les consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) et les risques suicidaires dans les enquêtes de l'OFDT, les différences de formulation des questions et de protocole de recueil ne permettent pas d'assurer la comparabilité des résultats.

³ Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance.

■ ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

Une évaluation multidimensionnelle de la santé mentale

Le choix a été fait de privilégier une approche axée sur les comportements plutôt que sur les seules humeurs, trop fluctuantes à cet âge. L'évaluation du niveau de détresse psychique basé sur l'échelle de Kessler⁴ (K6) a donc été complétée par des interrogations sur les comportements des adolescents. En particulier, des questions sur les blessures auto-infligées, les agressions de type insultes, racket ont été introduites à la demande des experts en raison de leur augmentation comme motif de consultation.

L'auto-questionnaire s'articule ainsi autour de six thématiques complémentaires : évaluation du niveau de détresse psychique (échelle de Kessler), consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis), blessures cutanées auto-infligées, problèmes de comportements alimentaires, agressions subies (moqueries, insultes, violences physiques, racket), pensées suicidaires et tentatives de suicides.

Cinq questions, relatives à ce qui est important pour l'adolescent aujourd'hui et ce qui le sera dans 10 ans, introduisaient et fermaient le questionnaire. Elles portaient sur l'amour, le travail, la santé, l'investissement associatif, les voyages à l'étranger.

Cinq dimensions, révélatrices à des degrés plus ou moins forts de l'expression d'un mal-être, ont été retenues pour évaluer l'état de santé mentale des élèves. Pour chacune, un ensemble de questions permet de calculer un score tenant compte des différents items concernant l'élève et de leur fréquence (le détail du calcul des scores est présenté en annexe 3) : détresse psychique évaluée par l'échelle de Kessler K6 (considérée comme « faible » pour un score de 0 à 4, « modérée » pour un score de 5 à 6, « élevée » pour un score de 7 à 12 et « très importante » pour score supérieur à 12), qualité du sommeil, mesurée par un score à partir de 4 questions figurant dans le questionnaire principal (fréquence au cours des 12 derniers mois des difficultés à s'endormir ou à se rendormir, du sentiment d'être décalé ou non reposé), comportement alimentaire (appréhendé par un score de 5 items relevant des difficultés ou anomalies de comportement selon leur fréquence au cours des 12 derniers mois), actes de blessures cutanées auto-infligées (module de 5 questions relevant la fréquence de réalisation de 5 types d'actes au cours des 12 derniers mois), et comportements suicidaires, appréhendés à partir de 2 questions (tentatives de suicide et pensées suicidaires dans les 12 derniers mois). Plus qu'une réponse isolée à une question spécifique, c'est en effet la prise en compte d'un ensemble de comportements plus ou moins problématiques et de leurs fréquences qui permet une mesure globale robuste de l'état de santé mentale des adolescents.

Des indicateurs de santé mentale toujours moins favorables pour les filles

Les résultats des différents indicateurs ainsi calculés sont en moyenne tous moins favorables pour les filles que pour les garçons (cf. graphique 1 « Indicateurs de santé mentale : répartition selon le score et le sexe »). On retrouve là une constante des enquêtes en population générale adulte dans lesquelles la santé mentale est en général ressentie comme plus mauvaise par les femmes⁵.

Le score global de détresse psychique est en moyenne de 6,5 pour les filles et de 4,4 pour les garçons sur une valeur maximale de 24. Les trois quarts des garçons présentent un niveau de détresse psychique faible ou modéré (score inférieur à 7) et un peu plus de la moitié des filles. Mais un tiers des filles ont un score correspondant à une détresse psychique élevée contre un cinquième des garçons et 12 % un score révélateur d'une détresse psychique

⁴ Kessler *et al.*, 2003.

⁵ Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html.

très importante (score supérieur à 12), correspondant à un fort risque de présenter un trouble mental, alors que ce n'est le cas que de 4 % des garçons.

Graphique 1 • Répartition des garçons et des filles selon le score des 6 indicateurs de santé mentale



Lecture > 60,8 % des garçons et 38,6 % des filles ont une faible détresse psychique (score K6 en 4 modalités)

Note > les problèmes de comportement alimentaire n'incluent pas le fait de « se faire vomir volontairement », traité à part

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Les difficultés de sommeil importantes se retrouvent également nettement plus souvent chez les filles : près d'un quart d'entre elles a un score d'au moins 6 sur une valeur maximale de 12 alors que ce n'est le cas que de 10 %

des garçons ; à l'inverse, si le sommeil « parfait » apparaît hors normes, il est quand même plus fréquent chez les garçons, 14 % ne rencontrant jamais aucune des difficultés de sommeil citées, contre seulement 6 % des filles.

Deux indicateurs ont été construits à partir des comportements alimentaires problématiques. En effet, au sein des 5 questions de ce module, celle concernant le fait de se faire vomir se distingue des autres : ce comportement est plus rare (moins de 1 % des élèves ont déclaré s'être fait vomir assez souvent ou très souvent), moins bien corrélé au score global concernant les comportements alimentaires mais plus fortement à ceux concernant les blessures auto-infligées et le suicide (cf. annexe 3, calcul des scores de santé mentale).

Pour le premier indicateur (excluant le fait de se faire vomir), l'écart entre garçons et filles se fait sur les valeurs élevées du score : 20 % des filles ont un score d'au moins 4 sur un maximum de 12 et 5 % un score supérieur à 7, alors que ce n'est le cas que de respectivement 8 % et 2 % des garçons. À l'inverse, seulement 32 % des filles n'ont jamais éprouvé des difficultés avec l'alimentation évoquées dans le questionnaire alors que c'est le cas pour 45 % des garçons. Le deuxième indicateur qui correspond au fait de s'être déjà fait vomir volontairement (que ce soit rarement, assez souvent ou très souvent) et qui apparaît comme un comportement plus extrême, concerne 6,5 % des filles et moins de 3 % des garçons.

Les deux dernières dimensions du mal-être abordent le registre des atteintes volontaires à soi-même. Les blessures cutanées auto-infligées sont plus fréquentes de la part des filles que des garçons mais ne leur sont pas réservées. La majorité des garçons comme des filles n'en a jamais commis (80 % des garçons et 73 % des filles) ; la plus fréquente de ces atteintes (empêcher une plaie de cicatriser) concerne 9 % des filles comme des garçons et la plus rare (se brûler, avec une cigarette, un briquet ou des allumettes) à peine 4 %. Il n'est donc pas si exceptionnel d'avoir commis au moins une fois un de ces gestes mais leur cumul, leur intensité et leur association avec d'autres troubles peuvent être révélateurs d'une souffrance psychique à prendre en considération⁶.

La dernière dimension explorée dans l'enquête est celle des comportements suicidaires, pensées suicidaires (PS) et tentatives de suicide (TS) au cours des 12 derniers mois. Les PS comme les TS sont deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, 14 % contre 7 % pour les PS et 5,5 % contre 2,5 %. Concernant les pensées suicidaires, ces résultats sont très proches de ceux obtenus pour les jeunes de 17 ans dans l'enquête de l'OFDT⁷, avec 15 % pour les filles et 8 % pour les garçons, alors que pour les TS, la différence entre filles et garçons est moins marquée que dans l'enquête ESCAPAD 2017, avec un sex-ratio de 2 contre 2,9 dans Escapad, pour les adolescents de 17 ans⁸ et les TS mesurées sur la vie entière. Les TS déclarées peuvent cependant recouvrir des réalités très différentes ; moins de la moitié a ainsi donné lieu à une hospitalisation, seul élément permettant d'objectiver la gravité du geste, ce qui concerne 2,4 % des filles et 0,9 % des garçons.

Les pensées suicidaires sont 3 fois plus fréquentes que les tentatives de suicides déclarées (hospitalisées ou non) et ces dernières s'accompagnent presque toujours de pensées suicidaires. La majorité des élèves déclarant des pensées suicidaires n'ont pas fait de TS, mais TS et PS sont très liées : filles et garçons confondus, 32 % de ceux qui déclarent des pensées suicidaires ont fait une tentative de suicide au cours de l'année contre 4 % pour l'ensemble, et la différence entre filles et garçons n'est plus significative. Statistiquement, ces comportements sont très souvent associés, mais le lien est complexe entre les différents comportements suicidaires (pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide). Ces phénomènes peuvent être appréhendés comme un continuum, au sein duquel les pensées suicidaires apparaissent comme le premier indicateur du passage à l'acte et où les tentatives de suicide ont le plus fort effet prédictif du suicide. Ils doivent cependant être clairement différenciés, car ne touchant

⁶ « Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ? », la revue du praticien, vol.66, décembre 2016 https://www.researchgate.net/publication/333173685_Self-cutting_in_adolescents_when_to_worry.

⁷ « Tentatives de suicides et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains – Résultats des enquêtes Escapad 2017 et En-CLASS 2018 », 4^e rapport de l'Observatoire national du suicide, fiche 17, 2020.

⁸ Dans ESCAPAD 2014, le sex-ratio n'était cependant que de 2,2, résultat très proche de celui de notre étude.

pas les mêmes populations et n'étant donc pas assimilables du point de vue épidémiologique^{9,10,11}. Les études sur les caractéristiques favorisant le passage à l'acte dans la crise suicidaire mettent de plus en évidence une hétérogénéité des mécanismes à l'œuvre, dont il faut tenir compte au sein d'un modèle général qui intègre le motif (idées suicidaires en particulier), mais aussi les facteurs facilitant le passage à l'acte (impulsivité et anxiété) et les facteurs protecteurs, sociodémographiques ou personnels¹².

Les différents indicateurs de santé mentale sont tous corrélés

Les différentes expressions du mal-être des adolescents sont liées mais peuvent recouvrir des situations très différentes. Au-delà de cas extrêmes bien identifiés qui restent très rares (comme les tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation), il est nécessaire de pouvoir prendre en compte à la fois l'intensité de ces différents signes et leur cumul pour leur donner sens. Une analyse des correspondances multiples à partir des cinq dimensions de la santé mentale mesurées (détresse psychique, problèmes de sommeil, comportements alimentaires problématiques, actes auto-agressifs et comportement suicidaire), permet de construire des indicateurs synthétiques les plus discriminants possible de ces différents aspects de la santé mentale (encadré 2).

Le premier plan factoriel, formé des deux premiers axes de l'analyse, permet de visualiser la proximité des différentes variables utilisées et le positionnement d'autres informations fournies par l'auto-questionnaire, que l'on sait très liées à la santé mentale¹³ : consommation de substances (alcool, tabac et cannabis), absentéisme scolaire, atteintes subies et enfin projection dans l'avenir et investissement dans différentes sphères de la vie quotidienne.

Sans surprise, la première dimension oppose le bien-être au mal-être, les éléments les plus déterminants du mal-être étant par ordre décroissant une détresse psychique très importante, puis un recours fréquent aux actes auto-agressifs (au moins 3 fois), avoir fait une tentative de suicide, avoir de nombreux problèmes de sommeil¹⁴ et s'être déjà fait vomir (graphique 2). La deuxième dimension oppose les situations extrêmes (positives ou négatives) aux situations modérées, que l'on peut considérer comme « norme ». De ce point de vue, la modalité la plus représentative d'un mal-être extrême est la tentative de suicide et celles d'un bien-être également extrême, sur le plan statistique, sont l'absence totale de problèmes de comportements alimentaires ou de sommeil. À l'opposé, une détresse psychique importante (score K6 compris entre 7 et 12), la commission d'un ou deux actes auto-agressifs, et quelques difficultés de sommeil (soit un seul problème très fréquent, soit plusieurs peu fréquents) sont des marqueurs d'un mal-être relativement modéré. Ces deux dimensions définissent ainsi 4 secteurs, de bien-être ou mal-être, extrême ou modéré.

⁹ Conférence de consensus – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge (octobre 2000) - <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

¹⁰ Terra Jean-Louis, Pacaut-Troncin Michèle, « Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités », *Perspectives Psy*, 2008/4 (Vol. 47), p. 321-329. URL : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2008-4-page-321.htm>

¹¹ [Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe](#), Michel DEBOUT, Thierry FAIC, Françoise FACY – Rhizome n°11 (avril 2003)

¹² <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/lecrubier.html>

¹³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

¹⁴ Score de difficultés de sommeil >=6, c'est-à-dire avoir souvent ou très souvent plusieurs des problèmes évoqués.

Encadré 2 • Évaluation globale de la santé mentale : construction d'une typologie

Analyse des correspondances multiples des variables de santé mentale

À partir de l'évaluation de chacune des cinq dimensions de santé mentale décrites ci-dessus, six variables catégorielles ont été construites, une pour chaque dimension, à l'exception des problèmes de comportement alimentaire pour lesquels deux indicateurs ont été retenus. Afin de pouvoir réaliser une analyse des correspondances multiples à partir de ces 6 indicateurs de santé mentale, des regroupements de scores ont été réalisés, pour éviter de trop grandes disparités du nombre de modalités et des effectifs trop faibles qui auraient perturbé l'analyse.

- **Risque suicidaire :**
3 modalités : ni pensées suicidaires (PS), ni tentatives de suicide (TS) / PS seules / TS
- **Détresse psychique :**
4 modalités : détresse psychique faible (score de 0 à 4) / modérée (score de 5 à 6) / élevée (score de 7 à 12) / très importante (score > 12)
- **Actes auto-infligés :**
3 modalités : jamais (score=0) / peu souvent (score=1 ou 2) / très souvent (score>= 3)
- **Problèmes de comportement alimentaire : indicateur global**
5 modalités à partir du score calculé sans la question sur le fait de s'être fait vomir :
Aucun (score = 0) / rares (score = 1) / peu fréquents (score = 2 ou 3) / fréquents (scores=4 à 6) / très fréquents (score>=7)
- **Problèmes de comportement alimentaire : indicateur spécifique**
« s'est déjà fait vomir » : oui / non
- **Problèmes de sommeil**
4 modalités : aucun (score = 0) / rares (score = 1 ou 2) / peu fréquents (score = 3 à 5) / fréquents (scores>= 6)

Typologie des élèves fondée sur leur état de santé mentale

Une classification ascendante hiérarchique a ensuite été réalisée à partir des cinq premiers axes de l'analyse des correspondances multiples, mettant en évidence 6 groupes. La répartition de la population des élèves de troisième dans ces 6 classes peut ainsi constituer ainsi un indicateur synthétique de santé mentale, allant d'un bien-être à un mal-être extrêmes.

Les classes de la typologie peuvent être caractérisées par les modalités des différentes variables de l'enquête les plus surreprésentées dans chaque classe. Pour déterminer ces modalités, un test statistique a été réalisé, indiquant si la fréquence observée dans la classe est significativement différente de celle observée dans la population.

La valeur-test calculée pour une modalité j et la classe k est égale à $[N_{kj} - E(N_{kj})] / \text{Racine}(V(N_{kj}))$,

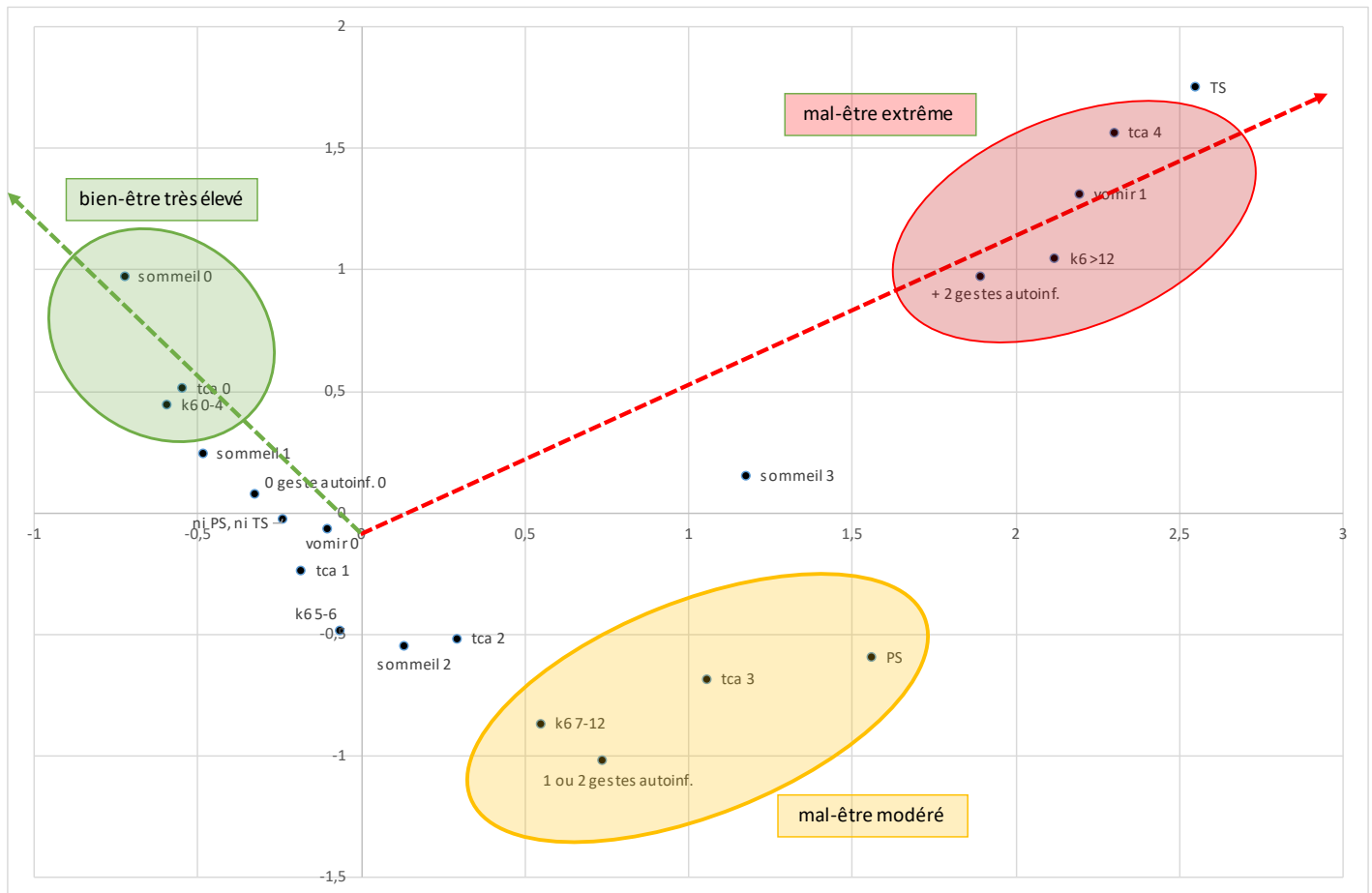
avec $E(N_{kj}) = N_k * N_j / N$ et $V(N_{kj}) = N_k * N_j / N * (1 - N_j / N) * (N - N_k) / (N - 1)$,

où N est l'effectif total, N_k celui de la classe k , N_j celui de la modalité j et N_{kj} celui de la modalité j dans la classe k .

Plus la valeur-test est élevée, plus il est improbable que les k individus aient été tirés au hasard au regard de la modalité j . Les v valeurs-tests associées aux différentes modalités permettent de trier celles les plus liées à la classe. On retient en général les modalités dont la valeur-test dépasse 2 en valeur absolue.

Bien que le test effectué n'ait pas de sens en lui-même pour les variables utilisées pour construire les classes (indicateurs de santé mentale), l'hypothèse nulle étant par nature faussée puisque les modalités jouent forcément un peu sur la classe, il est cependant toujours possible d'utiliser la valeur-test comme signe du lien entre la classe et la modalité d'une variable qualitative : plus elle est élevée en valeur absolue, plus on s'éloigne de la normalité et donc plus la modalité j est sur ou sous-représentée dans la classe.

Graphique 2 • Premier plan factoriel de l'analyse des correspondances multiples (ACM) réalisée à partir des scores agrégés des indicateurs de santé mentale



Risque suicidaire

PS : pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois
TS : tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois
Ni PS, ni TS : ni pensées suicidaires, ni tentatives de suicide

Problèmes de sommeil

Sommeil 0 : score = 0
Sommeil 1 : score = 1 ou 2
Sommeil 2 : score = 3 ou 5
Sommeil 3 : score >= 6

Détresse psychique

K6 0-4 : faible (score K6 de 0 à 4)
K6 5-6 : modérée (score K6 de 5 à 6)
K6 7-12 : élevée (score K6 de 7 à 12)
K6 >12 : très importante (score K6 >12)

Blessures cutanées auto-infligées

0 geste autoinf : score = 0
1 ou 2 gestes autoinf : score = 1 ou 2
+ 2 gestes autoinf : score >= 3

Problèmes de comportement alimentaire (sauf « s'être fait vomir »)

tca 0 : score = 0
tca 1 : score = 1
tca 2 : score = 2 à 3
tca 3 : score = 4 à 6
tca 4 : score >= 7

S'être déjà fait vomir

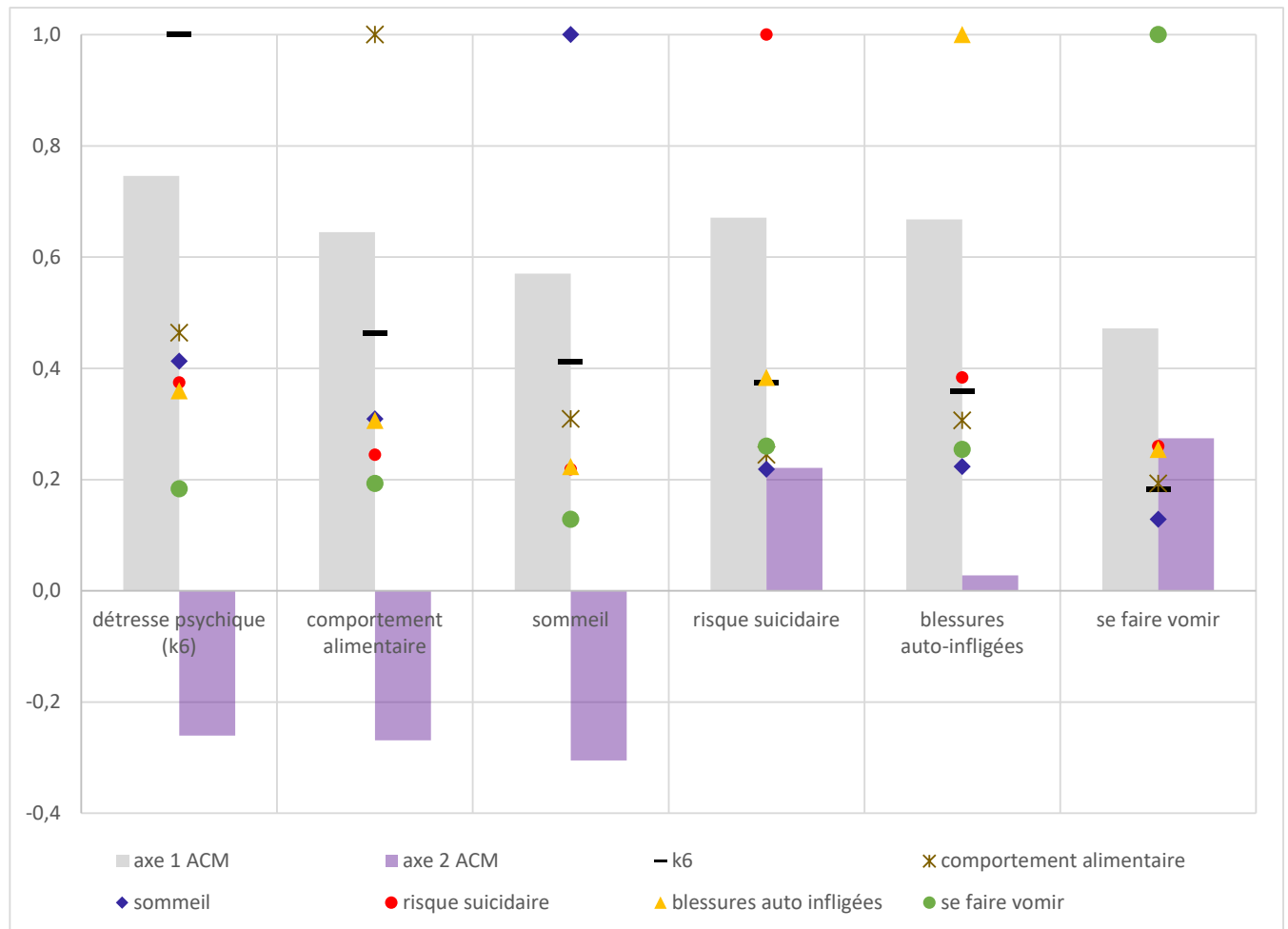
vomir 0 : non
vomir 1 : oui

Lecture > Représentation des modalités des variables actives (indicateurs de santé mentale) sur le plan formé par les deux premiers axes de l'ACM.
Champ > France entière.
Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Bien que les différents indicateurs de santé mentale soient tous corrélés les uns avec les autres, deux catégories peuvent être distinguées, au sein desquelles les différentes variables sont plus fortement corrélées entre elles. Elles se différencient essentiellement par leur corrélation avec le deuxième axe de l'ACM, axe auquel sont associés des comportements plus rares et plus extrêmes (cf. graphique 3). Ainsi, on trouve d'une part la détresse psychique (indicateur le plus fortement corrélé au premier axe, « bien-être / mal-être »), les problèmes de comportement alimentaire et les problèmes de sommeil ; de l'autre côté, on a le risque suicidaire, le fait de se faire vomir et, moins

nettement, les scarifications. Les premiers peuvent se voir comme des révélateurs plus fréquents et plus classiques du mal-être et les seconds comme révélateurs de situations plus rares et marginales.

Graphique 3 • Corrélations de chaque indicateur avec les 6 indicateurs de santé mentale et les axes 1 et 2 de l'ACM



Lecture > Le score de détresse psychique K6 est corrélé positivement à l'axe 1 de l'ACM ($r=0,75$) et négativement à l'axe 2 ($r=-0,26$). L'indicateur de santé mentale auquel il est le plus fortement corrélé est celui des troubles de comportement alimentaire ($r=0,46$) et celui auquel il est le moins corrélé est le fait de se faire vomir ($r=0,18$).

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Un lien complexe entre tentatives de suicide, pensées suicidaires et blessures auto-infligées

Les liens entre ces variables sont souvent complexes et leur interprétation ne fait pas toujours consensus. C'est en particulier le cas entre les atteintes corporelles, plus spécifiquement les scarifications, et les comportements suicidaires. Au-delà de certains facteurs de risque communs comme la dépression, les deux phénomènes peuvent être associés ou au contraire s'opposer, les scarifications pouvant apparaître comme un « *facteur de vulnérabilité* ».

précipitant le geste suicidaire » ou au contraire constituer une forme de recours contre le passage à l'acte suicidaire et avoir ainsi un effet protecteur^{15,16}.

Sans pouvoir en déduire un mécanisme d'interaction, on constate que les tentatives de suicide, y compris celles ayant donné lieu à hospitalisation, sont beaucoup plus fréquentes parmi les élèves qui déclarent s'être volontairement fait mal. Toutefois, concernant les tentatives de suicide hospitalisées, la différence n'est fortement significative que pour les filles, en cas de comportements répétés de blessures cutanées auto-infligées (un même type d'acte répété au moins 5 fois ou 3 types d'actes différents). Pour les pensées suicidaires, la différence apparaît dès l'existence d'un acte isolé, pour les garçons comme pour les filles. Elle est cependant d'une ampleur beaucoup plus forte chez les filles, la fréquence des pensées suicidaires passant de 5 % quand il n'y a jamais eu d'atteintes auto-infligées, à 31 % lorsque c'est arrivé une ou deux fois, pour atteindre 61 % en cas d'atteintes répétées (graphique 4).

Graphique 4 • Fréquence des tentatives de suicide et des pensées suicidaires selon la fréquence d'actes auto-agressifs, pour les filles et les garçons



Lecture > Parmi les garçons n'ayant commis aucun acte auto-infligé, 1 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois et 4 % avoir eu des pensées suicidaires

Champ > France entière.

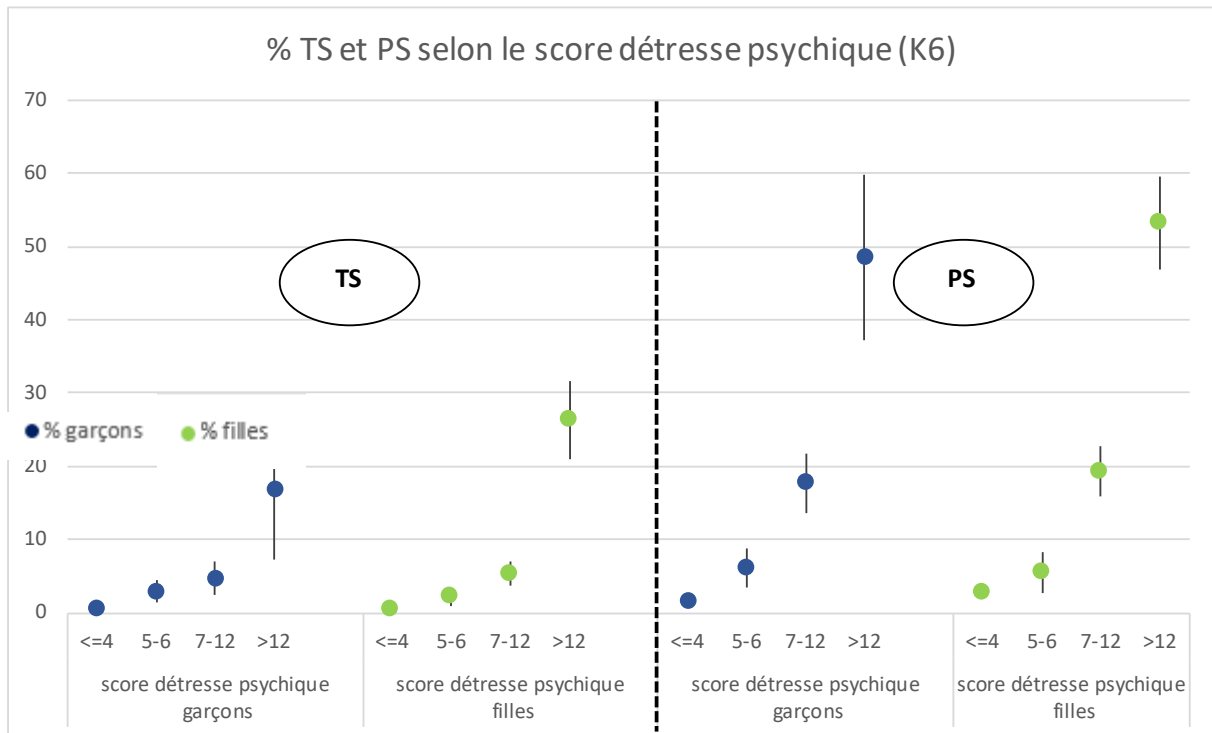
Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

La littérature relève également le lien entre dépression et tentative de suicide et entre désespoir et pensées suicidaires. Le score de détresse psychique, qui prend en compte ces situations, est l'indicateur le plus corrélé avec l'axe 1 de l'ACM, et c'est avec le score de détresse psychique que les comportements suicidaires sont les plus corrélés. Là encore, sans pouvoir inférer un sens de causalité, l'enquête montre une fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide nettement plus élevée parmi les filles qui présentent une détresse psychique très importante (score K6 >=12) ; leur part atteint alors respectivement 53 % et 26 %, et 13 % pour les seules tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation (graphique 5). Pour les garçons, la différence est surtout perceptible pour les pensées suicidaires qui concernent près de la moitié des garçons présentant une détresse psychique très importante, fréquence identique à celle retrouvée chez les filles au même niveau de détresse psychique.

¹⁵ https://www.lemonde.fr/vous/article/2009/08/11/scarifications-il-ne-s-agit-pas-de-simples-decharges-comportementales-pour-se-soula-ger_1227575_3238.html (propos de Xavier Pommereau publiés le 11/08/2009).

¹⁶ Manuelle De Luca et al., « Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ? », La psychiatrie de l'enfant 2012/2 (Vol. 55), p. 637-678. DOI 10.3917/psy.552.0637.

Graphique 5 • Fréquence des PS et TS selon le score de détresse psychique (K6)



Lecture > Parmi les garçons ayant une faible détresse psychique (score K6<=4), 0,6% ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois et 1,7% avoir eu des pensées suicidaires.

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

■ CLASSIFICATION DES ÉLÈVES SELON LEUR ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

13 % d'élèves présentant des indicateurs très dégradés

Pour pouvoir dresser le profil des élèves de troisième selon la prise en compte globale des différentes dimensions de la santé mentale, au-delà des liens entre les différentes expressions du mal-être pour les filles et les garçons, une typologie a été réalisée à partir des cinq premiers axes de l'analyse des correspondances multiples, mettant en évidence 6 groupes. La répartition de la population des élèves de troisième dans ces 6 classes constitue ainsi un indicateur synthétique de santé mentale, allant d'un fort bien-être à un mal-être extrême (tableaux 1 et graphique 6). Les 6 classes sont ordonnées du meilleur état de santé mental (classe 1) au moins bon (classe 6).

Tableau 1 • Typologie selon les indicateurs de santé mentale : caractéristiques des classes

			% modalité dans la classe					
Variable	Value	ens	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6
risque suicidaire	PS seule	7,4%	0,1%	1,7%	1,3%	1,2%	78,5%	3,4%
	TS	3,9%	0,0%	0,4%	0,4%	2,2%	2,5%	60,4%
	TS hospitalisé	1,6%	0,0%	0,1%	0,3%	0,8%	0,8%	25,7%
détresse psychique score K6	faible	49,8%	96,4%	67,4%	7,3%	42,3%	9,5%	2,2%
	modérée	16,5%	0,1%	2,4%	70,6%	0,0%	0,4%	28,7%
	élevée	25,8%	1,9%	27,9%	18,1%	52,9%	53,8%	25,1%
	très important	7,9%	1,6%	2,3%	4,1%	4,7%	36,3%	44,0%
actes auto-agressifs	aucun	78,0%	97,0%	86,7%	78,8%	72,8%	43,2%	19,0%
	score 1 à 2	13,9%	1,1%	10,6%	16,2%	21,2%	31,2%	27,4%
	score >= 3	8,1%	1,9%	2,7%	5,0%	5,9%	25,7%	53,6%
problèmes sommeil	aucun	10,2	29,4%	0,0%	8,3%	0,2%	0,9%	1,2%
	score 1 à 2	34,9	42,9%	45,8%	28,0%	35,9%	13,0%	15,0%
	score 3 à 5	38,4	23,2%	41,5%	46,0%	47,2%	44,8%	34,9%
	score >= 6	16,4	4,5%	12,7%	17,7%	16,7%	41,3%	48,9%
problèmes comportement alimentaire	aucun	38,5	91,6%	0,3%	24,7%	28,1%	9,7%	9,7%
	score = 1	24,1	4,9%	98,5%	21,5%	0,0%	18,2%	17,0%
	score 2 à 3	23,7	3,2%	0,5%	18,2%	71,9%	21,8%	33,2%
	score 4 à 6	10,4	0,2%	0,0%	35,6%	0,0%	17,6%	30,3%
	score >= 7	3,3	0,2%	0,8%	0,0%	0,0%	32,7%	9,7%
se faire vomir	oui	4,6%	0,2%	0,8%	0,5%	4,0%	7,1%	56,5%

Note > Les cases en vert correspondent aux modalités les plus surreprésentées dans la classe (valeur du test de significativité ≥ 20 , cf. encadré 2, « typologie des élèves fondée sur leur état de santé mentale » : la valeur du test est positive si la modalité est surreprésentée dans la classe et négative si la modalité est sous-représentée. Plus la valeur absolue est grande, plus la différence est significative. On considère que la différence est significative pour une valeur absolue du test supérieure 2.

Lecture > Les adolescents ayant eu des pensées suicidaires seules sont fortement surreprésentés dans la classe 5 avec une part de 78,5% contre de 7,4% pour l'ensemble des élèves.

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Classe 1

C'est le groupe le plus nombreux (28 %), majoritairement masculin (64 % de garçons) ; tous les indicateurs de santé mentale sont au meilleur niveau pour plus de 90 % du groupe, sauf concernant le sommeil où seulement 29 % du groupe n'a aucune des difficultés citées, soit quand même trois fois plus que parmi l'ensemble des élèves de troisième (10,2 % en moyenne).

Classe 2

L'effectif de ce groupe est nettement moins important (16 % des élèves), et il compte à peu près autant de garçons que de filles ; il comporte moins d'élèves que le groupe précédent dans les modalités optimales et, notamment, quasiment aucun sans aucun problème de sommeil ou de comportement alimentaire.

Viennent ensuite deux groupes au profil intermédiaire, qui se partagent 40 % des élèves :

Classe 3

Pour ce groupe qui concentre 21 % des élèves, la distribution de tous les indicateurs se déplace vers des scores de moins bonne santé mentale, en particulier concernant le comportement alimentaire et l'échelle K6 de détresse psychique.

Classe 4

Ce groupe a des caractéristiques très proches du précédent et est de même taille (22 % des élèves), avec cependant certains indicateurs fortement dégradés, plus d'un quart des élèves du groupe ayant déjà eu recours à un acte auto-agressif (un tiers des garçons), près des trois quarts ayant plusieurs problèmes de comportement alimentaires, 4 % s'étant même déjà fait vomir et 68 % ayant une détresse psychique élevée. Les deux derniers groupes, de faibles effectifs, présentent des situations de mal-être fréquentes.

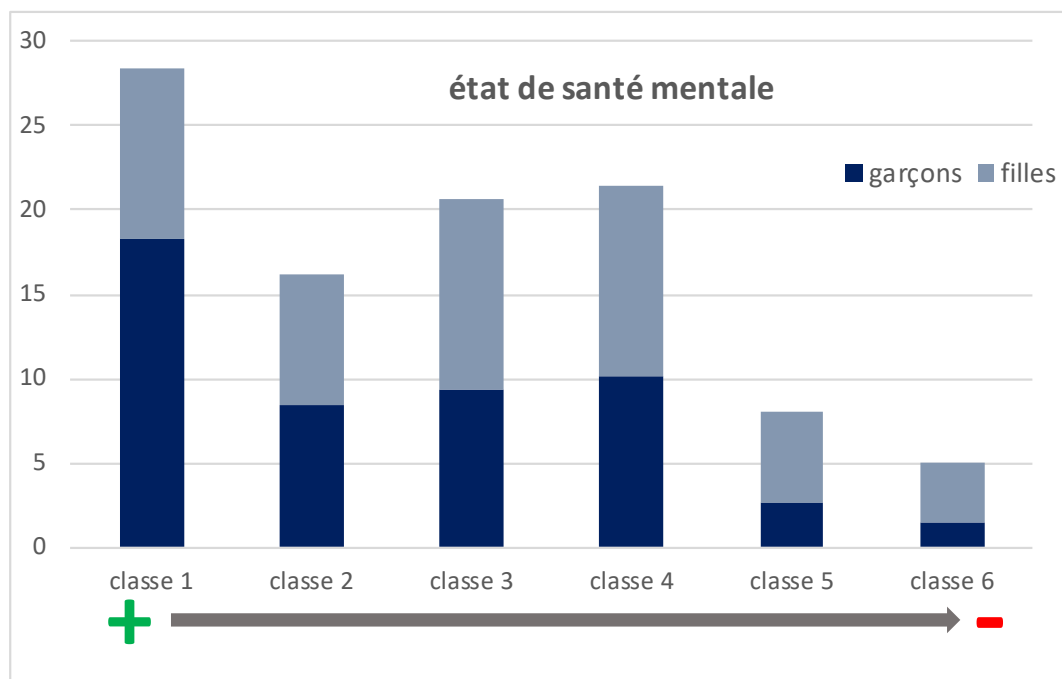
Classe 5

Ce groupe concerne 8 % des élèves, dont près des deux tiers sont des filles, et présente des indicateurs de mauvaise santé mentale pour la majorité d'entre eux, sur toutes les dimensions. Une part importante a des scores inquiétants concernant les actes auto-infligés (un quart y ayant eu recours à de multiples reprises), des problèmes très fréquents de comportement alimentaire (33 % des élèves dans la tranche la plus élevée contre 3 % en moyenne) et de sommeil (41 %) et un tiers présente une détresse psychique très importante. La caractéristique la plus remarquable de cette classe est cependant sa part extrêmement élevée d'élèves déclarant avoir eu des pensées suicidaires, sans avoir fait de tentatives de suicide (79 %). En revanche les deux indicateurs les plus extrêmes, tentatives de suicide et le fait de s'être fait vomir, ne sont pas beaucoup plus fréquents que dans les classes précédentes.

Classe 6

Ce dernier groupe, le plus critique, est également le plus petit avec 5 % des élèves, dont la grande majorité sont des filles (70 %) ; les indicateurs de santé mentale les plus liés à une situation de mal-être extrême atteignent des parts très importantes : 60 % de tentatives de suicide (26 % suivies d'une hospitalisation), 57 % de personnes s'étant déjà fait vomir, 54 % d'actes auto-agressifs répétés et 44 % de détresse psychique très importante.

Graphique 6 • Typologie : répartition des adolescents en 6 groupes selon leur état de santé mentale



Lecture > La 1^{ère} classe de la typologie, correspondant au meilleur état de santé mentale, regroupe 28 % des élèves, 18 % sont des garçons et 10 % des filles.

Champ > France entière.

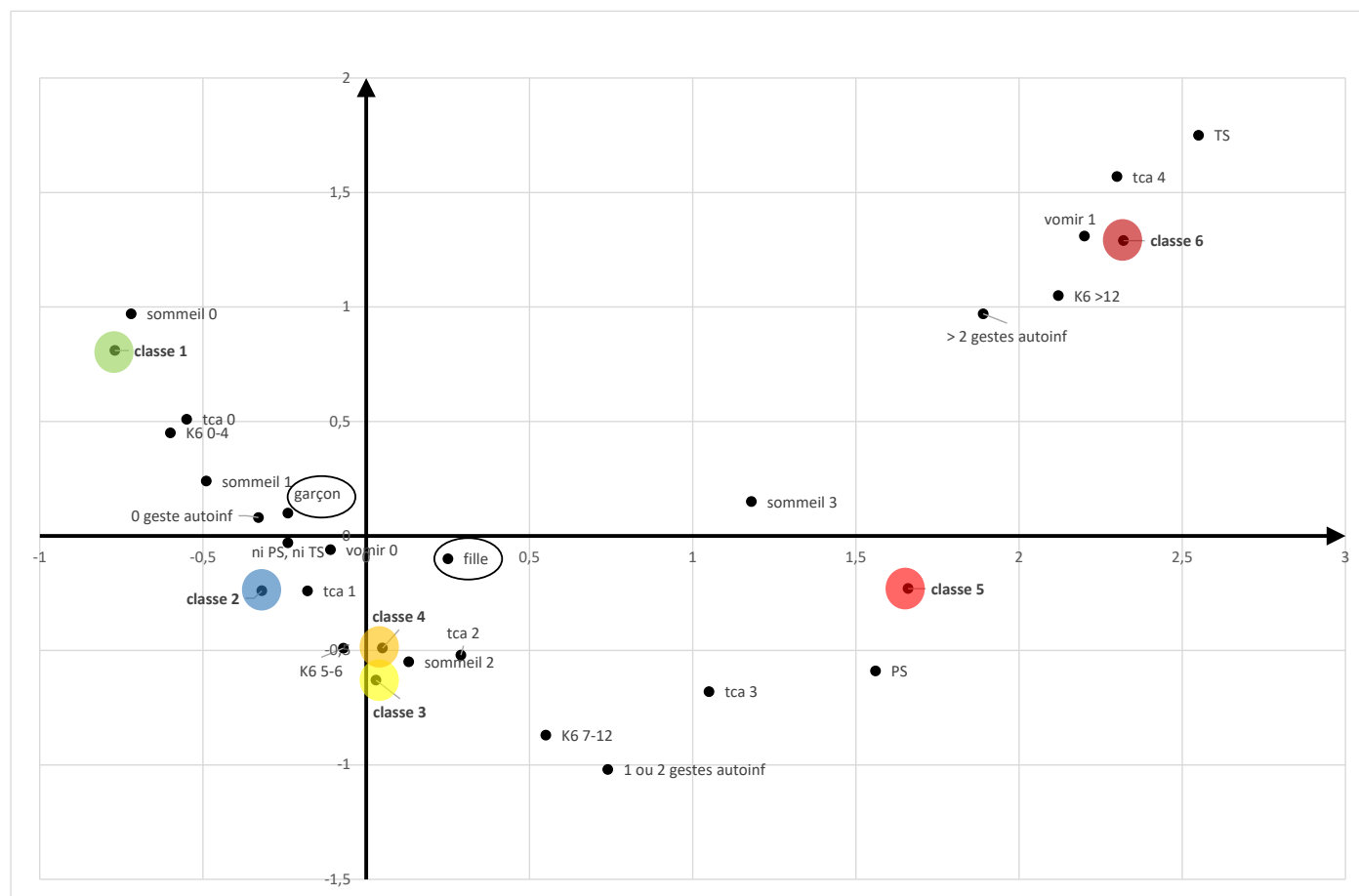
Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

La très grande majorité des élèves de troisième se répartit donc à parts égales entre ceux qui ont une très bonne santé mentale (2 premières classes, soit 44 % des élèves) et ceux qui connaissent un mal-être modéré (classes 3 et 4, 43 % des élèves). À la marge, 13 % ont une santé mentale plutôt mauvaise, dégradée pour 8 % d'entre eux (classe 5) et très mauvaise pour 5 % (classe 6).

Les deux premières classes ont toutes les deux une majorité d'adolescents présentant de bons scores sur les indicateurs de santé mentale retenus mais elles se différencient néanmoins sur le niveau de ces scores, avec pour la classe 1 plus souvent des situations de bien-être maximum et pour la classe 2 de bien-être plus modéré. Il en va de même pour les deux dernières classes, avec une gradation dans le mal-être, plus important dans la classe 6 ; cette différence est particulièrement marquée sur les dimensions du suicide (pensées suicidaires vs tentatives de suicide) et le comportement alimentaire (cumul de comportements relativement banals vs fait de se faire vomir).

Les deux classes du milieu restent très proches et se différencient plutôt sur les modalités intermédiaires des indicateurs. Le positionnement des 6 classes sur le premier plan factoriel de l'ACM permet d'illustrer la situation (graphique 7).

Graphique 7 • Position des classes de la typologie dans le premier plan factoriel de l'ACM réalisée à partir des scores agrégés des indicateurs de santé mentale



Risque suicidaire

PS : pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois
TS : tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois
Ni PS, ni TS : ni pensées suicidaires, ni tentatives de suicide

Blessures cutanées auto-infligées

0 geste autoinf : score = 0
1 ou 2 gestes autoinf : score = 1 ou 2
> 2 gestes autoinf : score >= 3

Problèmes de sommeil

Sommeil 0 : score = 0
Sommeil 1 : score = 1 ou 2
Sommeil 2 : score = 3 ou 5
Sommeil 3 : score >= 6

Problèmes de comportement alimentaire (sauf « s'être fait vomir »)

tca 0 : score = 0
tca 1 : score = 1
tca 2 : score = 2 à 3
tca 3 : score = 4 à 6
tca 4 : score >= 7

Détresse psychique

K6 0-4 : faible (score K6 de 0 à 4)
K6 5-6 : modérée (score K6 de 5 à 6)
K6 7-12 : élevée (score K6 de 7 à 12)
K6 >12 : très importante (score K6 >12)

S'être déjà fait vomir

vomir 0 : non
vomir 1 : oui

Note > La réalisation de la typologie a permis de construire une variable « classe », indiquant pour chaque élève à quelle classe de la typologie il est affecté. Cette variable peut ensuite être projetée sur le plan factoriel formé par les deux premiers axes de l'ACM, au même titre que toutes les autres variables.

Champ > : France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Les élèves en moins bonne santé mentale se différencient fortement sur la consommation de substances psychoactives, l'hygiène de vie, les atteintes subies et les préoccupations actuelles et pour l'avenir.

Si les différentes classes de santé mentale se définissent à partir des indicateurs de santé mentale qui fondent la typologie, les autres éléments du questionnaire permettent de les caractériser selon différents aspects, à partir de questions concernant le profil sociodémographique de l'élève, son mode de vie, ses consommations de substances (tabac, alcool et cannabis), certaines atteintes subies, son comportement scolaire, ses préoccupations pour le présent et le futur... (tableau 2).

Tableau 2 • Typologie selon les indicateurs de santé mentale : autres caractéristiques des classes

Variable	modalité	ens	% de la modalité dans la classe					
			classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6
variables socio-démographiques								
sexe	garçon	50,4%	64,3%	51,7%	45,5%	47,2%	33,5%	30,1%
	filles	49,6%	35,7%	48,3%	54,5%	52,9%	66,5%	69,9%
CS parents	cadre	17,3%	17,6%	15,6%	16,7%	17,0%	23,7%	15,1%
	prof intermédiaire	24,5%	23,8%	26,3%	24,8%	25,5%	21,0%	23,1%
	agri ou commerçant	12,3%	11,5%	12,1%	13,6%	12,5%	10,0%	14,2%
	employé	27,3%	28,1%	27,7%	27,1%	26,9%	26,7%	25,4%
	ouvrier	9,6%	10,4%	9,7%	8,8%	9,4%	8,3%	11,1%
ND	9,0%	8,5%	8,7%	9,0%	8,8%	10,2%	11,1%	
situation / emploi	2 parents en emploi	65,2%	68,4%	70,2%	63,2%	61,3%	64,7%	56,7%
	1 parent en emploi	27,9%	25,5%	23,9%	29,5%	31,3%	28,9%	31,4%
	2 parents ss emploi	6,9%	6,1%	5,9%	7,3%	7,4%	6,4%	11,9%
famille	nucléaire	65,6%	70,3%	65,7%	66,4%	65,6%	54,5%	53,3%
	monoparentale	17,3%	15,9%	17,2%	18,1%	16,5%	21,6%	18,0%
	recomposée	10,9%	8,2%	11,1%	10,9%	11,3%	14,8%	17,6%
	autre	3,7%	3,6%	3,1%	2,6%	3,7%	5,5%	8,2%
âge / niveau scolaire	normal	81,5%	80,6%	82,5%	83,2%	81,3%	82,2%	76,4%
	avance	2,8%	3,3%	2,4%	2,4%	2,8%	3,5%	1,3%
	retard	15,4%	15,9%	15,0%	13,7%	15,7%	14,2%	21,7%
variables mode et hygiène de vie								
IMC	normal	69,0%	69,4%	73,4%	67,3%	71,2%	61,0%	62,9%
	sous-poids	9,8%	12,3%	7,8%	10,6%	7,6%	9,3%	9,0%
	sur-poids	14,0%	12,4%	11,8%	13,7%	14,3%	19,2%	21,1%
	obésité	5,0%	3,4%	4,8%	6,2%	4,7%	8,4%	4,8%
petit-déjeuner	tous les jours	63,4%	72,9%	65,7%	60,7%	60,3%	55,2%	38,9%
	4 à 6 fs / semaine	8,9%	8,2%	9,1%	8,7%	9,2%	10,4%	10,8%
	1 à 3 fs / semaine	13,4%	8,9%	12,7%	16,2%	14,9%	14,4%	20,8%
	rarement ou jamais	13,9%	9,6%	12,2%	14,2%	15,4%	18,7%	28,2%
cantine	tous les jours	62,8%	61,5%	64,7%	63,6%	63,4%	62,1%	58,4%
	quelques fois / sem	8,7%	9,5%	7,6%	7,1%	8,5%	11,2%	11,8%
	rarement ou jamais	28,0%	28,5%	27,2%	28,7%	27,6%	26,5%	28,7%
sport	pratique activité	70,5%	73,3%	72,4%	70,6%	69,9%	64,0%	61,6%
	loisirs	13,5%	12,8%	13,2%	12,8%	14,4%	14,2%	15,8%
	aucune	13,9%	12,2%	12,1%	14,4%	13,6%	20,0%	19,4%
conso écran en semaine	faible	14,9%	20,3%	14,6%	14,2%	12,3%	8,0%	10,1%
	modérée	33,3%	37,2%	35,3%	30,5%	33,9%	26,7%	24,3%
	intense	30,8%	26,7%	32,4%	31,6%	32,2%	34,1%	34,4%
	problématique	20,4%	14,9%	17,4%	23,1%	21,2%	30,9%	30,5%

(suite ci-dessous)

Variable	modalité	ens	% de la modalité dans la classe					
			classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6
consommations								
cannabis	jamais	97,5%	98,2%	98,2%	98,3%	97,3%	96,8%	90,0%
	1 fois au moins	2,5%	1,8%	1,8%	1,7%	2,7%	3,2%	10,0%
alcool	jamais	77,6%	83,5%	78,2%	77,2%	75,7%	71,6%	62,2%
	< 1 fois/semaine	20,0%	14,9%	19,6%	20,4%	21,9%	25,5%	32,2%
	> 1 fois/semaine	2,3%	1,6%	2,2%	2,4%	2,4%	3,0%	5,6%
ivresse	jamais	82,3%	87,7%	83,8%	80,4%	83,6%	75,3%	61,4%
	1 fois	9,3%	5,9%	9,0%	10,4%	8,5%	12,6%	21,5%
	2 à 3 fois	4,8%	3,2%	3,5%	5,8%	5,2%	6,2%	9,7%
	> 3 fois	3,7%	3,3%	3,7%	3,5%	2,7%	6,0%	7,4%
cigarettes	jamais	91,7%	95,9%	94,0%	90,7%	91,9%	84,3%	75,6%
	< 1 fois/semaine	3,9%	1,7%	2,6%	5,9%	3,9%	7,8%	6,1%
	> 1 fois/semaine	4,4%	2,4%	3,4%	3,4%	4,2%	7,9%	18,3%
cigarette électronique	jamais	78,6%	85,7%	80,0%	77,6%	76,5%	70,6%	60,7%
	1 fois au moins	21,4%	14,3%	20,0%	22,4%	23,5%	29,4%	39,3%
relations sociales et vie scolaire								
sécher les cours	jamais	83,3%	90,4%	85,8%	79,8%	82,8%	75,2%	65,7%
	< 1 fois/mois	12,6%	7,3%	11,0%	16,5%	12,2%	18,2%	24,3%
	> 1 fois/mois	4,1%	2,3%	3,2%	3,7%	5,0%	6,6%	10,0%
victime de moqueries ou insultes	jamais	71,8%	86,6%	76,3%	68,5%	70,3%	42,0%	42,0%
	1 fois	16,6%	10,2%	14,5%	19,3%	17,3%	25,9%	29,4%
	plusieurs fois	11,7%	3,2%	9,2%	12,2%	12,5%	32,1%	28,7%
victime de racket	non	98,2%	98,7%	99,4%	97,9%	98,0%	96,6%	95,7%
	oui	1,8%	1,3%	0,6%	2,1%	2,0%	3,4%	4,3%
victime de violences	non	93,3%	98,0%	95,0%	93,8%	92,9%	86,4%	72,9%
	oui	6,7%	2,0%	5,0%	6,2%	7,1%	13,6%	27,1%
points importants actuellement et dans 10 ans								
important actuellement	amitié	62,0%	59,6%	64,4%	63,3%	62,8%	62,2%	58,4%
	famille	86,7%	89,7%	89,4%	87,4%	85,5%	80,3%	73,6%
	loisirs	31,3%	32,0%	33,7%	30,4%	30,3%	30,0%	29,9%
	réussite scolaire	75,4%	78,9%	76,1%	75,5%	72,6%	75,3%	65,5%
	santé	59,8%	64,8%	62,7%	61,1%	57,8%	49,7%	42,0%
ce qui sera important dans 10 ans	amour	61,1%	57,3%	60,5%	62,9%	63,2%	68,0%	57,8%
	vie associative	20,5%	16,8%	21,5%	21,9%	19,9%	28,2%	22,1%
	santé	78,9%	83,6%	82,2%	80,4%	77,6%	66,3%	61,1%
	voyage	44,3%	40,2%	43,4%	45,9%	44,5%	49,0%	54,3%
	travail	92,3%	93,3%	93,4%	94,0%	92,2%	89,3%	81,0%

Note > Les cases en vert correspondent aux modalités les plus surreprésentées dans la classe (valeur du test de significativité ≥ 20 , cf. encadré 2, « typologie des élèves fondée sur leur état de santé mentale » : la valeur du test est positive si la modalité est surreprésentée dans la classe et négative si la modalité est sous-représentée. Plus la valeur absolue est grande, plus la différence est significative. On considère que la différence est significative pour une valeur absolue du test supérieure à 2). La probabilité est celle de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle d'égalité des fréquences.

Lecture > Les garçons sont fortement surreprésentés dans la classe 1 avec une part de 64,3% contre 50,4 % parmi l'ensemble des élèves.

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

D'un point de vue sociodémographique, les classes de meilleure santé mentale se distinguent en premier lieu par une plus forte proportion de garçons (leur part diminue progressivement, passant de 64 % dans la 1^{ère} classe à

30 % dans la dernière). Elles se caractérisent également par une fréquence plus élevée de familles nucléaires et de situations où les deux parents travaillent.

Sur le plan du mode de vie, tous les indicateurs se dégradent du premier au dernier groupe, plus ou moins progressivement. Concernant l'usage des écrans en semaine, on voit ainsi la part d'une consommation faible passer de 20 à 10 % entre la classe 1 et la classe 6 et à l'inverse, celle d'une consommation supérieure à 6 heures quotidiennes en semaine passer de 15 à 31 %. La différence est moins importante concernant le sport mais cependant la part des élèves qui déclarent pratiquer un sport¹⁷ diminue de 10 points entre la première et la dernière classe alors que celle des élèves ne pratiquant aucune activité physique, même comme loisirs, passe de 12 à 20 %. Il n'y a guère de différences concernant la fréquentation de la cantine, en revanche la prise régulière d'un petit-déjeuner est de moins en moins fréquente du premier au dernier groupe, de 73 % d'élèves qui prennent tous les jours un petit-déjeuner dans le premier groupe à 39 % dans le dernier, en passant par 66 % (classe 2), puis 60 % (classes 3 et 4) et 55 % (classe 5). On constate également une part plus importante d'élèves en surpoids dans les deux dernières classes (26 et 28 % contre 16 à 20 % dans les autres groupes), également caractérisées par une forte fréquence des problèmes de comportements alimentaires.

Les consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis et tabac) sont toutes associées à une moins bonne santé mentale. La différence entre les six classes se retrouve aussi bien concernant les comportements rares en troisième, comme l'expérimentation du cannabis et le tabagisme régulier, que ceux un peu plus fréquents de consommation d'alcool et d'usage de la cigarette électronique.

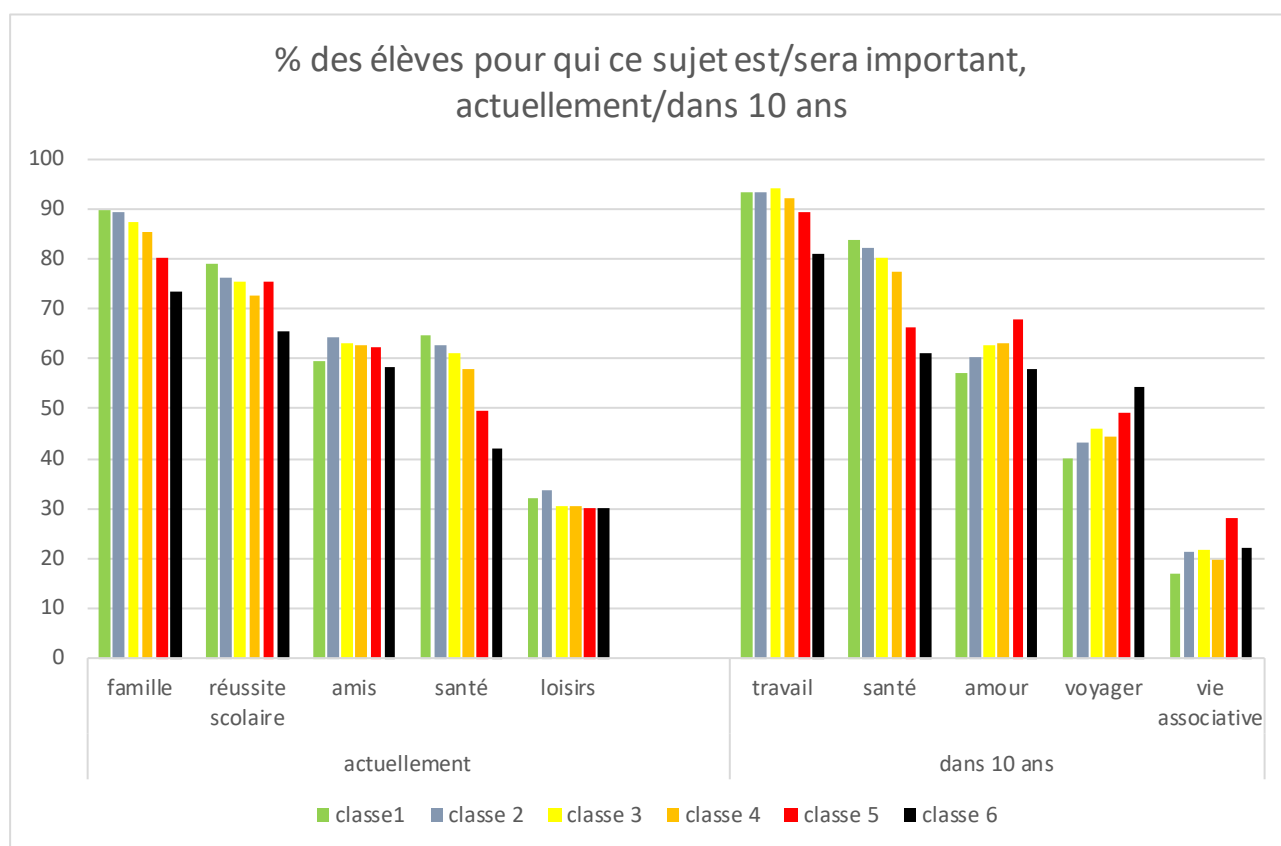
Les indicateurs de potentielles difficultés scolaires¹⁸, relationnelles ou de violences subies se dégradent également entre les premières et les dernières classes, là encore aussi bien quand il s'agit de phénomènes relativement fréquents, comme sécher les cours (de 10 à 35 % des élèves) ou être victime de moqueries (de 13 à 58 % des élèves) que plus rares, comme d'avoir été victime de racket (de 1,3 à 4,3 %) ou surtout de violences (ou agressions physiques), la part d'élèves concernés passant de 2 à 27 %.

Les groupes de plus ou moins bonne santé mentale se différencient aussi sur leurs réponses à ce qui est important pour eux maintenant et ce qui le sera dans 10 ans (graphique 8). Ainsi la part de ceux qui accordent aujourd'hui de l'importance à la famille, à la réussite scolaire et à la santé diminue entre les premières et les dernières classes, de même que la part de ceux qui pensent que dans 10 ans le travail et la santé seront importants. Ces résultats concernant en particulier le travail et la santé semblent illustrer le lien étroit entre santé mentale et capacité à se projeter dans l'avenir, et pour ce qui est du présent, entre santé mentale et soutien familial, révélé par l'importance accordée à la famille.

¹⁷ S'entend en dehors des heures d'éducation physique et sportive pratiquée au collège.

¹⁸ Le comportement scolaire est approché par une question sur le retard scolaire et une autre sur l'assiduité aux cours durant les 12 derniers mois (évaluée par la fréquence de cours séchés).

Graphique 8 • Réponses aux questions sur ce qui est important maintenant et sur ce qui le sera dans 10 ans, selon la classe de santé mentale



Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Les deux groupes de plus mauvaise santé mentale correspondent à des profils bien distincts

Les deux groupes de moins bonne santé mentale se démarquent ainsi très fortement des autres groupes sur les indicateurs de santé mentale mais également sur beaucoup d'autres aspects, mode de vie, atteintes subies et difficultés relationnelles et caractéristiques sociodémographiques. Presque tous les facteurs étudiés semblent plus ou moins en lien avec cette dégradation de la santé mentale mais la différence se fait parfois essentiellement avec la première classe, extrême opposé ou bien sur les comportements les plus marginaux (consommation régulière de tabac, expérimentation du cannabis, expérience de violences subies, manque de projection dans l'avenir concernant le travail et la famille). De plus les deux dernières classes ne se ressemblent pas toujours. Outre le fait que les différences avec la situation moyenne sont quasiment toujours plus marquées dans la dernière, quelques différences spécifiques apparaissent, notamment un marqueur de niveau social favorisé pour la classe 5 (24 % d'enfants de cadres), plus de familles monoparentales, une préoccupation identique à celle des autres groupes concernant la réussite scolaire et de nombreux sujets d'avenir jugés importants (44 % en citent 4 ou 5 contre 25 % dans la classe 6).

Pour identifier et différencier les facteurs les plus liés à l'appartenance aux deux dernières classes de la typologie, deux régressions ont été menées, modélisant d'une part la probabilité d'appartenir à la classe 5 et d'autre part celle d'appartenir à la classe 6 (tableau 3). Dans chacune des deux régressions, la méthode « stepwise¹⁹ » de sélection

¹⁹ À chaque étape, le procédé ajoute la variable la plus significative ou supprime la variable la moins significative.

des variables retenues dans le modèle a été effectuée parmi l'ensemble des variables suivantes : variables socio-démographiques (sexe et âge de l'élève, fratrie, situation des parents par rapport à l'emploi, CS des parents, structure familiale), mode et hygiène de vie (pratique sportive, prise du petit-déjeuner, fréquentation de la cantine, temps passé devant un écran en semaine, indice de masse corporelle), consommation de substances (cannabis, alcool, ivresse, cigarettes et cigarette électronique), absentéisme scolaire, atteintes subies (insultes, violences, racket), thématiques importantes pour l'adolescent actuellement (amitié, réussite scolaire, santé, famille et loisirs) et dans 10 ans (amour, travail, voyages ou vie à l'étranger, santé, engagement associatif).

Six des facteurs retenus sont communs aux deux modèles (être une fille, avoir été victime d'insultes, ne pas accorder d'importance à la famille dans le présent et à la santé pour l'avenir, avoir utilisé une cigarette électronique et ne pas vivre dans une famille nucléaire classique) mais ils n'interviennent pas toujours de la même façon.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, seuls le sexe et la composition de la famille ont un effet qui joue dans les deux cas. Être une fille multiplie par 1,8 la probabilité d'appartenir à la classe 5 et par 2,6 celle d'appartenir à la classe 6 ; concernant la composition de la famille, vivre dans une famille recomposée a le même effet dans les deux cas (odds-ratios de 1,5 et 1,4), en revanche, la famille monoparentale n'est associée qu'à la classe 5. La profession des parents ressort également uniquement pour la classe 5 avec une probabilité multipliée par 1,8 pour les enfants de cadres par rapport aux enfants d'ouvriers. Le fait d'avoir un an de retard est associé négativement avec l'appartenance à la classe 5, le risque relatif étant alors diminué de 30 %, mais ne joue pas pour la classe 6.

Concernant les habitudes de vie, ce ne sont pas les mêmes caractéristiques qui sont associées aux deux classes. Se retrouvent associés à la classe 5 le fait de passer beaucoup de temps sur les écrans, de ne faire du sport ni comme activité, ni comme loisir et d'être en surpoids ou obèse. Ces facteurs ne se retrouvent pas parmi les plus déterminants pour la classe 6, contrairement au fait de ne pas prendre régulièrement de petit-déjeuner et d'aller irrégulièrement à la cantine. Comportement *a priori* plus problématique, la consommation de substances psychoactives n'est également associée qu'à la classe 6, sauf le fait d'avoir déjà utilisé une cigarette électronique qui a un effet significatif pour les deux classes. Mais l'ivresse, rare ou répétée, multiplie la probabilité d'appartenir à la classe 6 par plus de 2 et le fait de consommer régulièrement du tabac par 1,8.

Concernant la vie scolaire et les relations aux autres, le fait d'avoir subi des insultes ou moqueries est un facteur associé aux deux classes mais son effet est plus déterminant concernant la classe 5, avec un odds-ratio de presque 5 quand cela s'est répété. Concernant la classe 6, l'augmentation du risque est identique que les insultes soient répétées ou non (OR de 2,4 et 2,5) mais un autre élément s'ajoute, plus déterminant, celui d'avoir subi des violences physiques. Le risque est alors multiplié par 3,5. Dans cette dernière, joue également, mais de façon moindre, le fait de sécher les cours (odds-ratio de 1,5).

Enfin, parmi les thématiques jugées importantes dans le présent et pour l'avenir, seules deux ressortent comme des déterminants des deux classes : ne pas accorder d'importance à la famille, avec un odds-ratio de 1,8 et ne pas juger qu'être en bonne santé sera important dans 10 ans. Mais ce qui apparaît le plus lié à la classe 6 est de ne pas mettre le travail dans les préoccupations futures (OR de 1,9), et aussi de ne pas accorder d'importance à la santé présente ; à l'inverse, les adolescents de la classe 6 auront plus tendance à accorder de l'importance au fait de pouvoir voyager ou vivre à l'étranger dans 10 ans. Les réponses spécifiquement liées à la classe 5 sont différentes : importance dans 10 ans de la vie amoureuse et de l'investissement dans la vie associative.

Tableau 3 • Régressions sur l'appartenance aux classes 5 et 6

		classe 5			classe 6		
		OR	proba	signif	OR	proba	signif
caractéristiques sciodémographiques							
sexe ref=garçon	filles	1,8	<0,0001	***	2,6	<0,0001	***
	cadre	1,8	0,005	**			
CS parents ref=ouvrier	prof intermed	1,0	0,880	ns			
	agri., commerçants	0,9	0,581	ns			
	employés	1,1	0,717	ns			
	ND	1,1	0,579	ns			
famille ref=nucléaire	monoparentale	1,3	0,018	*	0,9	0,408	ns
	recomposée	1,5	0,003	**	1,4	0,047	*
	autre	1,5	0,073	ns	1,9	0,016	*
âge ref=normal	avance	1,3	0,312	ns			
	retard	0,7	0,008	**			
hygiène / mode de vie							
petit déjeuner ref=ts les jours	4 à 6 fs / sem				1,8	0,005	**
	1 à 3 fs / sem				2,0	<0,0001	***
	exceptionnel				2,3	<0,0001	***
pratique sportive ref=activité	aucune	1,4	0,005	**			
	loisirs	1,1	0,641	ns			
cantine ref=ts les jours	quelques fs / sem	1,4	0,060	ns	1,7	0,009	**
	rarement ou jamais	0,9	0,219	ns	1,0	0,832	ns
conso écran semaine ref=faible (<2h)	modérée (de 2 à 3h)	1,7	0,007	**			
	intense (entre 3 et 6h)	2,2	<0,0001	***			
	problématique (> 6h)	2,6	<0,0001	***			
IMC ref=normal	sous-poids	1,1	0,740	ns			
	sur-poids	1,4	0,017	*			
	obésité	1,8	0,001	**			
relations sociales et vie scolaire							
sécher les cours ref=jamais	< 1 fs / mois				1,5	0,011	*
	>= 1 fs /mois				1,4	0,208	ns
victimes insultes ref=jamais	1 fois	2,6	<0,0001	***	2,4	<0,0001	***
	plusieurs fois	5,0	<0,0001	***	2,5	<0,0001	***
violences subies ref=jamais	au moins 1 fois				3,5	<0,0001	***
consommations substances							
conso cigarette ref=jamais	oui, < 1 fs /sem				0,8	0,328	ns
	oui, >= 1 fs /sem				1,8	0,006	**
cigarette électronique ref=jamais	au moins 1 fois	1,6	<0,0001	***	1,4	0,029	*
ivresse ref=jamais	1 fois				2,4	<0,0001	***
	2 à 3 fois				2,1	0,001	**
	4 fois et plus				1,5	0,133	ns
problématiques importantes pour l'élève							
important dans 10 ans ref=réponse oui	amour - non	0,6	<0,0001	***			
	travail - non				1,9	0,001	**
	voyager - non				0,7	0,002	**
	santé - non	2,1	<0,0001	***	1,4	0,035	*
	engagement associatif - non	0,7	0,001	**			
important actuellement ref=réponse oui	santé - non				1,5	0,008	**
	famille - non	1,5	0,001	**	1,8	0,000	**

Significativité : *** : p<0,0001, ** : p<0,01, * p<0,05.

Lecture > Le fait d'être une fille est associée de façon très significative (p<0,0001) à l'appartenance aux deux classes, avec un odd-ratios de 1,8 pour la classe 5 et de 2,6 pour la classe 6. Pour une modalité donnée, l'odd ratio compare par rapport à la situation de référence, le rapport entre la probabilité d'appartenir à la classe 5 (ou à la classe 6) relativement à celle d'appartenir à une autre classe,

Champ > France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Les différences entre les facteurs les plus déterminants pour chacune des classes montrent une association de situations plus graves ou plus préoccupantes pour la classe 6, correspondant à la santé mentale la plus mauvaise, comme le fait d'avoir subi des violences physiques et non simplement des insultes, d'avoir déjà été ivre et de fumer du tabac régulièrement et non d'avoir simplement déjà utilisé une cigarette électronique. Les indicateurs d'un

moindre investissement scolaire et dans l'avenir sont également plus marqués pour la classe 6 à laquelle sont associés le fait de sécher les cours et de ne pas accorder d'importance au travail que l'on aura dans 10 ans, alors que pour la classe 5, les comportements associés semblent plus banals, comme d'abuser des écrans et de ne pas faire de sport, et le retard scolaire lui est associé négativement. Si pour les deux classes, les réponses qui leur sont liées concernant ce qui est important maintenant et ce qui le sera dans 10 ans, semblent indiquer un manque de repères au sein de la famille, seule la classe 6 est associée à un manque de régularité dans la prise du petit-déjeuner et la fréquentation de la cantine, peut-être révélateurs d'une prise en charge au quotidien moins assurée par les parents ou de difficultés financières. La projection dans l'avenir associée à la classe 5 est atypique mais pas forcément négative alors que la seule réponse positive spécifiquement associée à la classe 6, « pouvoir voyager ou vivre à l'étranger », semble renvoyer à un désir d'éloignement. En l'absence d'éléments permettant de savoir ce que ces thématiques recouvrent précisément pour les adolescents, il est cependant difficile de les interpréter dans un sens positif ou négatif.

Si toutes les caractéristiques des deux dernières classes peuvent constituer des signes de vigilance relative à l'expression d'un mal-être important et sont en général plus fréquentes dans la dernière classe, on voit que certaines s'effacent dans la régression concernant la dernière classe, pour laisser place à des indicateurs a priori plus spécifiques d'une détérioration très forte de la santé mentale : fréquence des violences subies, des consommations régulières de cigarettes et d'alcool, et d'ivresses. Au-delà du critère de gravité difficile à apprécier, les classes 5 et 6 évoquent des profils différents. Les caractéristiques de la classe 6, marquée par la fréquence des tentatives de suicide, des vomissements volontaires, des actes auto agressifs répétés, et une plus forte surreprésentation des filles, se rapprochent ainsi de celles du « comportement borderline²⁰ », plutôt qu'uniquement dépressif, qui lui renverrait plus aux déterminants de la classe 5 : détresse psychique élevée, problèmes de sommeil, de comportements alimentaires et pensées suicidaires.

Malgré leurs limites en lien avec les contraintes de l'enquête, ces résultats apportent des informations détaillées sur la santé psychique des élèves de 3^e au niveau national. Si des explications plus complètes des effets repérés nécessiteraient une évaluation plus fine du milieu socio-économique de l'adolescent, de ses relations familiales et avec ses pairs, de ses résultats scolaires, réels et ressentis, et de facteurs de risque importants comme les situations de harcèlement et de violences intrafamiliales, cette étude permet de disposer de données de référence sur la situation actuelle et d'identifier certaines caractéristiques parmi les plus révélatrices de l'état de santé psychique des adolescents.

²⁰ La référence aux comportements « borderline » renvoie à une tendance à agir de façon impulsive et à adopter des comportements extrêmes, voire autodestructeurs, sachant que la question de l'existence même d'états limites chez l'enfant et l'adolescent est beaucoup plus complexe et ne fait pas consensus. L. Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. https://brunofalissard.pagesperso-orange.fr/cariboost_files/Etats_20limites_20enfant_20Laquirole.pdf

■ BIBLIOGRAPHIE

Guignon, N., « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », DREES, *Études et Résultats*, 1122, août 2019.

Jacquin P., Picherot G., « Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ? », la revue du praticien, vol.66, décembre 2016.

Jousselle C, Cosquer M, Hassler C., « Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. » Paris : Inserm, 2015.

Conférence de consensus – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, octobre 2000.

Lecubrier Y., « Caractéristiques favorisant le passage à l'acte dans la crise suicidaire », Inserm – Hôpital de la Pitié Salpêtrière, octobre 2000.

Terra JL, Pacaut-Troncin M., « Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités », *Perspectives Psy*, 2008/4 (Vol. 47), p. 321-329.

Debout M., Faic T., Facy F., « Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe », *Rhizome* n°11, avril 2003.

OFDT et Santé Publique France. « Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français : Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015 », 3^e rapport de l'Observatoire national du suicide, fiche 3, février 2018.

Janssen E., Spilka S. (Observatoire français des drogues et des toxicomanies-OFDT, pôle EAS) « Tentatives de suicides et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains – Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018 », 4^e rapport de l'Observatoire national du suicide, fiche 17, 2020.

Pommereau X., « Scarifications : Il ne s'agit pas de simples décharges comportementales pour se soulager », propos recueillis par Martine Laronche, *Le Monde*, 11 août 2009.

Pommereau X., Brun M. et Moutte J-Ph., « L'Adolescence scarifiée », éd. L'Harmattan, 127 p., avril 2009 https://www.lemonde.fr/vous/article/2009/08/11/scarifications-il-ne-s-agit-pas-de-simples-decharges-comportementales-pour-se-soulager_1227575_3238.html.

De Luca M. et al., « Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ? », *La psychiatrie de l'enfant* 2012/2 (Vol. 55), p. 637-678. DOI 10.3917/psy.552.0637.

Spilka S., Godeau E. (EHESP), Le Nézet O., Ehlinger V. (Inserm UMR 1027), Janssen E., Brissot, A., Philippon A. et Chyderiotis S., « Usage d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018, enquête EnCLASS 2017 », *Tendances*, OFDT, n° 123, 2018, 8 p.

Guilbert Ph. (1), Choquet M. (2), Arwidson P. (1), Goubert A.-C. (1), Gautier A. (1), Baudier F. (3), Jouglard C. (1), « Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone », revue de Santé publique, 2001/2 Vol. 13 | pages 113 à 123.

(1)CFES, (2) INSERM Unité 472, (3) CNAMTS

Pommereau X., « Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence », *Enfances & Psy*, 2006/3 (n° 32), p. 58-71. DOI : 10.3917/ep.032.0058. URL : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-3-page-58.htm>.

Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Garel P., « L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2008/1 (n° 40), p. 227-235. DOI : 10.3917/ctf.040.0227.

UNICEF France, 2014 – Consultation nationale des 6/18 ans – « *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire – Adolescents en France : le grand malaise* »

Moro M-R, Brison J-L, Rapport de la mission « Bien-être et santé des jeunes », novembre 2016.

Rapport du groupe de travail sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la santé publique, février 2000

Anne Révah-Lévy et al., « La dépression de l'adolescent : de la recherche qualitative à la mesure », *La psychiatrie de l'enfant* 2012/2 (Vol. 55), p. 607-635., DOI 10.3917/psy.552.0607

Annexe 1. Questionnaire principal



ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ 2016-2017 AUPRÈS DES ÉLÈVES SCOLARISÉS EN CLASSE DE 3^{ème}

Fiche élève

ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ADOLESCENT (voir guide page 1)

Q1 - N° de l'établissement	→	<input type="text"/>	Q2 - Département	→	<input type="text"/>	Q3 - Code QP	→	<input type="text"/>
Q4 - Date de l'examen		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q5 - Présence du carnet de santé		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non			
Q6 - Sexe		<input type="checkbox"/>	Garçon	<input type="checkbox"/>	Fille			
Q7 - Mois et année de naissance		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A - SITUATION FAMILIALE DE L'ADOLESCENT (voir guide page 1 et 2)

A1 - Avec qui vis-tu le plus souvent dans la semaine ?

- Avec mes parents
 Avec ma mère et son (sa) conjoint(e) Avec mon père et sa (son) conjoint(e)
 Avec ma mère seule Avec mon père seul
 autre situation, préciser

A2 - Avec combien d'enfant(s) plus âgé(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

A3 - Avec combien d'enfant(s) plus jeune(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

A4 - Quelle est la situation actuelle de tes parents vis-à-vis de l'emploi ?

A4a - Ton père <input type="checkbox"/> travaille comme salarié <input type="checkbox"/> travaille à son compte <input type="checkbox"/> est au chômage <input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...) <input type="checkbox"/> Sans objet (décédé, inconnu...)	A4b - Ta mère <input type="checkbox"/> travaille comme salariée <input type="checkbox"/> travaille à son compte <input type="checkbox"/> est au chômage <input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...) <input type="checkbox"/> Sans objet (décédée, inconnue...)
A5a - Quelle est la profession de ton père ? (réponse en clair)	A5b - Quelle est la profession de ta mère ? (réponse en clair)

B - DONNÉES STATURO-PONDÉRALES (voir guide page 2 et 3)

	Taille	Poids	
A la naissance	B1 - <input type="text"/> cm	B2 - <input type="text"/> gr	B3 - né(e) à terme <input type="checkbox"/> (cocher, si c'est le cas) Si non, <input type="text"/> semaines d'aménorrhée
Au bilan de la sixième année	B4 - <input type="text"/> cm	B5 - <input type="text"/> , <input type="text"/> kg	B6 - date de l'examen de 6 ans <input type="text"/> / <input type="text"/>
Actuellement	B7 - <input type="text"/> cm	B8 - <input type="text"/> , <input type="text"/> kg	

B9 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

C - DÉPISTAGE VISUEL (voir guide page 3 et 4)

Tous les élèves tirés au sort pour l'enquête doivent être interrogés et dépistés

C1 - Portes-tu des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement ?

- Non Oui, je les ai avec moi pour le dépistage Oui, mais je ne les ai pas avec moi pour le dépistage

C2 - Dépistage visuel (réalisé avec lunettes ou lentilles si l'adolescent en est équipé)

- Évaluation de l'acuité visuelle de loin** Normale Anormale
 Non évaluée (indiquer pour quelle raison)

C3 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

- Non Oui

D - DÉPISTAGE AUDITIF (voir guide page 4)

D1 - Matériel satisfaisant pour pratiquer l'examen (réalisé à 30 décibels avec audio-vérificateur) Oui Non

D2 - Conditions sonores satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de bruits) Oui Non

D3 - Conditions médicales satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de rhume...) Oui Non

D4 - Es-tu équipé(e) d'un appareil auditif ? Oui Non

D5 - Résultat de l'examen (examen pratiqué avec appareil auditif si l'enfant en est équipé) :

Normal (aux fréquences 500 / 1000 / 2000 / 4000 hertz)

Anormal (au moins à l'une des fréquences explorées) :

à 1 oreille aux 2 oreilles

D6 - Si le résultat de l'examen est anormal, quelle en est la raison ?

Un trouble de l'audition déjà diagnostiqué : perte auditive permanente (congénitales ou acquises),

Un trouble temporaire de l'audition (y compris otites à répétition),

Aucune information sur l'origine du problème.

D7 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

E - EXAMEN DE SANTE BUCCO-DENTAIRE (voir guide page 4 et 5)

E1 - Au cours des 12 derniers mois, as-tu consulté un dentiste (ou un orthodontiste) ? Oui Non

E2 - L'adolescent a-t-il un appareil dentaire ? (y compris de nuit) Oui Non

E3 - Nombre de dent(s) cariée(s) NON soignée(s)

E4 - Nombre de dent(s) cariée(s) soignée(s)

E5 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

F - HABITUDES DE VIE (voir guide page 5)

F1 - Combien de fois te brosses-tu les dents ?

Plusieurs fois par jour

Une fois par jour

Quelques fois par semaine

Rarement ou jamais

Habituellement, à quelle heure te couches-tu ...	Habituellement, à quelle heure te lèves-tu ...
F2a - Quand tu as cours le lendemain matin ? <input type="text"/> h <input type="text"/>	F2c - Quand tu as cours le matin <input type="text"/> h <input type="text"/>
F2b - Quand tu n'as PAS cours le lendemain matin ? <input type="text"/> h <input type="text"/>	F2d - Quand tu n'as PAS cours le matin <input type="text"/> h <input type="text"/>

F2e - Au cours des 12 derniers mois, t'est-il arrivé ?

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent
D'avoir des difficultés à t'endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te réveiller dans la nuit et d'avoir des difficultés à te rendormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir le sentiment d'être décalé (t'endormir très tard et te réveiller très tard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir le sentiment de ne pas être reposé après avoir dormi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3 - As-tu un téléphone portable (avec ou sans accès internet) ? Oui Non

F4a - Combien d'heures par jour en moyenne passes-tu devant un écran de télévision, d'ordinateur pendant ton temps libre (en dehors des vacances) ?

	Aucune	Environ ½ h	Environ 1 h	Environ 2 h	Environ 3 h	Environ 4 h	Plus de 4 h
Les jours de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours de week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4b - Combien d'heures par jour en moyenne passes-tu sur une console, un téléphone portable (avec ou sans accès internet) **ou une tablette, pendant ton temps libre** (en dehors des vacances) ?

	Aucune	Environ ½ h	Environ 1 h	Environ 2 h	Environ 3 h	Environ 4 h	Plus de 4 h
Les jours de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours de week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5 - Combien de fois par semaine prends-tu un petit déjeuner ?

- Tous les jours 4, 5, 6 fois par semaine 1, 2, 3 fois par semaine Exceptionnellement ou jamais

F6 - Manges-tu habituellement à la cantine le midi ?

- Oui, tous les jours Oui, quelques fois par semaine Rarement ou jamais

F7 - Pratiques-tu, habituellement, chaque semaine, une ou plusieurs activités sportives (en club ou non) en dehors des cours d'éducation physique et sportive ?

- Oui Non → *Si la réponse est « non », poser la question F8 :*

F8 - Y-a-t-il une activité que tu pratiques pour tes loisirs, habituellement, chaque semaine, en dehors des cours d'éducation physique et sportive, parmi cette liste : vélo, piscine, danse, gymnastique, patinage, roller, skate, équitation ?

- Oui Non Autre(s) activité(s) citée(s) par l'adolescent(e) (préciser)

G - SANTE RESPIRATOIRE (voir guide page 5 et 6)

G1 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de ta vie ?

- Non Oui → *Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6*

G2 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

- Non Oui → *Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6*

G3 - Combien de fois as-tu eu des crises de sifflements durant les 12 derniers mois ?

- Aucune 1 à 3 fois 4 à 12 fois Plus de 12 fois

G4 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements t'ont-elles réveillé(e) ?

- Jamais réveillé avec des sifflements Moins d'une nuit/semaine Une ou plusieurs fois/semaine

G5 - Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour t'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?

- Non Oui

G6 - As-tu déjà eu des crises d'asthme ?

- Non Oui

G7 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu des sifflements dans ta poitrine pendant ou après un effort ?

- Non Oui

G8 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu une toux sèche la nuit, alors que tu n'avais ni rhume, ni infection respiratoire ?

- Non Oui

→ *Si la réponse est « OUI » à la question G2 ou « OUI » à la question G6, poser les questions suivantes :*

G9 - Durant les 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre ces crises de sifflements ou d'asthme ?

- Non Oui

G10 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu vu un médecin ou es-tu allé(e) aux Urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois

G11 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été hospitalisé(e) en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois

H. APPRENTISSAGE DE LA NAGE (voir guide page 6)

H1 - Est-ce que tu sais nager ?

EPI : équipement de protection individuelle.

- Non, pas du tout
(je coule dès que l'on me met dans l'eau)
- Presque pas
(je ne peux pas aller seul(e) là où je n'ai pas pied sans bouée ou EPI ou aide)
- Assez bien
(suffisamment pour aller seul(e) là où je n'ai pas pied, sans bouée, sans EPI et sans aide, et/ou je peux nager seul(e) environ 10 mètres ou une largeur de piscine, sans bouée, sans EPI, sans aide et sans mettre le pied par terre)
- Très bien
(je peux nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes sans bouée, sans EPI, sans aide, et sans mettre le pied par terre)
- Je ne sais pas répondre, je n'ai jamais essayé

i. ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (voir guide page 6 et 7)

i1 - As-tu eu un accident ou t'es-tu blessé(e)

depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2016) ?

Non

Oui

Combien d'accidents ?

→ Si OUI, et pour l'accident « le plus grave » :

i2- Était-ce un accident de la circulation ?

Non

Oui, préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, vélo, piéton, autre)

.....
.....

i3- Qu'est-ce que tu as eu ?

(orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

i4 - Où cet accident s'est-il passé ? (lieu : plusieurs réponses possibles)

Cadre scolaire

Non Oui

Voie publique (rue, trottoir, parking)

Non Oui

Terrain de sport ou installation sportive

Non Oui

Domicile

Non Oui

Lieu de loisir

Non Oui

Autre

Non Oui

i5 - Quand cet accident est-il survenu ?

Pendant les grandes vacances scolaires (du 1/7 à la rentrée)

Non Oui

Pendant la période scolaire

Non Oui

Pendant d'autres vacances scolaires

Non Oui

Préciser le mois de survenue

i6 - Qu'est-ce que tu faisais ? (activité)

Sport

Non Oui

Jeux, autres activités de loisir

Non Oui

Sport organisé

Non Oui

Déplacement

Non Oui

Quel sport ?

Autres activités, préciser

i7 - Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

.....

i8 - Conséquences :

Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, as-tu été limité dans tes activités ? Non Oui limité Oui sévèrement limité

As-tu eu à cette occasion une dispense d'éducation physique et sportive ?

Non Oui

Combien de semaines ?

Cet accident a-t-il nécessité un passage aux urgences à l'hôpital ?

Non Oui

J - STATUT VACCINAL (voir guide page 8 et 9)

A renseigner EXCLUSIVEMENT à l'aide d'un document de santé, en priorité le carnet de santé.
En l'absence de carnet de santé, indiquer quel document a été utilisé :

Carnet de vaccination Dossier médical scolaire à jour

J1 - Date premier BCG

J J / M M / A A

Pour les questions J2 à J7, nous vous prions de bien vouloir préciser clairement le nom du vaccin utilisé et la date de l'injection.

J2 - Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae b

a - J J / M M / A A d - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A e - J J / M M / A A
c - J J / M M / A A f - J J / M M / A A

En cas de doute, noms des vaccins disponibles : **Hexavalent** = Infanrixhexa® - **Pentavalents** = Infanrix Polio Hib®, Infanrixquinta®, Infanrixpenta®, Pentavac®, Pentacoq®, Pent-Hibest® - **Tétravalents** = Tétracoq®, DTCP Pasteur®, Infanrix Polio®, Infanrix Tétra®, Tétravac®, Repevax®, Boostrixtetra® - **Trivalents** = DTPolio®, Revaxis® - **Haemophilus influenzae b monovalent** = ActHib®

J3 - Hépatite B

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins contenant une valence hépatite B sont les suivants : Genhevac B®, Engerix®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®, Infanrixhexa®, Twinrix®

J4 - Rougeole, oreillons, rubéole

a - Rougeole (Rouvax®) J J / M M / A A d - ROR 3 J J / M M / A A
b - ROR 1 J J / M M / A A e - Rubéole (Rudivax®) J J / M M / A A
c - ROR 2 J J / M M / A A

Les vaccins Rougeole/Oreillons/Rubéole sont les suivants : ROR®, RORvax®, Priorix®, M-M-Rvaxpro® - Le vaccin monovalent rougeole = Rouvax® - Le vaccin monovalent rubéole = Rudivax®

J5 - Méningocoque C

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A

Vaccins proposés : Meningitec®, Meninvact®, Menjugate®, Neisvac®, Mencevax®, Menomune®, Menveo®, Nimenrix®

J6 - Papillomavirus Humain

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A

Vaccins proposés : Gardasil®, Cervarix®

J7 - Autres vaccins (contre varicelle, grippe, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune etc...)

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins disponibles sont : Aggripal®, Avaxim®, Bexsero®, Fluarix®, Fluvirine®, Havrix®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Optaflu®, Previgrip®, Rotarix®, Rota Teq®, Stamaril®, Twinrix®, Tyavax®, Typherix®, Typhim VI®, Varilrix®, Varivax® et Vaxigrip®

J8 - A partir de ce que vous savez de la couverture vaccinale de cet adolescent, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

Non Oui

Annexe 2. Auto-questionnaire

Merci de vérifier que le code AQ de l'auto-questionnaire est bien associé au code QP de la fiche élève. Pour cela, merci de vous référer à la fiche Table de passage.

Numéro de l'établissement

--	--	--	--	--

Code AQ

--	--	--	--

ENQUETE NATIONALE DE SANTE 2016-2017 AUPRES DES ADOLESCENTS SCOLARISES EN CLASSE DE 3^{ème}

Auto-questionnaire

Nous allons maintenant te poser quelques questions afin de mieux connaître les comportements des adolescents en France. Cette enquête est facultative. Ces questions ne sont pas un contrôle, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si une question te gêne, tu peux ne pas y répondre.

Tes réponses resteront confidentielles. Ni tes parents, ni l'infirmière ou le médecin, ni aucun adulte de ton établissement ne les liront.

Voici quelques conseils pour t'aider à remplir ce questionnaire :

- Utilise un stylo noir ou bleu foncé (pas de crayon, de stylo brillant ou de couleur)
- Réponds en mettant une croix dans la case qui correspond à ton choix.

Q1 - « Qu'est-ce qui est important pour toi aujourd'hui ? »

(tu peux cocher plusieurs cases)

<input type="checkbox"/> les ami(e)s	<input type="checkbox"/> ta réussite scolaire	<input type="checkbox"/> la santé	<input type="checkbox"/> ta famille	<input type="checkbox"/> les loisirs
--------------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Q2 - « Combien de fois as-tu fait les choses suivantes au cours des 30 derniers jours ? »

(Coche une case pour chaque ligne)

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Au moins 1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
Fumer des cigarettes (sauf cigarette électronique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire des boissons alcoolisées (bière, vin, alcools forts, premix, cidre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3 - « As-tu déjà utilisé une cigarette électronique ? »

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui
------------------------------	------------------------------

Q4 - « As-tu déjà consommé des boissons alcoolisées (bière, vin, alcools forts, premix, cidre...) au point d'être complètement ivre (soûl, soûle) ? »

(coche une seule case)

<input type="checkbox"/> Non, jamais	<input type="checkbox"/> Oui, une fois	<input type="checkbox"/> Oui, 2 ou 3 fois	<input type="checkbox"/> Oui, 4 fois et plus
--------------------------------------	--	---	--

Q5 - « Dans le passé, as-tu volontairement fait exprès... »

(Coche une case pour chaque ligne)

	Jamais	1 fois	2 à 4 fois	5 fois ou plus
De te couper le poignet, le bras, ou une autre partie de ton corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te piquer, scarifier ou marquer la peau avec des aiguilles, des agrafes ou des épingles (sauf tatouages, piercings...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'empêcher des plaies de cicatriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te brûler avec une cigarette, un briquet ou des allumettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te faire des bleus ou des cicatrices en te donnant des coups, en te mordant ou en te cognant la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6 - « Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il t'est arrivé... »

(Coche une case pour chaque ligne)

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent
de manger énormément avec des difficultés à t'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de te faire vomir volontairement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir t'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de manger en cachette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te priver de nourriture par peur de prendre du poids ou de grossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q7 - « Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il t'est arrivé de « sécher » les cours, parce que tu n'avais pas envie d'y aller ? »

<input type="checkbox"/> Oui, au moins une fois par mois	<input type="checkbox"/> Oui, mais plus rarement	<input type="checkbox"/> Non, jamais
--	--	--------------------------------------

Q8 - « Au cours des 12 derniers mois, as-tu été victime de moqueries ou d'insultes ? »
(coche une seule case)

<input type="checkbox"/> Non, jamais ⇒ aller en Q9	<input type="checkbox"/> Oui, une fois	<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois
--	--	--

Q8a - « Est-ce que cela s'est déroulé... ? »
(tu peux cocher plusieurs cases)

<input type="checkbox"/> Au collège	<input type="checkbox"/> En dehors du collège	<input type="checkbox"/> Sur les réseaux sociaux
-------------------------------------	---	--

Q8b - « Quand ces moqueries ont-elles eu lieu pour la première fois ? »
(coche une seule case)

<input type="checkbox"/> Dès l'école primaire	<input type="checkbox"/> Au début du collège (en 6 ^{ème} ou en 5 ^{ème})	<input type="checkbox"/> Assez récemment (en 4 ^{ème} ou en 3 ^{ème})
---	---	---

Q9 - « Au cours des 12 derniers mois, as-tu été victime d'agressions physiques ou de violence ? »
(coche une seule case)

<input type="checkbox"/> Non, jamais	<input type="checkbox"/> Oui, une fois	<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois
--------------------------------------	--	--

Q10 - « Au cours des 12 derniers mois, as-tu été victime de racket ? »
(coche une seule case)

<input type="checkbox"/> Non, jamais	<input type="checkbox"/> Oui, une fois	<input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois
--------------------------------------	--	--

Q11 - « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu eu le sentiment... »
(coche une case pour chaque ligne)

	Jamais	Rarement	Quelquefois	La plupart du temps	Tout le temps
d'être nerveux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'être désespéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'être agité(e) ou incapable de tenir en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait te remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
que tout te demandait un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'être bon(ne) à rien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q12 - « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre
------------------------------	------------------------------	---

Q13 - « Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait une tentative de suicide ? »

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non ⇒ aller en Q14	<input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre
------------------------------	---	---

Q13a- Si oui, es-tu allé(e) à l'hôpital suite à cette tentative de suicide ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre
------------------------------	------------------------------	---

Tourner la page ⇒

Q14 - « D'une manière générale, quand tu t'imagines dans 10 ans, qu'est-ce qui te paraît le plus important ? » (tu peux cocher plusieurs cases)

- avoir une vie amoureuse épanouie
- avoir un travail qui te plaît
- voyager ou vivre à l'étranger
- être en bonne santé
- t'investir dans une cause ou une association qui te tient à cœur

Tu peux maintenant glisser ton questionnaire dans l'enveloppe.

Ferme l'enveloppe avant de la redonner.

MERCI DE TA PARTICIPATION

Si tu souhaites parler de certaines choses qui te préoccupent, discuter ou avoir des informations, tu peux le faire auprès de l'infirmière ou du médecin qui t'a présenté ce questionnaire.
Tu peux aussi appeler le numéro gratuit suivant : Fil santé jeunes 0.800.235.236

Annexe 3. Calcul des scores de santé mentale

L'état de santé mentale des élèves a été évalué sur 5 dimensions :

1- Risque suicidaire

Il est évalué par 3 questions :

Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ?

Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait une tentative de suicide ?

Si oui, es-tu allé à l'hôpital suite à cette tentative de suicide ?

Pour ces trois questions, les modalités de réponse sont « oui », « non », « ne veut pas répondre ». Ce sont les seules questions pour lesquelles une modalité « ne veut pas répondre » était proposée. En théorie, cela permet de distinguer les vraies « non-réponses » mais en pratique, cette modalité est aussi souvent utilisée (voire plus souvent) que la modalité « oui ». Ces phénomènes étant très rares (surtout les tentatives de suicide), il n'a pas été possible de garder le détail des trois modalités de réponse et pour pouvoir exploiter ce module sur le suicide, il a donc été nécessaire d'analyser à quelle réponse (« oui » ou « non ») il convenait d'assimiler la modalité « refus de répondre ». La réalisation d'une analyse des correspondances multiples, la caractérisation des 3 groupes de répondants selon leurs réponses aux autres questions du questionnaire et leur répartition selon les scores des autres modules de santé mentale indiquent que bien qu'elles représentent un intermédiaire entre les deux, les personnes ayant codé le refus se rapprochent nettement plus de celles ayant répondu « oui » que de celles ayant répondu « non », et le choix a donc été fait d'assimiler la modalité « refus de répondre » à la modalité « oui ».

Premier plan factoriel de l'ACM réalisée à partir des modules de santé mentale du questionnaire



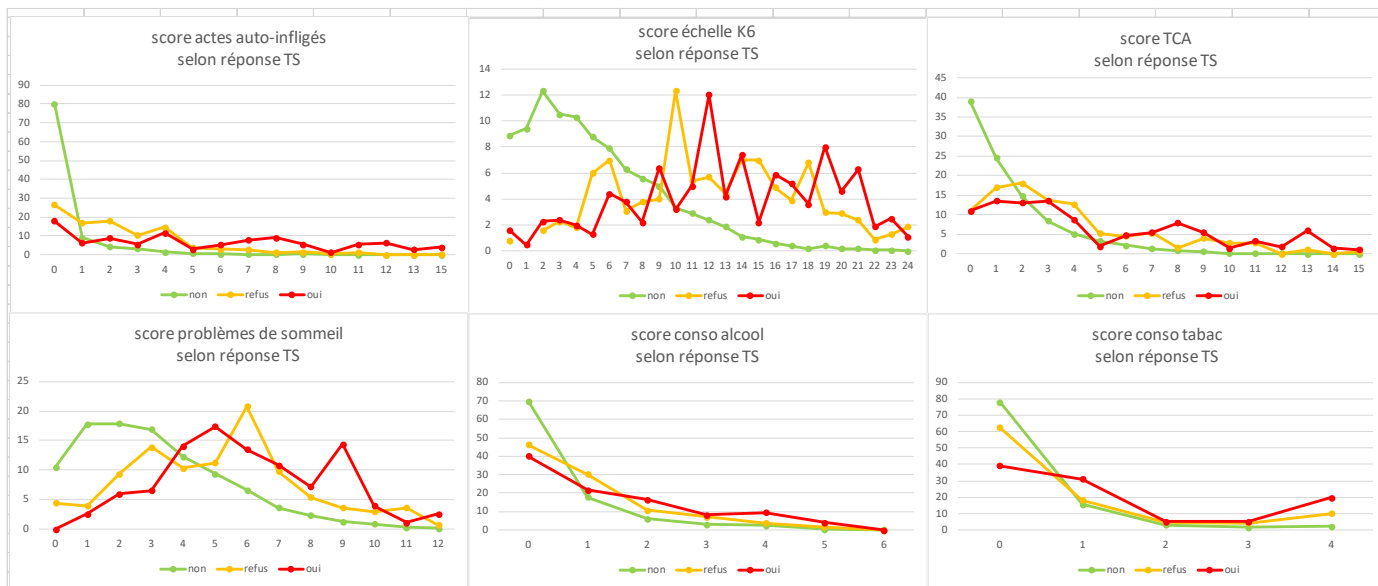
Champ >: France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Scores de santé mentale et de consommation d'alcool et de tabac, selon réponse à la question : « au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »



Scores de santé mentale et de consommation d'alcool et de tabac, selon réponse à la question : « au cours des 12 derniers mois, as-tu fait une tentative de suicide ? »



Champ >: France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

2- Détresse psychique

Cette dimension est évaluée au moyen de l'échelle de Kessler (K6²¹) constituée d'un module de 6 questions :

« au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu eu le sentiment.....d'être nerveux ? / d'être désespéré ? / d'être agité ou incapable de tenir en place ? / d'être tellement déprimé que rien ne pouvait te remonter le moral ? / que tout demandait un effort ? / d'être bon à rien ? », avec 5 modalités de réponse quotées de 0 à 4 (jamais = 0 / rarement = 1 / quelquefois = 2 / la plupart du temps = 3 / tout le temps = 4).

Le score obtenu en additionnant les réponses aux 6 questions peut ainsi varier de 0 à 24. La détresse psychique ainsi mesurée est considérée comme « faible » pour un score de 0 à 4, « modérée » pour un score de 5 à 6, « élevée » pour un score de 7 à 12 et « très importante » pour score supérieur à 12.

3- Problèmes de comportement alimentaire

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il t'est arrivé...

...de manger énormément avec des difficultés à t'arrêter ? / de te faire vomir volontairement ? / de redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir t'arrêter ? / de manger en cachette ? / de te priver de nourriture par peur de prendre du poids ou de grossir », avec 4 modalités de réponse quotées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3).

Le score total obtenu en additionnant les réponses aux 5 questions peut ainsi varier de 0 à 15.

Cependant la deuxième question, « t'arrive-t-il de te faire vomir volontairement ? » se différenciant nettement des autres items de ce module (cf. graphiques ci-dessous) :

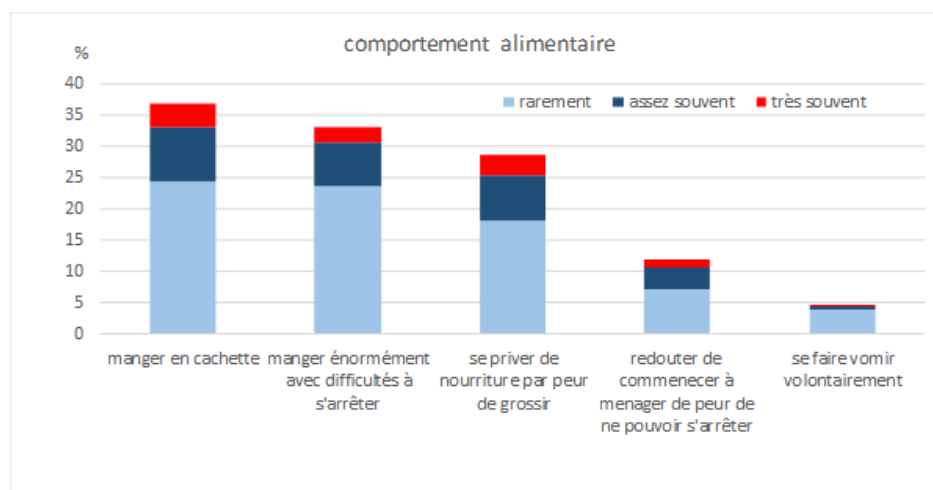
par sa faible fréquence de réponses « oui »

par une moins bonne corrélation au score global,

par des corrélations différentes avec les autres scores de santé mentale

il a été décidé de la traiter séparément et de calculer deux scores : un score obtenu en additionnant les réponses aux 4 autres questions, qui peut donc varier de 0 à 12, et un score constitué par la réponse à cette seule question (de 0 à 3).

Répartition des réponses aux questions sur le comportement alimentaire

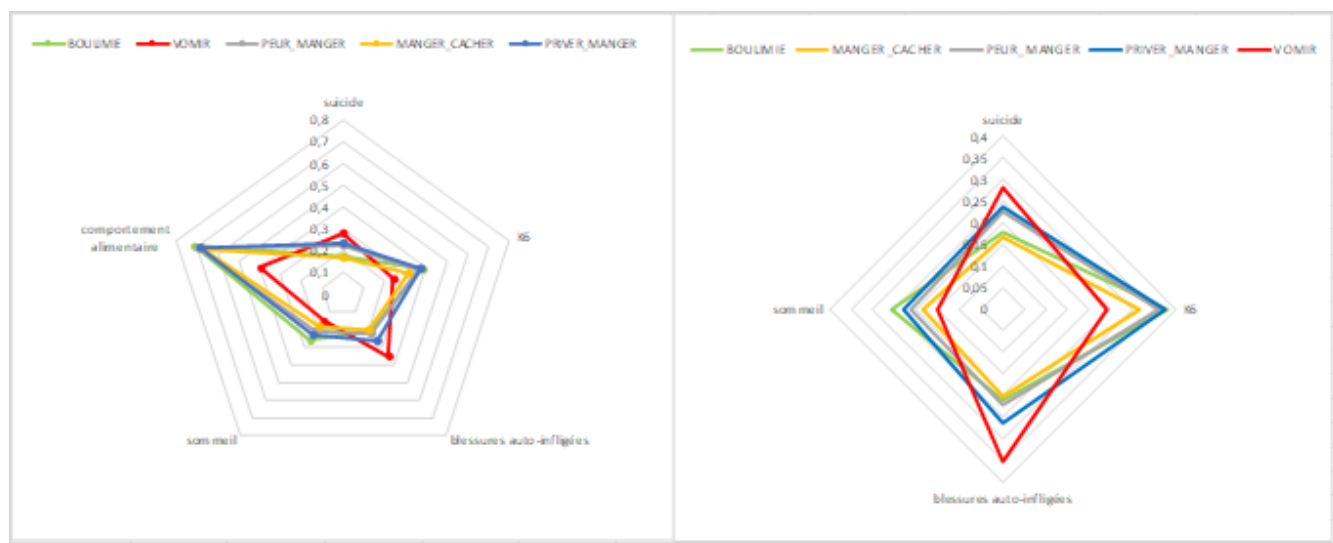


²¹ Kessler *et al.*, 2003

Champ > : France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

Corrélation des questions sur le comportement alimentaire avec les différents scores de santé mentale (y compris et hors « score total comportement alimentaire »)



Champ > : France entière.

Source > DREES / auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3^e 2016-2017.

4- Les blessures auto-infligées

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 5 questions :

« dans le passé as-tu volontairement fait exprès...

...de te couper le poignet, le bras, ou une autre partie de ton corps ? / de te piquer, scarifier, ou marquer la peau avec des aiguilles, des agrafes ou des épingles ? / d'empêcher des plaies de cicatriser / de te brûler avec une cigarette, un briquet ou des allumettes ? / de te faire des bleus ou des cicatrices en te donnant des coups, en te mordant ou en te cognant la tête ? », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / 1 fois = 1 / 2 à 4 fois = 2 / 5 fois ou plus = 3).

Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

5- Les problèmes de sommeil

Cette dimension est évaluée au moyen d'un module de 4 questions :

« au cours des 12 derniers mois t'est-il arrivé...

...d'avoir des difficultés à t'endormir ? / de te réveiller dans la nuit et d'avoir des difficultés à te rendormir ? / d'avoir le sentiment d'être décalé (t'endormir très tard et te réveiller très tard) / d'avoir le sentiment de ne pas être reposé après avoir dormi ? », avec 4 modalités de réponse quottées de 0 à 3 (jamais = 0 / rarement = 1 / assez souvent = 2 / très souvent = 3).

Le score obtenu en additionnant les réponses aux 4 questions peut ainsi varier de 0 à 12.

À l'exception du risque suicidaire, chacune des dimensions est ainsi évaluée par un ensemble de questions, sous forme de score tenant compte des différents items concernant l'élève et de leur fréquence.

Les dossiers de la DREES

N° 65 • septembre 2020

La santé mentale des adolescents de 3e en 2017

Directeur de la publication
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr